

Isabella Kolstad
Maria Tran

Behandlingseffekt av STEPPS- behandling for emosjonelt ustabile pasienter

Emosjonsregulering og funksjonsnivå

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i medisin

Veileder: Sara Germans Selvik

Medveileder: Audun Havnen og Terje Torgersen

Januar 2024

Isabella Kolstad
Maria Tran

Behandlingseffekt av STEPPS- behandling for emosjonelt ustabile pasienter

Emosjonsregulering og funksjonsnivå

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i medisin
Veileder: Sara Germans Selvik
Medveileder: Audun Havnen og Terje Torgersen
Januar 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Det har vært en svært lærerik og utfordrende prosess å skrive denne hovedoppgaven. Vi har vært heldige som har fått med tre veiledere på laget. Oppgaven vår er derfor basert på mange ulike synsvinkler, noe vi er svært stolte over. Vi uttrykker derfor takknemlighet til Terje Torgersen, Sara Selvik Germans, og Audun Havnen for å ha påtatt dere veilederrollen. Vi har satt pris på deres konstruktive tilbakemeldinger, ros, engasjement og at dere har gitt oss «frie tøyler» til å skape noe eget. Dere har vært spesielt hjelpsomme i utformingen av oppgaven, og gitt gode alternativer for hvordan vi kan løse oppgaven. Vi retter en takk mot Audun som har vært veldig behjelpelig i søknadsprosessen, og Kristoffer Gunnarshaug Lien som har hjulpet oss med håndteringen av dataen.

Gjennom semesteret har vi jobbet jevnt med oppgaven. Det har vært spesielt motiverende å skrive om dette temaet ettersom vi begge interesserer oss for psykiatri. Fagfeltet er relativt nytt og vanskelig å forske på, noe som fremhever betydningen av å bidra med mer kunnskap. Vi har fått gleden av å granske gjennom mye forskning relatert til STEPPS, og har dermed fått en dyp forståelse for behandlingsprogrammet. Vi har lært mye om litteraturgjennomgang og kritisk tenkning, i tillegg til å fordele arbeid likt. Videre har vi lært mye mer om hvordan skrive en forskningsoppgave, og fått ett inntrykk av den enorme rollen som forskning spiller for all vitenskap. Å skrive en omfattende oppgave i lag har gitt oss erfaring innenfor samarbeid, kommunikasjon og delegering. Det har vært svært nyttig å kunne diskutere og resonnerer sammen.

Abstract

Background

Emotionally unstable personality disorder (EU PD) is a severe and pervasive diagnosis characterized by challenges in regulating emotions, leading to impaired functionality in patients. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) is a 20-week long manualized, detailed, and structured group-based treatment for patients with EU PD. This study aims to explore the effect STEPPS-treatment has on emotion regulation difficulties, in addition to examining the relationship between emotion regulation and functionality.

Material and method

The study design is a prospective cohort study of a quantitative nature, utilizing a pre-post design to investigate treatment effects. The sample consists of 220 patients diagnosed with BPD or exhibiting traits of the disorder. Emotion regulation difficulties were measured using the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST), while functionality was measured using the Work and Social Adjustment Scale (WSAS). Values reported before and after treatment (week 20) were analyzed using paired t-tests and linear regression analyses.

Results

Paired t-tests for both the completed treatment sample and the Intention-to-treat sample revealed a significant improvement in emotion regulation difficulties from before treatment to after treatment. Improvement in the BEST scores was observed across total scores and all subcategories. Regression analysis suggested that increased self-reported improvement in emotion regulation was associated with changes in functional levels.

Conclusion

The findings support the treatment effect that STEPPS has on emotion regulation difficulties, further reinforcing the evidence of the relationship between emotion regulation and functionality. The study provides a foundation for further research on STEPPS in the context of Norwegian settings.

Sammendrag

Bakgrunn

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EU PF) er en alvorlig og gjennomgripende diagnose preget av utfordringer med emosjonsregulering. Personlighetsforstyrrelsen fører til nedsatt funksjon for pasientene. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) er et 20-ukers manualisert, detaljert og strukturert gruppebasert behandlingstilbud for pasienter med EU PF. Oppgaven tar sikte på å utforske hvordan STEPPS-behandling påvirker emosjonsreguleringsvansker, samt undersøker sammenhengen mellom emosjonsregulering og funksjon.

Materiale og metode

Studiedesignet er en kvantitativ, prospektiv kohortstudie som ser på behandlingseffekt med et pre-post design. Utvalget består av 220 pasienter diagnostisert med BPD eller med trekk av diagnosen. En rekke måleverktøy ble brukt for å besvare forskningsspørsmålene.

Emosjonsreguleringsvansker ble målt med Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST), mens funksjon ble målt med Work and Social Adjustment Scale (WSAS). Verdiene rapportert før behandling og etter behandling (uke 20) ble benyttet i parede t-tester og lineære regresjonsanalyser.

Resultater

Parede t-tester av både «fullført behandling»-utvalget og «Intention-to-treat»-utvalget viste signifikant forbedring i emosjonsreguleringsvansker fra før behandling til etter behandling.

Forbedringen ble observert for både totalskåren i BEST og for de tre subbolkene.

Regresjonsanalysen antydte at økt selvrapportert forbedring i emosjonsregulering var assosiert med endring i funksjonsnivå.

Konklusjon

Funnene støtter behandlingseffekten STEPPS har på emosjonsreguleringsvansker, i tillegg til å styrke evidensen for sammenhengen mellom emosjonsregulering og funksjon. Oppgaven gir et grunnlag for videre forskning på STEPPS i norske forhold.

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon.....	5
1.1 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	5
1.1.1 Diagnostikk.....	6
1.1.2 Prevalens.....	7
1.1.3 Komorbiditet.....	8
1.1.4 Bruk av helsetjenester og helsekostnader.....	8
1.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og emosjonsdysregulering	9
1.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og fungering.....	10
1.4 Behandling	11
1.4.1 Forskning på behandling	11
1.4.2 Behandlingsutfordringer.....	12
1.5 STEPPS	12
1.5.1 Utviklingen	12
1.5.2 Generell beskrivelse	13
1.5.3 Forskning	14
1.6 Formål og hensikt.....	15
2 Materiale og metode	15
2.1 Deltagere	15
2.2 STEPPS-programmet	16
2.3 Målingsverktøy	18
2.4 Statistisk analyse	19
2.5 Etikk	21
3 Resultater.....	21

3.1 Utvalg.....	21
3.2 Korrelasjon.....	22
3.3 Forskningsspørsmål 1.....	24
3.4 Forskningsspørsmål 2.....	26
4 Diskusjon	29
4.1 Forskningsspørsmål 1.....	29
4.2 Forskningsspørsmål 2.....	32
4.3 Svakheter.....	33
4.3.1 Frafall	33
4.3.2 Konfundere og bias.....	34
4.3.3 Metodevalg.....	34
4.4. Styrker.....	36
4.5 Veien videre	37
5 Konklusjon	37
Referanser	39
Vedlegg.....	44
Vedlegg 1: REK-godkjenning.....	44
Vedlegg 2: WSAS: Work and Social Adjustment Scale/Arbeids- og sosial tilpasningsskala.....	46
Vedlegg 3: BEST: Borderline Evaluation of Severity over time	47

1 Introduksjon

1.1 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

En personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av et gjennomgripende, rigid og kronisk mønster av atferd, kognisjon og humør som avviker fra det som er kulturelt akseptabelt. Dette kan føre til konsekvenser for hverdagen, interpersonelle vanskeligheter og betydelige funksjonelle begrensninger både i jobb og sosialt (Fariba et al., 2023). Det amerikanske klassifiseringssystemet for psykiatriske diagnoser kalles “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, forkortet DSM (American Psychiatric Association 2013). I den femte utgaven av DSM (DSM-5) er personlighetsforstyrrelser delt inn i tre grupper, kjent som cluster, hver med ulike kliniske presentasjoner. Cluster A omfatter personlighetsforstyrrelser som karakteriseres som merkelige og eksentriske, inkludert paranoid, schizoid og shizotyp personlighetsforstyrrelse. Cluster B er de dramatiske, impulsive og emosjonelt ustabile som er delt inn i dyssosial/antisosial, emosjonelt ustabil/borderline, hysterisk og narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Cluster C inkluderer personlighetsforstyrrelser som kjennetegnes av engstelighet og frykt, og består av tvangspreget, unnvikende og avhengig personlighetsforstyrrelse.

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EU PF) er en diagnostisk kategori innenfor diagnosesystemet ICD-10 (The International Classification of Diseases -10), utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO) (Karterud, 2022b). I DSM-5 brukes betegnelsen borderline personlighetsforstyrrelse (Borderline personality disorder, forkortet BPD). I praksis brukes begrepene “BPD” og “EU PF” om hverandre. Vi vil benytte EU PF som vår primære terminologi for å beskrive denne lidelsen, men inkluderer også betegnelsen borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) når det er hensiktsmessig for å referere til tidligere forskning og forståelse av temaet.

I løpet av det siste tiåret har det vært betydelige endringer i nosologien til personlighetsforstyrrelser (Bohus et al., 2021). Det nyeste klassifiseringssystemet ICD-11 ble introdusert i mai 2019 (Braut, 2022). Til forskjell fra den kategoriske tilnærmingen til personlighetsforstyrrelser i ICD-10 og DSM-5, har ICD-11 et fokus på vurdering av

alvorlighetsgrad og dysfunksjonelle personlighetstrekk (Lie, 2020). Fra å skille mellom åtte ulike personlighetstyper i ICD-10, er det nå gått over til én enkelt personlighetsforstyrrelse-diagnose (Gaebel et al., 2020). Imidlertid vil denne hovedoppgaven primært fokusere på EU PF/BPD i henhold til DSM-5. Dette valget skyldes det større omfanget av forskningslitteratur som er tilgjengelig innenfor dette området, i tillegg til at ICD-11 ikke benyttes i Norge ennå. EU PF er kjennetegnet av et gjennomgripende mønster av ustabilitet i impulsivitet, affektregulering, mellommenneskelige relasjoner og selvilde (Mendez-Miller et al., 2022). Disse pasientene viser akutt dysfunksjonell atferd som repeterende selvskading, aggressive utbrudd, kroniske selvmordstanker og hypersensitivitet for avvisning (Bohus et al., 2021). Diagnosen er assosiert med høy suicidrate, alvorlig funksjonsnedsettelse, hyppig forekomst av komorbide psykiske lidelser og høye behandlingskostnader for samfunnet (Leichsenring et al., 2011).

1.1.1 Diagnostikk

Diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse baserer seg på symptomer som har oppstått i ungdomsårene eller tidlig voksen alder, og som opptrer i flere sammenhenger (Biskin & Paris, 2012). Symptomene kan kategoriseres i fire domener: affekt, interpersonell fungering, kognitive forstyrrelser, og impuls kontroll. Domenene må utforskes ved intervju av pasientene (Biskin & Paris, 2012). Det eksisterer flere forskjellige intervjuverktøy som blir benyttet i diagnostiseringen av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, inkludert “Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB)”, “Schedule for Interviewing Borderlines” og “The Structured Clinical Interview for DSM-5 personality disorders (SCID -5- PD)” (Kavoussi et al., 1990; Michael B. First, 2016).

