

**«Hvordan erfares relasjonen i situasjoner
som oppleves som akutte for pasienter
med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?»»**



Universitetet
i Stavanger

Helsevitenskapelig fakultet

Master i Relasjonsbehandling med tema:

E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter:

Tonje Wathne og Alexandra Amdal

Veileder:

Kristine Rørtveit

Dato: 16.05.2024

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING

E-MREMAS MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2023 / Vår 2024

FORFATTER(e)/MASTERKANDIDAT(er):

Tonje Wathne og Alexandra Amdal

VEILEDER: Kristine Rørtveit

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Hvordan erfares relasjonen i situasjoner som oppleves som akutte for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Engelsk tittel: How is the relationship experienced in situations perceived as acute for patients with emotionally unstable personality disorder?

EMNEORD/STIKKORD: Relasjon, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, miljøpersonale, miljøterapi, terapeutisk relasjon, mentaliseringsteori, barndomstraumer, utrygg tilknytning, emosjonell smerte, selvskading, brukerstyrt seng,

ANTALL SIDER: 58

STAVANGER

16.05.24

Forord

Vi startet denne erfaringsbaserte masteren i relasjonsbehandling i august 2021 med et mål langt der fremme om å skrive en masteroppgave. Nå sitter vi i mai 2024 og skriver de siste ordene i oppgaven vår.

Vi har gjennom disse 3 årene vært svært takknemlige for hverandre og avslutter master med å være mer enn gode kollegaer. Det har vært krevende, spennende, utfordrende og en læringsrikt prosess for oss. Vi er takknemlig for at vi fikk denne muligheten.

Vi vil takke vår veileder Kristine Rørtveit. Takk for støtten, konstruktive tilbakemeldinger, oppløftende ord, gode refleksjoner og tilgjengelighet. Takk for at du hadde tro på oss når vi ikke hadde det selv. Vi er svært takknemlig for at du sa ja til å være vår veileder. Takk for all støtte disse 3 årene vi har lært deg å kjenne.

Vi ønsker å takke familie, for all støtte gjennom studieløpet. Utallige timer med barnevakt, korrekturlesing og oppmuntring. Uten dere hadde vi aldri greid å skrive denne masteroppgaven, takk.

Takk til hele Sandnes DPS, ledere og kollegaer som har vært rause med oss denne tiden. Takk for at dere har rommet oss, når vi både har vært fysisk og psykisk fraværende. Takk for at dere har gitt oss fri når vi skriver og gjort våre arbeidsoppgavene når vi har vært borte. Vi håper at vår studie kan gi dere inspirasjon og nysgjerrighet på tematikken vi har valgt.

Takk til bibliotekarene inne på SUS, Elisabeth, Hilde og Christoffer. Dere har vært tilgjengelige, alltid på tilbudssiden og tatt imot oss med åpne armer når vi har dataproblemer.

Vi avslutter masterstudiet med en takknemlighet for alle gode mennesker vi har rundt oss, uten dere hadde vi ikke kommet i mål.

Stavanger

16 mai 2024

Tonje Wathne og Alexandra Amdal

1.0 Sammen drag	
1.1 Abstract	7
2.0 Introduksjon	8
2.1 Personlighet	8
2.2 Personlighetsforstyrrelse	9
2.3 Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	9
2.4 Tidligere forskning	11
2.5 Vår forforståelse	13
2.6 Studiens hensikt	14
2.7 Problemformulering	14
2