Kriteriene for borderline personlighetsforstyrrelse i DSM-5 inkluderer ni karakteristiske trekk, hvor minst fem av disse må være tilstede (tabell 1) (Karterud, 2022a). Det er også viktig å merke seg at disse karaktertrekkene må medføre markante plager og funksjonssvikt, for å kunne stille diagnosen. Personer som viser få, men alvorlige symptomer som er karakteristisk for EU PF kan oppleve betydelige funksjonsvansker. I noen tilfeller kan disse vanskene være mer alvorlige enn de som oppfyller alle diagnosekriteriene for lidelsen. Forskning har vist at alvorlighetsgraden av

symptomene ofte har større betydning for behandlingsresultatene enn selve diagnosen (Bos et al., 2011). Med støtte fra dette er det ikke alltid nødvendig å oppfylle alle de diagnostiske kriteriene for å oppleve betydelige funksjonsproblemer eller ha behov for behandling. Dette understreker viktigheten av å vurdere individuelle symptomer og deres alvorlighetsgrad når man vurderer og behandler EU PF.

Tabell 1. *Kriteriene for EU PF i DSM-5 (Karterud, 2022a)*

1 Kan bli desperat under fare for å bli forlatt
2 Har et mønster med ustabile, intense og turbulente forhold
3 Har identitetsproblemer med et ustabil selvbylde
4 Er impulsiv på en selvdestruktiv måte
5 Ofte henfaller til selvskading eller selvmordsforsøk
6 Er overfølsom og emosjonelt ustabil
7 Ofte har en følelse av kronisk tomhet
8 Har vansker med å kontrollere et intenst sinne
9 Blir mistenksom under stress

1.1.2 Prevalens

Store landsdekkende epidemiologiske studier gjennomført i 2007 og 2008 estimerte prevalensen av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i den generelle befolkningen til å være 1,6% og 20% i en psykiatrisk populasjon (Chapman et al., 2023). Dette indikerer at selv om EU PF ikke nødvendigvis er mer utbredt enn andre personlighetsforstyrrelser, er tilstanden hyppig diagnostisert i behandlingsmiljøer. Dette kan delvis skyldes behovet for en omfattende og langvarig behandling, som krever betydelige ressurser både fra helsevesenet og pasientene selv (Chapman et al., 2023). Videre har utfordringer knyttet til behandlingsavbrudd og etterlevelse ved psykoterapeutisk og medikamentell behandling vært en pågående bekymring (De Panfilis et al., 2012).

Det er også verdt å bemerke seg at selv om det er overvekt av kvinnelige pasienter med EU PF innenfor psykisk helsevern har ikke studier påvist en signifikant kjønnsforskjell i forekomsten av

denne diagnosen mellom kvinner og menn i den generelle befolkningen (Chapman et al., 2023). Dette kan delvis forklares ved at kvinner generelt sett er mer tilbøyelige til å søke hjelp for psykiske helseproblemer enn menn. Samtidig kan det være at menn med EU PF i større grad havner i helsetjenester for rusavhengighet og avhengighetslidelser, samt i det kriminalrettslige systemet (Karterud, 2022a).

1.1.3 Komorbiditet

Pasienter som lider av EU PF eller andre personlighetsforstyrrelser opplever mer komorbiditet og morbiditet sammenlignet med andre befolkningsgrupper. De har høy forekomst av komorbide affektive lidelser, angstlidelser, stoffmisbruk, spiseforstyrrelser og andre personlighetsforstyrrelser (Shah & Zanarini, 2018; Shen et al., 2017). Affektive lidelser er spesielt vanlig blant denne pasientgruppen, og det er estimert at 96% av pasienter med EU PF får dette på et tidspunkt i livet. I tillegg er disse pasientene mer tilbøyelige til å oppleve smerte og vurdere smerteopplevelsen som mer alvorlig sammenlignet med individer med andre typer personlighetsforstyrrelser. De rapporterer også om kroniske og vage somatiske plager og bekymringer (Mendez-Miller et al., 2022). Det er derfor avgjørende å anerkjenne og behandle både de psykiske og somatiske plagene for bedre langsiktig funksjon og livskvalitet for denne pasientgruppen.

1.1.4 Bruk av helsetjenester og helsekostnader

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en av de mest utfordrende psykiske lidelsene å behandle og krever et omfattende tverrfaglig team bestående av psykiater, psykolog, farmasøyt, psykiatrisk sykepleier og miljøterapeut (Chapman et al., 2023). Diagnosen er assosiert med høy utnyttelse av helsevesenet og er en av de mest kostbare psykiske lidelsene for samfunnet (Bode et al., 2017). En nylig norsk studie (Sveen et al., 2023) viste at de samfunnsøkonomiske kostnadene for EU PF lå på mer enn 200 000 kr over en periode på 6 måneder. Dette kan forklares av hyppige tilbakevendende emosjonelle kriser, behov for sykehusinnleggelse, selvskading, selvmordsforsøk, avhengighet, episoder med angst, depresjon og aggresjon som er karakteristisk hos disse pasientene. Hovedkostnaden er knyttet til tapt arbeidsproduktivitet (Sveen et al., 2023). Studier har dokumentert at pasienter med EU PF kontinuerlig søker

poliklinisk behandling, i tillegg til medikamentbruk, noe som ytterligere belaster helsetjenesten (van Asselt et al., 2007). Sammenlignet med andre typer personlighetsforstyrrelse og alvorlig depresjon er det høyere bruk av behandlingstjenester i psykisk helsevern for pasienter med EU PF. Dette innebærer en større sannsynlighet for å motta ulike former for psykososial behandling, lengre innleggelsestid og økt bruk av medisiner (Bender et al., 2001; van Asselt et al., 2007).

1.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og emosjonsdysregulering

Pasienter med EU PF opplever omfattende emosjonsdysregulering (ED) som kan manifestere seg på flere ulike måter (Carpenter & Trull, 2013). ED er manglende evne til å fleksibelt reagere på og håndtere følelser. Dette antas av flere teoretikere å spille en sentral rolle i etiologien og utviklingen av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Som en konsekvens av ED opplever pasientene ofte tydelig intensitet og variasjon i humør, noe som kan defineres som affektiv ustabilitet (Stepp et al., 2014). I tillegg kan emosjonsdysregulering føre til andre symptomer som identitetsforstyrrelse, interpersonell dysfunksjon og selvskading.

Carpenter og Trull beskriver en firekomponentprosess som har sitt opphav i Linehans biososiale teori (Crowell et al., 2009) om at individer med EU PF er følelsesmessig sensitive fra fødselen av. Dette kan gi negative opplevelser i ulike situasjoner og kontekster, noe som gjør det vanskelig for dem å tilegne seg tilstrekkelige strategier for å regulere sine følelser. Videre kan dette føre til dysregulert atferd. Alle disse komponentene samvirker og fører til negative konsekvenser som igjen forsterker pasientens emosjonssensitivitet.

For å forstå emosjonsregulering og dysregulering må vi vite at emosjoner består av flere komponenter, inkludert kognitive, fysiologiske og atferdsmessige (Chapman, 2019). Fra et kognitivt aspekt opplever personer med EU PF vanskeligheter med emosjonell klarhet og bevissthet, problemer med å identifisere og beskrive følelser, samt en tendens til å representere følelser på en uspesifikk måte. Atferdsmessig viser studier at disse pasientene har utilfredsstillende emosjonsreguleringsstrategier. For å håndtere vanskelige situasjoner og intense negative følelser opererer de primært med maladaptive strategier som gir rask lindring, for eksempel grubling, undertrykkelse av tanker, unngåelse, og impulsiv atferd (Carpenter & Trull,

2013). I tillegg sliter de med å hemme uønsket atferd og løse sosiale problemer når de er under emosjonell påkjenning. Forskning på den fysiologiske delen av ED er mer kompleks, og går utover rammene for denne oppgaven.

1.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og fungering

Flere studier har dokumentert funksjonsnedsettelse hos pasienter med personlighetsforstyrrelse (Skodol et al., 2002). Skodol og medforfattere sammenlignet psykososial fungering hos pasienter med schizotyp, emosjonelt ustabil, unnvikende og obsessiv-kompulsiv personlighetsforstyrrelse. Resultatene fra studien viste at pasienter med schizotyp og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse hadde betydelig mer funksjonsnedsettelse innenfor områdene arbeid, sosiale relasjoner og fritid enn de andre gruppene.

På arbeidsplassen er symptomer på EU PF knyttet til lav grad av selvbestemmelse, usikkerhet i arbeidet, og manglende støtte fra kolleger (Juurlink et al., 2018). Disse pasientene har ofte korte ansettelsesperioder, bytter mellom ulike arbeidsområder og opplever gjentatte konflikter med medarbeidere, veiledere og arbeidsgivere (Arvig, 2011). Selv med minimale symptomer er diagnosen assosiert med funksjonshemming og arbeidsledighet (Ten Have et al., 2016).

Dysfunksjonaliteten og ustabiliteten i forholdene til disse pasientene er i samsvar med de sentrale trekkene ved diagnosen som ekstrem frykt for å bli forlatt, overdrevne forsøk på å unngå dette, samt hyppige vekslinger mellom idealisering og devaluering av andre (Thadani et al., 2022). Den dårlige kvaliteten på deres mellommenneskelige relasjoner kan også skyldes deres engstelige-unnvikende og usikre- ambivalente tilknytningsstiler.

Konsekvensene av funksjonsnedsettelsen er at mange av disse pasientene er arbeidsledige, har frekvente jobbskifter, har vanskeligheter med å fullføre utdanning, er i konfliktfylte og ustabile relasjoner og går gjennom ekteskapsbrudd (Chapman et al., 2023). I tillegg er det vanskeligere for disse pasientene å oppnå og opprettholde vedvarende remisjon både symptomatisk, og ved sosial og-yrkesmessig fungering sammenlignet med andre personlighetsforstyrrelser (Thadani et al., 2022).

1.4 Behandling

Terminologien «borderline» ble først anvendt av Adolf Stern i 1938, og selv beskrev han pasientgruppen som ekstremt vanskelig å behandle (Stern, 1938). Tidligere ble denne gruppen betraktet som behandlingsresistent, men i dag er psykoterapeutisk behandling ansett som den primære behandlingen (Stoffers-Winterling et al., 2022).

Det finnes flere psykoterapeutiske behandlingsprogram for pasienter med EU PF. Studier har vist at flere behandlingsmetoder gir gode resultater, blant annet Skjematerapi (Young et al., 2003), Dialektisk atferdsterapi (DBT) (Linehan et al., 2006), Overføringsbasert terapi (Clarkin et al., 1999), Mentaliseringsbasert terapi (MBT) (Bateman & Fonagy, 2010), Kognitiv atferdsterapi (Davidson et al., 2006) og Systems Training for Emotional Predictability and Problem-solving (STEPPS) (Blum et al., 2002). De fleste av disse terapiformene har en varighet mellom 6 til 24 måneder, og består av polikliniske behandlingstimer med ukentlige individuelle økter. Noen av behandlingsformene inneholder også gruppetimer. Terapiformene er i varierende grad beskrevet og strukturert av en behandlingsmanual.

Det er ingen nasjonale retningslinjer for behandling av EU PF i Norge i dag, og det er heller ingen konsensus om én foretrukket type behandling (Helsebiblioteket, 2020). Det er dog anerkjent at de mest etablerte behandlingsprogrammene for denne pasientgruppen i Norge er dialektisk atferdsterapi, mentaliseringsterapi og skjematerapi (Kennair, 2016). I tillegg foreligger det mest dokumentasjon på DBT og MBT i Norge (Karterud, 2022b).

1.4.1 Forskning på behandling

Det finnes omfattende forskning på psykoterapeutiske tiltak for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EU PF). En Cochrane-analyse fra 2022 inkluderte 75 randomiserte kontrollerte studier og støttet effektiviteten av diagnosespesifikke psykoterapier sammenlignet med standard behandling (Storebø et al., 2020). Til tross for grundig forskning i støtte av en rekke terapiformer, er det ingen som er regnet å være et klart førstevalg (Setkowski et al., 2023). Dette tillater at andre terapiformer enn de som allerede er etablert kan få en større rolle i norsk psykisk helsevern.

1.4.2 Behandlingsutfordringer

Behandling av EU PF-pasienter er utfordrende på grunn av flere faktorer inkludert impulsivitet, emosjonsreguleringsvansker og interpersonell ustabilitet. Disse trekkene kan gjøre behandlingen svært uforutsigbar, og relasjonsvanskene mellom terapeut og pasient kan påvirke både behandlingseffekten og sannsynligheten for frafall (Steuwe et al., 2023). De blir også oppfattet som utfordrende å behandle på grunn av aggressive utbrudd, selvdestruktiv atferd og hyppig bruk av helsetjenester (Mendez-Miller et al., 2022). Høye frafallsrater (22-28%) utfordrer behandlingen, og skyldes bl.a kompleks psykopatologi, manglende motivasjon og misnøye (Iliakis et al., 2021). Det finnes flere utfordringer knyttet til etableringen og driften av de eksisterende behandlingsprogrammene. De krever tid og ressurser, i tillegg til omfattende opplæring og sertifisering av terapeuter (Kennair, 2016). Behandlingen av pasienter med EU PF er derfor kompleks, og det er nødvendig med ett helt behandlingsteam.

Distriktpspsykiatriske sentre (DPS) er nyttige, men mangel på spesialiserte team i distriktene skaper geografiske utfordringer (Karterud, 2018). Dette strider mot pasientenes rett til adekvat behandling. Disse omfattende utfordringene ved dagens eksisterende behandlingstilnærminger understreker behovet for en ressursbesparende og lett tilgjengelig evidensbasert behandlingsmetode i Norge. STEPPS ble utviklet for å kompensere for disse behandlingsutfordringene, og denne oppgaven vil fokusere på STEPPS.

1.5 STEPPS

1.5.1 Utviklingen

Systems Training for Emotional Predictability and Problem-solving (STEPPS) er et behandlingsprogram for mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller med trekk av diagnosen. Programmet ble opprinnelig utformet i 1995 på Universitetet i Iowa, USA (Blum et al., 2002), men det var basert på et ferdighetstreningsprogram med prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og skjemat terapi (Bartels & Crotty, 1998). Det ble først og fremst utviklet som en tilleggsbehandling som skulle supplere pågående terapi. I senere tid har man inkorporert individuelle sesjoner til programmet, noe som har modifisert STEPPS fra tilleggsbehandling til selvstendig behandling (Ekiz et al., 2023).

STEPPS ble utviklet for å imøtekomme mange av de nevnte behandlingsutfordringene i denne teksten. De etablerte behandlingsmulighetene hadde ikke klart å redusere innleggelsesratene eller hyppigheten av selvskading og utagerende atferd. STEPPS ble derfor utviklet som et svar på helseadministrasjonens krav om å redusere omsorgskostnadene, forkorte lengden på behandling og redusere innleggelsesrater for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (D. Black et al., 2009). Dette er en parallell vi kan trekke til Norge – det var nemlig for mange av de samme årsakene at STEPPS hadde sin debut i Norge i 2007 (Kennair, 2016).

STEPPS er ment å være et svært tilgjengelig og lett implementerbart behandlingsprogram. Det ble utviklet med en intensjon om å enkelt tilpasse pasientenes liv der nye ferdigheter lett kunne læres av pasienten og undervises av terapeuten i hver økt (Blum et al., 2002). Programmet var designet for å være kostnadseffektivt og tilgjengelig, noe den har vist å være i praksis også. Brukererfaringer har beskrevet STEPPS som lett forståelig for både pasienter og terapeuter sammenlignet med andre psykoterapeutiske behandlingsformer.

1.5.2 Generell beskrivelse

STEPPS er et manualisert og strukturert gruppebasert behandlingstilbud som vektlegger systemjobbing. Hovedfokuset til STEPPS er å forbedre ferdigheter i følelsesregulering ettersom kjernesymptomet til EU PF er manglende evne til å håndtere emosjonell intensitet (Blum et al., 2002). Manualen danner grunnlaget for behandlingen. Disse er svært detaljerte ettersom man ønsket en tilnærming som ikke krevde mye ekstra utdanning for å ta i bruk. De inneholder elementer av kognitiv atferdsterapi, skjemat terapi, dialektisk atferdsterapi og systemterapi (Kennair, 2016).

En klar fordel ved STEPPS-behandling er dets varighet på 20 uker. Dette står i motsetning til andre sammenlignbare psykoterapeutiske metoder med behandlingsløp på 1 år. De 20 ukentlige gruppetimene varer i 2 timer, og gruppen består av seks til ti deltagere. Lederne er to opplærte terapeuter. For å unngå stigmatisering brukes betegnelsen «emosjonsreguleringsforstyrrelser» fremfor EU PF (Ekiz et al., 2023).

STAIRWAYS ble utviklet som et tilleggsprogram med varighet på 50 uker. Dette kan tilbys til pasienter som har behov for et lengre forløp. Dette gis poliklinisk eller som et utvidet tilbud på poliklinisk dagenhet. Oppfølgingsprogrammet tar også for seg emosjonsregulering som en essensiell komponent, men har et større fokus på det hverdagslige. I STAIRWAYS jobber man med å integrere og opprettholde ferdighetene lært i STEPPS, samt fordyper seg i enkelte temaer. Programmet har en lavere intensitet enn STEPPS med gruppesamling to ganger i måneden (Blum et al., 2002).

1.5.3 Forskning

STEPPS har omfattende internasjonal forskningsstøtte, spesielt fra USA, Nederland og England (Kennair, 2016). En nylig systematisk oversiktsartikkel (Ekiz et al., 2023) analyserte 20 studier, og konkluderte med at STEPPS er en effektiv behandlingsform. Selvrapporteringskjemaet The Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST) (Pfohl et al., 2009) var en av de vanligste spørreskjemaene brukt, men høy frafallsrate (42%) var en betydelig utfordring. En annen studie viste positive effekter på impulsivitet, humør og global fungering, men ikke på alvorligheten av BPD-symptomer (Blum et al., 2008). Gonzalez og kolleger fant forbedringer i alle BEST subskalaer (González-González et al., 2021), og en nederlandsk studie viste betydelig reduksjon i BPD-symptomer og økt livskvalitet (Bos et al., 2010). Bos og kolleger belyste betydningen av dimensjonale målinger fremfor kategoriske (Bos et al., 2011) ved å inkludere pasienter som ikke nødvendigvis oppfylte alle kriteriene for DSM-IV diagnosen. På denne måten fikk de et utvalg som representerte virkeligheten bedre. Basert på resultatene konkluderte de med at alvorlighetsgraden av personlighetsforstyrrelsen har større betydning for behandlingsutfallet enn selve diagnosen. STEPPS har også vist seg effektivt for emosjonsregulering og måloppnåelse (Boccalon et al., 2017).

Til tross for evidensbasert kunnskap er det viktig å bemerke seg svakheter som går igjen. Det er et begrenset utvalg av studier med høy kvalitet, det er høye frafallsrater og få studier er gjort på ungdom og menn (Ekiz et al., 2023). Selv om hovedtyngden av forskningen kommer fra vestlige

land, er det ikke blitt forsket eksplisitt på STEPPS i Norge. Det er derfor en nødvendighet å forske på STEPPS i Norge for å begrunne en implementering med bred forskningsstøtte.

1.6 Formål og hensikt

Dette forskningsarbeidet er en del av et større prosjekt:

“Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorders (STEPPS): Feasibility and acceptance” (REK 2018/1079).

Vår problemstilling utforsker effektiviteten av STEPPS-behandling i norsk psykisk helsevern, spesielt med hensyn til emosjonsregulering og daglig funksjon hos pasienter som har emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Følgende forskningsspørsmål har blitt analysert i vår studie:

1. Vil pasientenes emosjonsreguleringsvansker endres etter STEPPS-behandling?
2. Hvordan har endring i reguleringsvansker og symptomer på emosjonell ustabilitet sammenheng med fungering?

2 Materiale og metode

Studiedesignet er en kvantitativ, prospektiv kohortstudie som ser på effekt med et pre-post design.

2.1 Deltagere

I studien “Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorders (STEPPS): Feasibility and acceptance” (REK 2018/1079) var pasientene henvist fra spesialisthelsetjenesten med diagnose F60.3 emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller med trekk av diagnosen. SCID-II kriteriene (Ekselius et al., 1994) ble brukt for å inkludere personer med EU PF eller trekk av diagnosen. Det var henviseren som gjennomførte diagnostiseringen.

Inklusjonskriteriene omfattet pasienter som var diagnostisert med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, eller som oppfylte enkelte diagnosekriterier for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Alle pasienter med oppfylte kriterier, som ble henvist til STEPPS-tilbudet ved Nidaros DPS og Sykehuset Namsos fikk spørsmål om deltagelse i studien. For å sikre forpliktelse til behandlingsforløpet møtte pasientene opp til to avklaringssamtaler. Temaer som ble tatt opp i denne samtalen var blant annet endringsønske, evne til egeninnsats og mulighet for stabilt oppmøte. Alle ble i tillegg informert om studien, og måtte fylle ut et samtykkeskjema. Pasienter som fikk tilbydd en plass i gruppen ble tildelt den basert på ledig kapasitet. De som ikke ønsket å delta i prosjektet kunne likevel delta i behandlingsgrupper, men det ble ikke samlet inn studierelatert informasjon fra dem. Eksklusjonskriteriene var personer med rusproblematikk, psykose og alvorlige spiseforstyrrelser.

2.2 STEPPS-programmet

STEPPS består av tre distinkte komponenter. Den første komponenten tar for seg psykoedukasjon om emosjonsreguleringsforstyrrelser. I den andre komponenten trener man på emosjonsregulering ved å lære seg fem ferdigheter for å håndtere vanskelige følelser. Ferdighetene er distansering, kommunikasjon, utfordre tanker, distraksjon og håndtering av problemer. Den tredje og siste komponenten består av trening i atferdshåndtering. Her motiveres de til å mestre tillærte ferdigheter ved hjelp av gode vaner i livsstilen sin slik som god søvnhygiene, sunt kosthold og fysisk trening. Pasientene motiveres og oppfordres til å gjøre hjemmeoppgaver for å benytte seg av nylig tilegnete ferdigheter. I tillegg har alle deltagere et selvvalgt forsterkningsteam som består av viktige familiemedlemmer, venner eller andre støttepersoner. Disse inkluderes og inviteres til kveldssamlinger hvor tema er psykoedukasjon (Ekiz et al., 2023).

En grundig oversikt over behandlingen finnes i STEPPS-manualen (Blum et al., 2008). Den består av 20 kapitler med ulike temaer for hver uke. De 20 gruppesamlingene er bygget på de tre komponentene beskrevet. Oversikt over innholdet i hver gruppesamling står i tabell 2.

Tabell 2. Innhold for gruppesamling

Sesjon	Innhold
1	Introduksjon av deltagere, grupperegler og gruppeleder. Psykoedukasjon og etablering av mål. Velge forsterkningsteam.
2	Registrere kartlegging av skjema (behandlingsmanualen benytter en kortversjon av Young Schema Questionnaire) og fyller ut BEST.
3	Distansering fra emosjonell intensitet og avspenningsøvelse.
4 & 5	Ferdigheter for emosjonshåndtering og kommunikasjon.
6-8	Tankefeller, hvordan gjenkjenne og utfordre.
9 & 10	Aktiv fokusendring for reduksjon av emosjonell intensitet.
11 & 12	Ferdigheter for problemløsning.
13	Uhensiktsmessige og problematiske atferdsmønstre.
14	Etablere mål knyttet til sesjon 13.
15	Kosthold og søvnhygiene.
16	Fysisk aktivitet, fritid og helse.
17	Ferdigheter for å unngå skadelig og selvdestruktiv atferd.
18 & 19	Relasjonshåndtering.
20	Evaluere prosess og bruk av ferdigheter. Oppsummering. Avslutning.

Nidaros DPS ved St. Olavs hospital og Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Namsos tilbyr to ulike former for STEPPS-behandling; behandlingsprogram og poliklinikk. STEPPS behandlingsprogram består av et 3-timers kurs i grupper, hjemmelektur og en individuell time med behandler i STEPPS-teamet 1 gang i uken. De har også én dag med fordypningsgruppe på 1,5 timer. Dette gir mulighet til å jobbe mer systemisk, i tillegg til at individuelle samtaler modifierer STEPPS til å være en mer selvstendig behandling. STEPPS poliklinikk består også

av ukentlige gruppesamlinger på 3 timer. Ved siden av dette har de individuelle samtaler med behandler i poliklinikk ved DPS eller i rusbehandling. Dette for å unngå brudd i kontakten med sitt allerede eksisterende behandlingsapparat. I praksis har det vært tilfeldig hvem som har fått hvilken behandlingsform. Selve utføringen av behandlingsprogrammet er ikke helt likt og kan variere med de ulike behandlingsstedene (Dall, 2019) .

2.3 Målingsverktøy

Pasientene har som en del av behandlingsforløpet fylt ut en rekke selvrapporterte spørreskjema. I denne oppgaven brukes resultatene fra The Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST) og The Work and Social Adjustment Scale (WSAS). Pasienten fylte ut skjemaene før behandling, etter behandling og ved oppfølgingstidspunkt (6 mnd.).

BEST (Pfohl et al., 2009) vurderer tanker, følelser og atferd typisk for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (vedlegg 3). I denne oppgaven ble skjemaet brukt for å vurdere nivå av emosjonsregulering (Pfohl et al., 2009). Skjemaet inkluderer 15 utsagn fordelt på tre bolker: A (tanker og følelser), B (negativ atferd), og C (positiv atferd). Bolk A evaluerer humørsvingninger, følelse av tomhet, ustabile relasjoner, frykt for å bli forlatt, identitetsforstyrrelser, virkelighetsoppfatning, sinne og suicidalitet. Bolk B kartlegger impulsivitet, temperament og bruken av ugunstige mestringsstrategier som selvskading. Bolk C vurderer bruk av hensiktsmessige mestringsstrategier og etterlevelse av terapi. Høyere skåre i A og B indikerer dårligere emosjonsregulering, mens i C er poengsummene reversert, hvor høyere poengsummer indikerer bedre emosjonsregulering. Utsagnene i BEST-skjemaet vurderes på en skala fra 1 til 5, og totalskåren beregnes ved å summere poengsummene fra bolke A og B, samtidig som man trekker fra poengsummen fra bolke C, og legger til 15 poeng. (Pfohl et al., 2009).

BEST ble utviklet av grunnleggerne til STEPPS, og er blitt brukt i flere studier for vurdering av behandlingseffekt ved STEPPS (Black et al., 2018b; Blum et al., 2002; Blum et al., 2008; González-González et al., 2021; Llorens Ruiz et al., 2020). Skjemaet har vist å være både pålitelig og valid for vurdering av endring hos personer med diagnosen (Pfohl et al., 2009).

Målingsverktøyet har også vist høy indre konsistens ($\alpha = .86-.92$), høy korrelasjon med andre målinger av sykdommens alvorlighetsgrad og er sensitiv for klinisk endring tidlig i behandlingen (Pfohl et al., 2009).

WSAS (Mundt et al., 2002) brukes for å måle funksjonsnivået til enkeltpersoner innen ulike livsområder. Skjemaet består av fem utsagn som kartlegger hvordan en person fungerer på jobb, i hjemmet, i sosiale sammenhenger, med selvstendige oppgaver og i tette relasjoner. Hver deltager vurderer hvert utsagn med en skåre mellom 0-8, avhengig av hvor enige de er i hvert utsagn. Den totale poengsummen spenner seg fra 0 til 40. En høyere poengsum indikerer lavere funksjonsevne, mens lavere poengsum indikerer bedre funksjonsevne. En samlet poengsum over 20 antyder moderat til alvorlig psykopatologi. En poengsum mellom 10 og 20 er assosiert med betydelig funksjonssvikt, men mindre alvorlige kliniske symptomer. En totalskåre under 10 er assosiert med subkliniske populasjoner (Mundt et al., 2002). Selv om skalaen opprinnelig ble utviklet og validert på engelsk (Zahra et al., 2014), har vi tilpasset den til norsk for å kunne bruke den i vår egen forskning (vedlegg 2). WSAS er ansett som pålitelig og følsom for behandlingseffekt (Zahra et al., 2014). I denne oppgaven benyttes den til å evaluere funksjonsnivået til deltagerne.

2.4 Statistisk analyse

Statiske analyser ble utført ved bruk av IBM SPSS Statistics 29.0.1.0. For å sikre at våre analyser var basert på data som oppfylte forutsetningene for normalfordeling benyttet vi histogrammer, z-skårer for skewness og kurtosis, Kolmogorov-Smirnov-testen og Q-Q-plots. Vi utførte visuell inspeksjon av Q-Q-plots, mens for Kolmogorov-Smirnov-testen brukte vi p -verdier $> 0,05$ som veiledende verdi. Z-skårer for skewness og kurtosis bør ikke overstige 1.96, som forklart av Field (Field, 2017), da dette tilsvarer p -verdi 0,05. Disse testene ble utført på pre-post og endringsverdier. For å avgjøre om dataen var lineær utførte vi ANOVA (Analysis of Variance)-test for linearitet.

Vi utførte korrelasjonsanalyser for å identifisere potensielle relasjoner og mønstre blant baselinevariablene og utfallsmålingene ved å bruke Pearsons korrelasjonskoeffisient. Dette

trinnet var viktig for å undersøke om demografiske faktorer og andre relevante variabler kunne ha en betydningsfull innvirkning på våre resultater. I tolkningen av korrelasjonsanalysen har vi benyttet Field sine forslag til grad av styrke på Pearsons korrelasjonskoeffisient (Field, 2017). Field foreslår at en koeffisient-verdi på 0.10 tilsvarer en liten effekt, 0.3 tilsvarer moderat effekt og 0.5 tilsvarer stor effekt.

For å svare på vårt første forskningsspørsmål utførte vi parede t-tester for å sammenligne BEST-skårene før og etter behandling. Dette ble gjort på totalskårene, hver av de tre subbolkene (A, B og C), og hvert enkelt spørsmål i BEST. Målet vårt var å identifisere signifikante endringer i emosjonsreguleringen etter behandlingen. Vi vurderte signifikans ved å bruke en p -verdi $< 0,05$ og evaluerte den kliniske relevansen ved hjelp av Cohens d som effektmål. Vi fulgte Cohens anbefalinger for å tolke effektstørrelser, der d -verdier på 0,2 indikerte en liten effekt, 0,5 en moderat effekt, og 0,8 en stor effekt (Cohen, 1992; Cohen, 2013). I følge en studie (Blum et al., 2002) er respondere av behandlingen definert ut ifra kriteriet om en prosentvis endring i BEST totalskåre $\geq 25\%$. Vi gjorde deskriptive analyser av de som oppfylte dette kriteriet for å se andelen av respondere.

Vi inkluderte også manglende data gjennom «Intention-to-treat» (ITT)- analyser, for en mer realistisk vurdering av behandlingseffekter i en klinisk sammenheng. ITT-analysene tok hensyn til alle deltagerne som ble tildelt behandlingen, uavhengig av om de fullførte behandlingen eller ikke. Analysene hjalp oss med å håndtere utfordringer knyttet til hvor godt deltagerne fulgte behandlingen og ga oss en bredere forståelse av resultatene. Siste tilgjengelige observasjon innebærer å bruke den siste observerte verdien når data mangler på et senere tidspunkt (Saha & Jones, 2009). Da BEST ble målt ukentlig kunne vi bruke siste målingen før behandlingsavbrudd som en etter-behandlingsverdi hos deltagere som ikke fullførte. WSAS ble kun målt før og etter behandlingen, og det var derfor ikke mulig å gjennomføre en ITT-analyse for funksjonsmåling.

For å besvare forskningsspørsmål 2 gjennomførte vi en trinnvis regresjonsanalyse for å undersøke om endringer i BEST-skårene både totalt og i de separate bolkene (uavhengig variabler) predikerte endringer i WSAS-skårene (avhengig variabel). Vi utførte to steg i regresjonsanalysen. I steg 1 kontrollerte vi for kjønn og alder, og i steg 2 la vi til de ulike BEST-

skårene. Dette tillot oss å vurdere graden av sammenheng mellom emosjonsregulering og psykososial fungering, samtidig som vi kontrollerte for andre relevante faktorer som kjønn og alder. Videre gjorde vi mer grundige regresjonsanalyser ved å benytte hvert enkelt spørsmål i WSAS som avhengig variabel og total endringsskåre i BEST som uavhengig variabel.

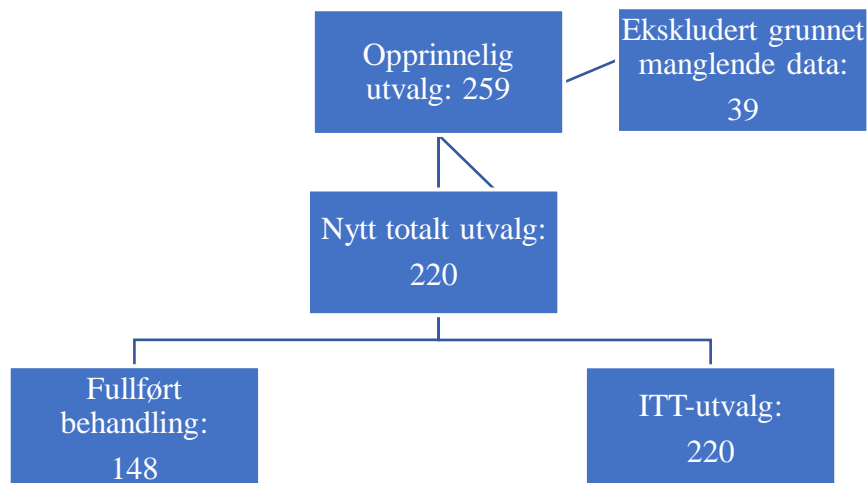
2.5 Etikk

Hovedprosjektet har fått godkjenning av Regionale etiske komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK; 2018/1079, vedlegg 1). Behandlingen vil gjennomføres i henhold til Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013) og gjeldende lover og regelverk i Norge.

3 Resultater

3.1 Utvalg

Tabell 3. *Oversikt over utvalg*



Det opprinnelige utvalget bestod av 259 individer. Vi utførte en nøye, manuell rensning av dataen. Følgende pasienter ble fjernet fra datasettet: de som kun hadde registrert verdier ved ett tidspunkt, ikke svarte på noe som helst, manglet svar på pre-spørsmål, eller hadde et svarvindu på 3 uker eller mindre. Det ble fjernet 39 personer fra dataen, og det totale utvalget ble derfor 220 personer. Av disse var det 148 personer som hadde fullstendige svar på både pre-verdier og

post-verdier. De utgjorde utvalget «fullført behandling (FB)». Individuer som manglet post-verdier ble inkludert i «Intention-to-treat» (ITT)-analyser, og dette utvalget bestod av 220 personer.

Majoriteten av deltagerne i utvalget var kvinner (80,9%, $n = 178$), og menn utgjorde en mindre andel (16,8%, $n = 37$). Det manglet informasjon om kjønn for 5 deltagere. Aldersspennet gikk fra 19 til 60 år, med et gjennomsnitt på 31.78 år ($SD = 8.757$).

Totale preverdier i BEST er den sammenlagte verdien fra de tre bolkene før behandling. Den gjennomsnittlige totalskåren var 40.35 ($SD = 9.797$), og varierte fra 16 til 68. For bolk A, B og C var verdiene henholdsvis 25 ($SD = 6.542$), 9.19 ($SD = 3.215$) og 8.85 ($SD = 2.336$). Post-verdier viste et gjennomsnitt på 27.19 ($SD = 10.59$). For ITT-utvalget var gjennomsnittet 30 ($SD = 11.38$). Bolk A, B og C hadde en gjennomsnittlig totalskåre på henholdsvis 17.03 ($SD = 7.103$), 7.15 ($SD = 3.072$) og 10.65 ($SD = 3.420$).

Gjennomsnittsskåren for WSAS før behandling var 23.63 ($SD = 7.210$), som etter behandling ble redusert til 17.82 ($SD = 8.176$).

Kolmogorov-Smirnov-testen indikerte at fordelingen ikke avvok signifikant fra normalfordeling. Z-skårene for skewness og kurtosis var innenfor akseptable områder og indikerer at fordelingen kan betraktes som normalfordelt. Den visuelle inspeksjonen av Q-Q-plots viste normalfordelt data, med unntak av endringsskåre i bolk C av BEST. Test for linearitet i ANOVA-analysen viste lineær sammenheng mellom variablene. Av denne grunn har vi kunnet benytte analyser som forutsetter et normalfordelt og lineært utvalg.

3.2 Korrelasjon

For å undersøke og forutsi sammenhenger utførte vi tohalet korrelasjonsanalyser med tilhørende deskriptive verdier (tabell 4). Vi inkluderte kjønn i korrelasjonsanalysen til tross for at det er en dikotom kategorisk variabel. Dette fordi kvinne og mann ble erstattet med henholdsvis tallene 0 og 1, og man kunne derfor benytte point-biseral korrelasjon (Field, 2017).

Tabell 4. Korrelasjonsanalyse

Variabler							Deskriptive verdier		
	B	C	D	E	F	G	M	St.d	N
A - BEST Total førskåre	0.25**	0.31**	0.44**	0.31**	-0.09	0.06	40.35	9.79	220
B - BEST Total etterskåre FB		1 ¹	0.21*	0.56**	-0.18*	-0.06	27.19	10.59	148
C - BEST Total etterskåre ITT			0.24**	0.54**	-0.15*	-0.03	30.08	11.38	220
D - WSAS Total førskåre				0.51**	0.03	0.11	23.63	7.21	213
E - WSAS Total etterskåre					-0.03	0.04	17.82	8.17	141
F - Alder						0.16*	31.78	8.75	200
G - Kjønn									215

Tabell 4: BEST = Borderline Evaluation of Severity over Time. WSAS = Work and Social Adjustment Scale. FB = fullført behandling. ITT = «Intention-to-treat». ¹ = B og C har en perfekt korrelasjonskoeffisient på grunn av overlappende utvalg, og derfor irrelevant svar. *p-verdi (tohalet) <0,05. **p-verdi (tohalet) <0,001.

Resultatene av korrelasjonsanalysen avslørte flere signifikante sammenhenger mellom variablene. Det var en svak til moderat, signifikant positiv korrelasjon mellom BEST Total førskåre og etterskåre (både ITT-utvalg og FB-utvalg). Videre ble det sett en moderat positiv korrelasjon mellom verdier rapportert på BEST før behandling og verdier rapportert på WSAS, både før og etter behandling. Den sterkeste korrelasjonen ble observert mellom BEST Total etterskåre (både FB og ITT-utvalg) og WSAS Total etterskåre. Med dette fulgte en R²-verdi som indikerer at ca. 30 % av variasjonen i WSAS kan forklares av variasjonen i BEST. Alder hadde en signifikant, negativ korrelasjon med BEST etter behandling. Dette innebærer at yngre deltagere kan ha en tendens til å ha høyere poengsum på BEST, men disse sammenhengene var relativt svake.

3.3 Forskningsspørsmål 1

Resultatene fra analysene gjort på forskningsspørsmål 1 er vist for fullførende deltagere (tabell 5) og ITT-utvalget (tabell 6).

I analysen av de fullførende deltagerne ble det påvist en signifikant endring fra før til etter behandling i den gjennomsnittlige totalskåren i BEST. Endringen viste en reduksjon på 13 poeng, tilsvarende en prosentvis reduksjon på 32,6%. Effektstørrelsen, målt ved Cohens d , indikerte en sterk effekt ($d = 1.101$). Blant de ulike bolkene var det bolk A (tanker og følelser) som hadde den største prosentvise endringen og effektstørrelsen, med henholdsvis 32,4% og $d=1,06$. Bolk B (negative følelser) hadde en nedgang i gjennomsnittlig skåre på 29,5%, som korrelerte med en stor effektstørrelse. Bolk C (positive følelser) viste derimot minst endring med en positiv økning i gjennomsnittlig skåre på 26,4%, og en moderat effektstørrelse.

Videre utførte vi analyser for å undersøke andelen som responderte på behandling. For FB utvalget var det 95 av 148 personer som oppfylte $\geq 25\%$ bedringskriteriet - tilsvarende 64,2%.

Tabell 5. *Parede t-tester av BEST-skårer for deltagere som har fullført behandling (FB)*

Variabler	n	Førskåre		Etterskåre		Endringsskåre		t	p (tosidet)	Cohens d
		M	SD	M	SD	M	SD			
BEST Totalskåre FB	148	40,34	8,84	27,19	10,59	13,16	11,95	13,40	<0,001	1,10
BOLK A FB	148	25,20	6,08	17,03	7,10	8,17	7,68	12,94	<0,001	1,06
BOLK B FB	148	9,18	3,06	6,47	2,57	2,70	3,33	9,88	<0,001	0,81
BOLK C FB	148	9,03	2,27	11,41	3,19	-2,39	3,46	-8,38	<0,001	-0,69

Tabell 5: BEST = Borderline Evaluation of Severity over Time. FB = fullført behandling.

I analysen av behandlingseffekt for ITT-utvalget ble signifikante funn identifisert. Til tross for overlappende data mellom ITT- og FB-utvalget, ble forskjeller observert. Den totale BEST-skåren avdekket en markant reduksjon av symptomer fra før behandlingen ($M = 40.35$) til etter behandlingen ($M = 30.08$), med en prosentvis nedgang på 25,6% og stor effektstørrelse ($d=0,82$). Bolk A hadde en større prosentvis endring (26%) enn den totale BEST-skåren, noe som er forskjellig fra FB-analysene. Videre ble det påvist en reduksjon (22,2%) i negative symptomer

for bolken B med en moderat effektstørrelse ($d = 0,507$). Bolken C hadde en prosentvis økning på 17,2%, men her var det en liten effektstørrelse ($d = -0,49$).

Tabell 6. *Parede t-tester av BEST-skårer for ITT-utvalget*

Variabler	n	Førskåre		Etterskåre		Endringsskåre		t	p (tosidet)	Cohens d
		M	SD	M	SD	M	SD			
BEST totalskåre ITT	220	40,35	9,80	30,08	11,38	10,28	12,54	12,16	<0,001	0,82
BOLK A ITT	220	25,02	6,54	18,50	7,78	6,51	7,98	12,11	<0,001	0,82
BOLK B ITT	220	9,19	3,22	7,15	3,07	2,04	4,01	7,53	<0,001	0,51
BOLK C ITT	220	8,85	2,34	10,65	3,42	-1,80	3,68	-7,27	<0,001	-0,49

Tabell 6: BEST = Borderline Evaluation of Severity over Time. ITT = «Intention-to-treat»

T-testene fra enkeltspørsmålene i hver bolken viste noen relevante og interessante funn (tabell 7). I bolken A hadde alle de åtte parvise sammenligningene signifikante endringer (p -verdi $<0,05$), og effektstørrelsene varierte fra moderate til store. Spørsmål A1 hadde den største prosentvise nedgangen med 39,58%. I kontrast til dette viste spørsmål A5 minst endring med en nedgang på 28,15%. I bolken B hadde spørsmål B12 den største prosentvise endringen fra før til etter behandling, med en nedgang på ca. 33,49%. Dette står i motsetning til B10 som hadde den minste nedgangen på 25%. I bolken C ble den største endringen observert for spørsmål C13 (44,58%), mens spørsmål C15 hadde kun en minimal økning på omtrent 5,26%. Sistnevnte var dog ikke signifikant.

Tabell 7. *Parede t-tester for hvert enkeltspørsmål i BEST*

SPØRSMÅL I BEST	ENDRING	COHENS d
A1	39,58%	0,920
A2	33,62%	0,807
A3	29,00%	0,665
A4	35,29%	0,877
A5	28,35%	0,598

A6	29,94%	0,732
A7	28,24%	0,669
A8	33,61%	0,650
B9	32,87%	0,555
B10	25,00%	0,484
B11	26,57%	0,579
B12	33,49%	0,558
C13	-44,58%	-0,778
C14	-42,52%	-0,743
C15	-5,26%	-0,138

Tabell 7: BEST = Borderline Evaluation of Severity over Time.

3.4 Forsknings spørsmål 2

Regresjonsanalysen som utforsker om endring i emosjonsregulering kan predikere endring i funksjonsnivå er presentert i tabell 8.

Det ble kontrollert for demografiske variabler ved å legge til kjønn og alder i alle analysene av de uavhengige variablene av interesse. Regresjonsanalysene viste en signifikant sammenheng mellom BEST-endringsskåren og WSAS-endringen ($\beta = 0.39, p < 0.001$), med 14% variansforklaring. Av analysene utført på bolkene var det bolk A som viste det mest bemerkelsesverdige funnet. Resultatet indikerte at Bolk A har en positiv sammenheng med total endringsskåre i WSAS og kan forklare 15% av variansen. Samlet viste funnene at de ulike underkategoriene av BEST har varierende sammenhenger med WSAS-endringer, med Bolk A ($\beta = 0.40, p < 0.001$) som den mest betydningsfulle.

Vi benyttet Variansinflasjonsfaktor (VIF) og Durbin-Watson (DW) for å vurdere multikollinearitet og tilstedeværelse av autokorrelasjon. VIF-verdiene gir innsikt i graden av multikollinearitet mellom uavhengige variabler. Våre VIF-verdier rundt 1 indikerte en begrenset

sammenheng mellom de uavhengige variablene, noe som gjør resultatene mer pålitelige (Cheng et al., 2022). DW-verdiene varierte rundt 2, noe som ligger innenfor akseptable grenser. Dette tyder på fravær av systematisk autokorrelasjon, og styrker dermed validiteten av våre funn (Dodge, 2008; Durbin & Watson, 1950).

Tabell 8. *Multipel regresjonsanalyse: Sammenheng mellom endring i BEST- og WSAS-skårer*

Variabler		<i>b</i>	<i>SEb</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	VIF	DW	Justert R ²
BEST Total								2,06	0,14**
Steg 1	Kjønn	-0,68	1,71	-0,03	-0,40	0,69	1,05		
	Alder	-0,01	0,07	-0,01	-0,17	0,87	1,04		
Steg 2	BESTΔ TOT FB	0,25	0,05	0,39	4,69	< 0,001	1,03		
Subskala A								2,06	0,15**
Steg 1	Kjønn	-0,66	1,70	-0,03	-0,39	0,70	1,05		
	Alder	-0,01	0,07	-0,01	-0,15	0,88	1,04		
Steg 2	BESTΔ Bolk A FB	0,40	0,08	0,40	4,83	< 0,001	1,03		
Subskala B								1,94	0,04
Steg 1	Kjønn	-1,88	1,80	-0,09	-1,04	0,30	1,03		
	Alder	-0,03	0,07	-0,04	-0,40	0,69	1,04		
Steg 2	BEST Δ Bolk B FB	0,51	0,20	0,22	2,49	0,01	1,01		
Subskala C								1,94	0,03
Steg 1	Kjønn	-0,84	1,84	-0,04	-0,46	0,65	1,07		
	Alder	-0,04	0,08	-0,04	-0,49	0,63	1,03		
Steg 2	BESTΔ Bolk C FB	-0,46	0,20	-0,21	-2,31	0,02	1,04		

*Tabell 8: BEST Δ= BEST endringsskåre. Avhengig variabel= WSAS total endringsskåre. DW= Durbin-Watson test. VIF= Variance Inflation Factor. b = ustandardisert regresjonskoeffisient. SEb= standardfeilen for den ustandardiserte regresjonskoeffisienten. β = standardisert regresjonskoeffisient. **p<0,001*

Foruten analysen av WSAS totalskåre, utførte vi også regresjonsanalyser på hvert enkelt spørsmål i WSAS som vist i tabell 9. Resultatene av disse analysene viste at den totale endringsskåren i BEST hadde en signifikant sammenheng med endringer i enkeltspørsmål i WSAS. Det er viktig å merke seg at selv om det var en signifikant sammenheng, var

variansforklaringen relativt lav, noe som indikerer at andre faktorer også kan ha bidratt til endringene i funksjon. Spørsmål 3 om sosiale fritidsaktiviteter skilte seg ut ved å ha den høyeste signifikante sammenhengen med BEST-endringen ($\beta = 0.35$, $p < 0.001$), og kunne forklare 12 % av variansen. De andre spørsmålene viste en lignende, men mindre uttalt sammenheng med BEST-endringen. Kjønn og alder hadde ingen signifikante effekter i noen av modellene. I likhet med tidligere analyser var det lav grad av multikollinearitet og autokorrelasjon.

Tabell 9. *Multipel regresjonsanalyse: Sammenheng mellom endring i hvert enkeltspørsmål i WSAS og BEST-skårer*

Variabler	<i>b</i>	<i>Seb</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	VIF	DW	Justert R ²
<i>Spørsmål 1: Arbeids og studievevne</i>								
Modell 1							1,93	0,00
Kjønn	-0,49	0,55	-0,08	-0,89	0,38	1,03		
Alder	0,03	0,02	0,11	1,25	0,22	1,03		
Modell 2							2,00	0,03
Kjønn	-0,27	0,55	-0,05	-0,49	0,62	1,05		
Alder	0,03	0,02	0,11	1,19	0,24	1,04		
BEST Δ TOT FB	0,04	0,02	0,21	2,31	0,02	1,03		
<i>Spørsmål 2: Husarbeid</i>								
Modell 1							2,18	0,00
Kjønn	0,57	0,49	-0,10	-1,16	0,25	1,03		
Alder	0,01	0,02	0,06	0,61	0,54	1,03		
Modell 2							2,27	0,03
Kjønn	-0,44	0,48	-0,08	-0,91	0,37	1,05		
Alder	0,01	0,02	0,07	0,72	0,47	1,04		
BEST Δ TOT FB	0,03	0,02	0,20	2,25	0,03	1,03		
<i>Spørsmål 3: Sosiale fritidsaktiviteter</i>								
Modell 1							1,84	0,00
Kjønn	-0,26	0,54	-0,04	-0,48	0,63	1,03		
Alder	-0,03	0,02	-0,12	-1,36	0,18	1,03		
Modell 2							2,05	0,12**
Kjønn	0,03	0,52	0,00	0,05	0,96	1,05		
Alder	-0,02	0,02	-0,09	-1,09	0,28	1,04		
BEST Δ TOT FB	0,07	0,02	0,35	4,14	<0,001	1,03		
<i>Spørsmål 4: Selvstendige fritidsaktiviteter</i>								
Modell 1							1,78	0,01

	Kjønn	-0,13	0,55	-0,02	-0,23	0,82	1,03		
	Alder	-0,04	0,02	-0,16	-1,84	0,07	1,03		
Modell 2								1,91	0,09*
	Kjønn	0,14	0,53	0,02	0,26	0,79	1,05		
	Alder	-0,03	0,02	-0,11	-1,27	0,21	1,04		
	BEST Δ TOT FB	0,06	0,02	0,30	3,46	<0,001	1,03		
<i>Spørsmål 5: Sosiale relasjoner</i>									
Modell 1								1,86	-0,01
	Kjønn	-0,31	0,55	-0,05	-0,57	0,57	1,03		
	Alder	0,00	0,03	-0,03	-0,38	0,71	1,03		
Modell 2								2,02	0,06*
	Kjønn	-0,14	0,54	-0,02	-0,26	0,80	1,05		
	Alder	0,00	0,02	-0,01	-0,08	0,93	1,04		
	BEST Δ TOT FB	0,05	0,02	0,28	3,13	0,00	1,03		

Tabell 9: Avhengig variabel= Endrings-skåre i hvert enkeltspørsmål i WSAS.

4 Diskusjon

4.1 Forskningsspørsmål 1

Hovedoppgavens første forskningsspørsmål forsøkte å besvare hvorvidt pasientenes emosjonsreguleringsvansker endres etter STEPPS-behandling. For å besvare dette spørsmålet brukte vi gjennomsnittet av totalpoengene fra deltagerne rapporterte svar – en metode vist å være sensitiv til klinisk endring for pasienter med EU PF (Pfohl et al., 2009). Denne tilnærmingen ble valgt for å generalisere resultatene til majoriteten av populasjonen. Imidlertid begrenser det muligheten til å oppdage individuelle endringer, og fange opp uendret eller forverrede resultater.

Resultatene våre viste en betydelig nedgang i emosjonsreguleringsvansker og symptomer etter STEPPS-behandling, både for FB- og ITT-utvalget. Dette støtter effektiviteten av STEPPS som en selvstendig og evidensbasert behandlingsform. Funnene er i samsvar med tidligere forskning som har vist signifikant reduksjon i symptomer hos EU PF-pasienter, målt med BEST (Black et al., 2018a, 2018b; Black et al., 2008; Blum et al., 2002; González-González et al., 2021; Harvey

et al., 2010). Lignende studier har rapportert Cohens d effektstørrelse mellom 0,7 og 1,35, noe som er i overensstemmelse med vår studie ($d = 1.10$) (Ekiz et al., 2023).

Emosjonsreguleringsvansker forbedret seg i alle tre subskalaer, noe som antyder at pasientene kan profittere på STEPPS-behandling på flere ulike områder. Bolk A (tanker og følelser) viste de beste, signifikante resultatene med størst effektstørrelse, likeledes som i andre studier (Blum et al., 2008; González-González et al., 2021). Vår forskning fant også signifikante, positive endringer i bolc C, men andre studier har ikke klart å påvise det samme (Ekiz et al., 2023). Det kan være flere årsaker til at bolc A opplevde størst endring, og at bolc C hadde minst endring. Behandlingsprogrammet har et stort fokus på endring av tanker og følelser som en del av emosjonshåndteringen. Det å være bevisst og identifisere emosjoner er grunnleggende for å lære emosjonsreguleringsferdigheter. På grunn av stor vektlegging, samt en forutsetning for videre arbeid, kan det være at pasientene er mer bevisste over subjektive endringer gjort i form av tanker og følelser, og er dermed flinkere til å rapportere om de.

En annen mulig forklaring er at endringer knyttet til tanker og følelser kan være raskere og enklere å oppnå sammenlignet med aktiv anvendelse av ferdigheter (bolc C). Når det er sagt viste spørsmål 15 kun en marginal endring, og dette kan derfor trekke ned gjennomsnittet for hele bolken. Alternativt kan funnene være et resultat av at Bolc C scores omvendt fra Bolc A og B. Pasienter som er mindre oppmerksomme kan derfor ha rapportert feil verdier, og dermed malt et bilde av bolc C som mindre effektivt enn det er. Funnene gjort i bolc C må tolkes forsiktig ettersom endringene ikke kunne vise sikker normalfordeling.

Den signifikante bedringen i negative symptomer (bolc B) er spesielt interessant, da disse emosjonsreguleringsvanskene potensielt fører til kostbare tjenester og sykehusbehandling. Dette kan skyldes selvskading, selvmordsforsøk, vold, hærverk eller impulsiv atferd som rusmisbruk og uansvarlig kjøring. En markant bedring i bolc B kan derfor være den største bidragsyteren til kostnadsreduksjonen ved STEPPS-behandling.

I vår studie var det omtrent 64% som opplevde klinisk bedring i emosjonsreguleringsvansker. Dette er noe høyere enn det som er observert tidligere hvor klinisk bedring er sett hos 41,4% pasienter basert på de samme kriteriene (Blum et al., 2002).

De parede t-testene av individuelle spørsmål i BEST ga konsistente resultater sammenlignet med lignende forskning. Følgende spørsmål i studien fra Black og kolleger utmerket seg med de beste resultatene: 4, 14, 13 og 1 (Black et al., 2018b). I den andre enden av skalaen hadde spørsmål 15 og 10 de dårligste resultatene. Disse funnene samsvarer med vår studie. Dette tyder på at STEPPS er mest effektiv for å bedre humørsvingninger (spm. 4), utvikle ferdigheter for å unngå emosjonelle vanskeligheter (spm. 14) og benytte positive aktiviteter for å motvirke selvdestruktiv atferd (spm. 13). Når det gjelder spm. 10 viste funnene at STEPPS har mindre effekt på emosjonsregulering i form av selvskading og selvmordsforsøk. Forskningslitteratur har hatt blandete resultater på suicid og selvskading (Ekiz et al., 2023), og flere store studier har ikke kunnet rapportere at STEPPS reduserer dette (Stoffers-Winterling et al., 2022). Dette kan antyde at den vanskeligste komponenten av emosjonsregulering er å endre dysfunksjonelle og destruktive mestringsstrategier rettet mot seg selv. Ettersom denne håndteringsevnen kan spille en avgjørende faktor i lengden på pasientens liv, er det av essensiell verdi å forbedre nettopp denne emosjonsreguleringen. En mulig forklaring på hvorfor suicidal atferd er den vanskeligste komponenten å endre er de hyppig forekommende komorbide lidelsene, slik som affektive lidelser og rusmisbruk. Da STEPPS er en behandlingsmetode for EU PF, har den nødvendigvis ikke direkte effekt på disse tilstandene. Disse er sterkt koblet til suicidal atferd og selvmord (Links et al., 1995), og kan derfor gjøre det vanskelig å tillate noe betydelig reduksjon i suicidramer.

Den klart dårligste progresjonen ble observert for spørsmål 15, som omhandler gjennomførbarheten av behandlingsplaner slik som samtaleterapi, hjemmelekser og medikamenter. Dette kan skyldes at pasientene allerede har gjennomgått motivasjonssamtaler og samtykket til å delta i studien før behandling har startet. De har derfor innstilt seg på og sagt seg villig til å delta på det som følger med. Dette kan bidra til at de anser gjennomførbarheten som relativt høy allerede ved start, og vil følgelig oppleve en liten progresjon på dette område. På den andre siden krever aktiviteter som hjemmelekser og avtaler både motivasjon, tid og handling.

Som en medvirkende faktor kan det være vanskeligere å forutse og forstå gevinsten av slike aktiviteter, og de prioriteres derfor minst. Oppsummert vil en dypere forståelse for hvilke emosjonsreguleringsvansker STEPPS har størst innvirkning på, tillate en mer presis behandlingstilnærming for å sikre at fokuset rettes riktig.

4.2 Forskningsspørsmål 2

Vårt andre forskningsspørsmål fokuserte på å undersøke sammenhengen mellom emosjonsregulering og funksjonsnivå hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EU PF). Målet var å utforske om endringer i emosjonsregulering kunne predikere endringer i funksjonsnivå, i tillegg til å se hvilke aspekter ved funksjon som spesielt kunne påvirkes.

Analysene avdekket en signifikant positiv sammenheng mellom den totale BEST-skåren, brukt som et mål på emosjonsregulering, og den totale WSAS-skåren, brukt som et mål på funksjonsnivå. Større endringer i emosjonsregulering var assosiert med større endringer i funksjonsnivå. Funnet er i samsvar med tidligere forskning som har vist at forbedring i symptomer på personlighetsforstyrrelse, inkludert emosjonsregulering, hadde en sammenheng med økt fungering hos pasienter med EU PF (Skodol et al., 2005; Wright et al., 2016). Med vår variansforklaring på 14% er det viktig å erkjenne at andre faktorer også kan påvirke funksjonsnivået. På grunn av begrenset informasjon i datasettet vårt, mangler vi kunnskap om disse faktorene.

Symptomer hos personer med EU PF kan vise rask forbedring etter behandling, men funksjonell forbedring utvikler seg mer gradvis og i mindre grad (Meuldijk et al., 2017; Skodol et al., 2005). Spørsmålet om langvarig funksjon forblir derfor ubesvart, da det kreves ytterligere forskning for å få bedre innsikt i dette området.

I analysene av de ulike bolkene av BEST-skjemaet i forhold til endringer i WSAS-skåren, var det varierende sammenhenger. Bolk A skilte seg ut som den mest betydningsfulle med en positiv sammenheng, noe som betyr at forbedringer i denne bolken er knyttet til økninger i

funksjonsnivået. Bolk B viste også en positiv sammenheng, men denne var svakere enn i Bolk A. Derimot hadde Bolk C en svak negativ sammenheng, noe som indikerer at økninger i Bolk C er knyttet til en nedgang i WSAS-skåren. Det er likevel viktig å merke seg at variansforklaringen for Bolk B og C er relativt lav, og derfor bør tolkningen av disse funnene gjøres med forsiktighet. Flere forskningsstudier har vist at spesifikke symptomer er sterkt assosiert med psykososial fungering, blant annet intenst sinne, frykt for avvisning, kronisk tomhet og selvskading (Miller et al., 2018; Zanarini et al., 2007). Å gjøre analyser på bolker kan derfor overskygge enkelte sterke sammenhenger. Det kan derfor være hensiktsmessig å vurdere hver pasient sine individuelle behov og utfordringer for å tilrettelegge behandlingen. Regresjonsanalysene viste også at emosjonsregulering er assosiert med endringer i spesifikke funksjonsområder, spesielt knyttet til deltagelse i sosiale fritidsaktiviteter (spørsmål 3 i WSAS). Dette inkluderer å være sosial med venner, delta på fester, restaurantbesøk, dating, dra på barer og selskap. Dette antyder at ulike symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EU PF) kan ha forskjellige konsekvenser for pasientenes funksjon på ulike områder. Ellison og kolleger påpekte at pasienter med visse EU PF-symptomer som impulsivitet og tomhet, kunne oppleve større påvirkning på sitt arbeidsliv, mens pasienter med symptomer som sinne og tomhet hadde lavere nivåer av sosial fungering (Ellison et al., 2016). Dette bidrar til forståelsen av hvordan enkelte symptomer kan påvirke ulike aspekter av pasientenes fungering. Vår forskning utvider dermed perspektivet på tidligere studier ved å fokusere på detaljene i sammenhengen mellom emosjonsregulering, EU PF-symptomer og funksjonsnivå i spesifikke domener.

4.3 Svakheter

4.3.1 Frafall

Det er en utbredt tendens til høye frafallsrater i studier gjort på pasienter med EU PF, noe som utgjør en klar svakhet. Med en frafallsrate på 32,7% er vår studie intet unntak. Pasientene i studien vår registrerte ikke begrunnelsen for hvorfor de droppet ut, og derfor mangler det et tydelig rasjonale for frafallet. Likevel er det verdt å nevne flere påvirkningsfaktorer.

I tidligere studier gjort av STEPPS som tilleggsbehandling har gjennomsnittlig frafallsrate ligget på 42% (Ekiz et al., 2023). Blant studier av STEPPS med individuelle sesjoner lå gjennomsnittlig frafallsrate på 36,1%. Å bruke STEPPS som selvstendig behandling er tidligere

blitt vist å redusere risikoen for frafall (Bos et al., 2010). En av grunnene til vår relativt lave frafallsrate kan derfor være inkluderingen av individuelle sesjoner innad STEPPS-programmet. Et stort antall studier rapporterer at STEPPS har høyere frafallsrate enn andre terapiformer. Gjennomsnittlig frafallsrate for en rekke terapiformer har ligget rundt 22% (Iliakis et al., 2021), og for DBT har det vært 28% (Dixon & Linardon, 2020). En mulig årsak til dette er en mindre streng inklusjonsprosess og en mer tilgjengelig behandlingsform. For å få mer realistiske og generaliserbare data inkluderes pasienter som ikke er tilstrekkelig motiverte eller mottakelige for behandling, noe som øker frafallsraten. Inkludering av motivasjonssamtaler i studien vår kan være forklaringen på vår relativt lave frafallsrate sammenlignet med andre STEPPS-studier. Høy impulsivitet er blitt vist å predikere frafall (D. W. Black et al., 2009). Dette er et kjernesymptom ved EU PF, og viser til at egenskaper ved pasientgruppens diagnose bidrar til frafall i seg selv.

4.3.2 Konfundere og bias

Det er nødvendig å reflektere over potensielle konfundere og bias som kan påvirke resultatene våre. Dette inkluderer manglende informasjon om komorbide lidelser, annen pågående terapi, tildelt behandlingsprogram (poliklinikk eller- behandlingsprogram), og medikamentbruk. Manglende måling av manualtrofasthet og variasjoner i behandlernes opplæring kan ha resultert i usikkerhet om hvor godt behandlingsmanualen ble fulgt. Ulik praksis blant behandlere fra ulike helseforetak kan derfor ha bidratt til ukjente konfundere. Samtidig forblir seleksjonsbias et åpent spørsmål da årsakene til frafall er ukjente, som igjen påvirker generaliserbarheten av resultatene.

4.3.3 Metodevalg

En begrensning i vår studie er knyttet til utvalget av pasienter i «Intention-to-treat» (ITT)-analysene. Vi inkluderte pasienter som hadde post-svar fra uke 4, altså de som avsluttet behandlingen i uke 5. Dette ble gjort fordi flere pasienter hadde kun et svarvindu på 4 uker, og utelukkelse av dem ville redusert antall deltagere mye. I tillegg er tidligere forskning og dokumentasjon på BEST vist å være sensitiv for klinisk endring allerede fra uke 4 (Pfohl et al., 2009). Likevel er det andre studier som rapporterte at forbedringer kan forekomme så sent som første halvdel av behandlingsløpet (González-González et al., 2021). Blum og kolleger

observerte en nedgang fra uke 8. (Blum et al., 2008). Ettersom flere pasienter hadde siste svar på uke 4, er det mulig at tidlig bedring ikke ble observert, som igjen vil påvirke resultatene våre. I tillegg, kan bruken av siste observerte verdi i «Intention-to-treat» (ITT)-analyser medføre uønskede konsekvenser. For vår studie kunne dette føre til bias, og gi inntrykk av at behandlingen fungerte dårligere enn den egentlig gjorde (Lydersen, 2019). Selv om det ofte ikke forårsaker alvorlige skjevheter i resultatene, kan det likevel overdrive hvor sikre vi er på resultatene (Liu, 2016). Dette kan føre til feilaktige konklusjoner om hvor effektiv behandlingen faktisk er.

En annen svakhet er at vi håndterte dataen manuelt. Manuell datarensing har fordelen av å dra nytte av menneskelig logikk og beslutningsevne, da vi kan oppdage og rette unøyaktigheter på en mer detaljert måte. Imidlertid er det en prosess som kan være utsatt for potensielle tolkningsfeil, feilaktig justering av data og feilaktige slettinger (Ridzuan & Wan Zainon, 2019). Denne tilnærmingen kan ha negativt påvirket datakvaliteten, og det er derfor viktig å være oppmerksom på dette.

Studien vår, som er en ukontrollert prospektiv kohortstudie uten kontrollgruppe, har flere svakheter som må vurderes. For det første gir denne studieutformingen ingen mulighet til å fastslå årsakssammenhenger da eksponeringen ikke er tildelt tilfeldig og mangler kontrollgruppe. De observerte forbedringene kan ha skyldtes andre faktorer som tilleggsbehandlinger, oppmerksomhet eller naturlig forløp av tilstanden over tid. Det blir derfor umulig å si om endringen til pasientene skyldes STEPPS-behandlingen alene.

Det er viktig å ta i betraktning at det er subjektive selvutfylte skjemaer som ble brukt som måleinstrument. Pasienter med EU PF har trekk ved diagnosen som kan vanskeliggjøre påliteligheten. Deres intense følelser kan forstyrre deres evne til å rapportere nøyaktig om tankene og situasjonene deres (Balsis et al., 2018). I tillegg bør vi være oppmerksomme på at det kan være vanskelig å få et presist bilde av deres emosjonelle tilstand over tid da de kan oppleve betydelige dag-til-dag variasjoner.

En viktig antagelse vi har gjort er å benytte BEST som et mål på emosjonsreguleringsvansker. Tidligere studier har ikke direkte brukt BEST for denne vurderingen, da det finnes mer spesialiserte selvrappoteringskjema for dette, slik som Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Til tross for at BEST er et mål på symptomer (Pfohl et al., 2009), har vi valgt å bruke det på grunn av den sterke sammenhengen mellom symptomer og emosjonsreguleringsvansker. Selv om BEST og WSAS er valide hver for seg, så er det heller ingen tidligere studier som har kombinert disse for å lage en ny variabel. Påliteligheten av dette er derfor ukjent. Til tross for disse utfordringene, kan ukontrollerte studier etablere om det er en klinisk effekt som fortjener videre forskning, og gir verdifull informasjon om behandlingseffekter (Saccà, 2010). Studien vår kan virke som en praktisk tilnærming og tjene som et første skritt for klinisk forskning (White & Ernst, 2001). Våre funn kan gi grunnlag for fremtidig forskning for å forstå STEPPS-behandlingens rolle i helsevesenet i Norge og svare på viktige kliniske spørsmål.

4.4. Styrker

Det er flere styrker ved denne hovedoppgaven som er verdt å påpeke. Funnene våre representerer flere helseinstitusjoner, ettersom dataen stammer fra både Namsos sykehus og Nidaros DPS. Sammenslåingen av dataen har også bidratt til et relativt stort utvalg. Manglende data ble inkludert i ITT-analyser – en styrke i form av å redusere type 1-feil. Dette ble ansett som viktig å gjøre ettersom det fremstiller realiteten bedre; ikke alle fullfører hele løpet. Å lette på inklusjonskriteriene bidrar også til en mer realitetsorientert studie. I tillegg er dimensjonale målinger i ferd med å erstatte de kategoriske, og således er denne studien mer tilnærmet fremtidens diagnoseklassifisering enn nåværende. En annen styrke ved studien er at STEPPS forskes på som selvstendig behandling med individuell terapi. Studier har vist at gruppeterapi i STEPPS med individuell terapi har størst effekt (Bos et al., 2010). Til slutt kan vi betrakte bruken av pålitelige og validerte selvrappoteringskjema som en styrke ved denne studien.

4.5 Veien videre

Studien vår støtter effektiviteten av STEPPS som behandling for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Det er likevel nødvendig med ytterligere forskning før vi kan trekke konklusjoner om implementering i Norge.

Fremtidige studier bør utforske spesifikke områder, inkludert langsiktig effekt av STEPPS. Vår studie har fokusert på behandlingseffekt rett etter behandlingsslutt (en 20-ukers periode), men det er viktig med langsiktig oppfølging da effekten av behandlingen kan endre seg over tid (Blum et al., 2008; Storebø et al., 2020). Til tross for flere studier som har vurdert STEPPS som tilleggshandling, mangler vi studier som evaluerer STEPPS som en selvstendig behandlingsmetode (Ekiz et al., 2023). Det er også nødvendig å utvide forskningen for å inkludere ulike pasientgrupper, inkludert menn og barn. Dette for å få en mer helhetlig forståelse av STEPPS-behandlingens virkning. Videre forskning bør se på hvordan STEPPS kan tilpasses norske forhold, i tillegg til kostnadseffektiviteten av behandlingsmetoden. Dette arbeidet kan bidra til å forstå potensialet STEPPS-behandlingen kan ha i Norge.

5 Konklusjon

Denne hovedoppgaven fokuserte på å evaluere effekten av STEPPS-behandlingen hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Studien viser at STEPPS-behandlingen kan gjennomføres ved DPS både i urbane og rurale områder. Vi undersøkte progresjonen i emosjonsreguleringsvansker, samt sammenhengen mellom emosjonsregulering og funksjonsnivå hos disse pasientene. Vår studie bekrefter effektiviteten av behandlingen med en betydelig reduksjon av emosjonsreguleringsvansker og symptomer, på nivå med tidligere studier. Alle bolkene hadde en signifikant forbedring, men bolk A var mest markant. Endringene i emosjonsregulering viste en positiv sammenheng med endring i funksjonsnivået til disse pasientene, spesielt for deltagelse i sosiale fritidsaktiviteter. Disse funnene understreker betydningen av å fokusere på emosjonsregulering for å forbedre funksjonsnivå. Samtidig bør resultater tolkes med forsiktigheten på grunn av svakheter ved studien. Disse omfatter blant annet frafall, manglende informasjon, metodevalg og seleksjonsbias. Likevel er det flere styrker

ved studien slik som et stort pasientutvalg, relativt lave frafallsrater, håndtering av manglende data og realitetsorienterte funn. Videre kan kunnskap om hvilke emosjonsreguleringsvansker som forbedres bidra til å finjustere behandlingsmanualen for å ytterligere effektivisere den. Oppsummert bidrar denne oppgaven til å styrke evidensen for effektiviteten av STEPPS i norske utvalg, og kan dermed legge grunnlaget for videre forskning.

Referanser

- Arvig, T. J. (2011). Borderline Personality Disorder and Disability. *AAOHN Journal*, 59(4), 158-160. <https://doi.org/10.1177/216507991105900401>
- Balsis, S., Loehle-Conger, E., Busch, A. J., Ungredda, T., & Oltmanns, T. F. (2018). Self and informant report across the borderline personality disorder spectrum. *Personal Disord*, 9(5), 429-436. <https://doi.org/10.1037/per0000259>
- Bartels, N., & Crotty, T. (1998). A systems approach to treatment: The borderline personality disorder skill training manual. *Winfield, IL: EID Treatment Systems*.
- 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>
- 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. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 184(16), 1789-1794. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090618>
- Black, D., Blum, N., & St John, D. (2009). STEPPS: A practical, evidence-based way to treat borderline personality disorder. *Current Psychiatry*, 8, 31-37.
- Black, D. W., Allen, J., St John, D., Pfohl, B., McCormick, B., & Blum, N. (2009). Predictors of response 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. (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. *Personal Ment 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 Spectr*, 13(10), 881-886. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016989>
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.33497>
- 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>
- 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. *Eur J Health Econ*, 18(9), 1125-1135. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0858-2>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet*, 398(10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00476-1)
- 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. *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>
- Braut, G. S. (2022). *ICD-11*. <https://sml.snl.no/ICD-11>
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep*, 15(1), 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>

- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143-1156. <https://doi.org/10.1017/s0954579419000658>
- Chapman, J., Jamil, R. T., & Fleisher, C. (2023). Borderline Personality Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing
- Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.
- Cheng, J., Sun, J., Yao, K., Xu, M., & Cao, Y. (2022). A variable selection method based on mutual information and variance inflation factor. *Spectrochimica Acta. Part A: Molecular and Biomolecular Spectroscopy*, 268, 120652. <https://doi.org/10.1016/j.saa.2021.120652>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Dall, V. E., Svendsen, T. . (2019). *Vi spør: Nidaros DPS om 'STEPPS'*. <https://recoverybloggen.com/2019/10/30/vi-spor-nidaros-dps-om-steps/>
- 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. *J Pers Disord*, 20(5), 450-465. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.5.450>
- De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C., Monici, A., Politi, V., Rossi, M., & 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. (2020). 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>
- Dodge, Y. (2008). Durbin–Watson Test. In *The Concise Encyclopedia of Statistics* (pp. 173-175). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-32833-1_122
- Durbin, J., & Watson, G. S. (1950). TESTING FOR SERIAL CORRELATION IN LEAST SQUARES REGRESSION. I. *Biometrika*, 37(3-4), 409-428. <https://doi.org/10.1093/biomet/37.3-4.409>
- Ekiz, E., van Alphen, S. P. J., Ouwens, M. A., Van de Paar, J., & Videler, A. C. (2023). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder: A systematic review. *Personal Ment Health*, 17(1), 20-39. <https://doi.org/10.1002/pmh.1558>
- Ekselius, L., Lindström, E., von Knorring, L., Bodlund, O., & Kullgren, G. (1994). SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(2), 120-123. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01566.x>
- 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. *J Pers Disord*, 30(2), 261-270. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.193>
- Fariba, K. A., Gupta, V., & Kass, E. (2023). Personality Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing
- Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications Ltd.
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification^[SEP]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 7-15. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>
- 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. *J Pers Disord*, 35(6), 841-856. <https://doi.org/10.1521/pedi.2021.35.512>
- 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>

- Helsebiblioteket. (2020). *Retningslinjer for personlighetsforstyrrelser – oppdatert samling på Helsebiblioteket*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/retningslinjer-for-personlighetsforstyrrelser-oppdatert-samling-pa-helsebiblioteket>
- Iliakis, E. A., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2021). Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personal Disord*, *12*(3), 193-206. <https://doi.org/10.1037/per0000453>
- Juurlink, T. T., ten Have, M., Lamers, F., van Marle, H. J. F., Anema, J. R., de Graaf, R., & Beekman, A. T. F. (2018). Borderline personality symptoms and work performance: a population-based survey. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1777-9>
- Karterud, S. (2018). Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres. *Tidsskriftet, Den norske legeforening*
- Karterud, S. (2022a). *borderline personlighetsforstyrrelse*. https://sml.snl.no/borderline_personlighetsforstyrrelse
- Karterud, S. (2022b). *emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*. https://sml.snl.no/emosjonelt_ustabil_personlighetsforstyrrelse
- Kavoussi, R. J., Coccaro, E. F., Klar, H. M., Bernstein, D., & Siever, L. J. (1990). Structured interviews for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *147*(11), 1522-1525. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.11.1522>
- Kennair, T. (2016). *Systemisk rettet borderline behandling*. <https://www.kognitiv.no/systemisk-rettet-borderline-behandling/#>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *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)
- Lie, T. W. (2020). *Personlighetsforstyrrelser i ICD-11*. <https://rop.no/aktuelt/personlighetsforstyrrelser-i-icd-11/>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*(7), 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *40*(1), 9-14. <https://doi.org/10.1177/070674379504000105>
- Liu, X. (2016). *Methods and Applications of Longitudinal Data Analysis* (Vol. Chapter 14 - Methods for handling missing data). <https://www.sciencedirect.com/book/9780128013427/methods-and-applications-of-longitudinal-data-analysis#book-description>
- 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. (2019). Last observation carried forward. *Det norske tidsskriftet*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.006>
- Mendez-Miller, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). Borderline Personality Disorder. *American Family Physician*, *105*(2), 156-161.
- Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PloS One*, *12*(3), e0171592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592>
- Michael B. First, M. D., Janet B. W. Williams, Ph.D., Lorna Smith Benjamin, Ph.D., and Robert L. Spitzer, M.D. (2016). Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD). 52. https://www.appi.org/structured_clinical_interview_for_dsm-5_personality_disorders_scid-5-pd
- 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? *Personal Ment Health*, *12*(4), 334-344. <https://doi.org/10.1002/pmh.1432>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Pfohl, B., Blum, N., St John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *J Pers Disord*, *23*(3), 281-293. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.281>

- Ridzuan, F., & Wan Zainon, W. M. N. (2019). A Review on Data Cleansing Methods for Big Data. *Procedia Computer Science*, 161, 731-738. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.11.177>
- Saccà, L. (2010). The uncontrolled clinical trial: scientific, ethical, and practical reasons for being. *Internal and Emergency Medicine*, 5(3), 201-204. <https://doi.org/10.1007/s11739-010-0355-z>
- Saha, C., & Jones, M. P. (2009). Bias in the last observation carried forward method under informative dropout. *Journal of Statistical Planning and Inference*, 139(2), 246-255. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jspi.2008.04.017>
- Setkowski, K., Palantza, C., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I. A., Noma, H., Furukawa, T. A., Arntz, A., van Balkom, A., & Cuijpers, P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(8), 3261-3280. <https://doi.org/10.1017/s0033291723000685>
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Shen, C. C., Hu, L. Y., & Hu, Y. H. (2017). Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0405-1>
- 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. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>
- 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 disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35(3), 443-451. <https://doi.org/10.1017/s003329170400354x>
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 657-666. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.006>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Steuwe, C., Berg, M., Driessen, M., & Beblo, T. (2023). Therapeutic alliance and dropout in patients with borderline pathology receiving residential dialectical behavior therapy. *BMC Psychiatry*, 23(1), 605. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05061-8>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M., Sales, C. P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 221(3), 538-552. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
- 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., & et al. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Sveen, C. A., Pedersen, G., Ulvestad, D. A., Zahl, K. E., Wilberg, T., & Kvarstein, E. H. (2023). Societal costs of personality disorders: A cross-sectional multicenter study of treatment-seeking patients in mental health services in Norway. *Journal of Clinical Psychology*, 79(8), 1752-1769. <https://doi.org/10.1002/jclp.23504>
- Ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16, 249. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>
- Thadani, B., Pérez-García, A. M., & Bermúdez, J. (2022). Functional Impairment in Borderline Personality Disorder: The Mediating Role of Perceived Social Support. *Frontiers in Psychology*, 13, 883833. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.883833>
- 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*, 22(6), 354-361. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>
- 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>

- Wright, A. G., Zalewski, M., Hallquist, M. N., Hipwell, A. E., & Stepp, S. D. (2016). Developmental Trajectories of Borderline Personality Disorder Symptoms and Psychosocial Functioning in Adolescence. *J Pers Disord*, 30(3), 351-372. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_200
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zahra, D., Qureshi, A., Henley, W., Taylor, R., Quinn, C., Pooler, J., Hardy, G., Newbold, A., & Byng, R. (2014). The work and social adjustment scale: reliability, sensitivity and value. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(2), 131-138. <https://doi.org/10.3109/13651501.2014.894072>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-935. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>

Vedlegg

Vedlegg 1: REK-godkjenning



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Tor Even Marthinsen	Telefon: 22845521	Vår dato: 27.06.2018	Vår referanse: 2018/1079/REK sør-øst C
			Deres dato: 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 innleggelse 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

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

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

Tor Even Marthinsen
seniorrådgiver

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

Vedlegg 2: WSAS: Work and Social Adjustment Scale/Arbeids- og sosial tilpasningsskala

Arbeid- og sosial tilpasning – WSAS

En person sine problemer kan påvirke evnen til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter.								<input type="checkbox"/>
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								
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: BEST: 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 selvskadning). 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, hjemmelekser, 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: $15 + A + B - C$:

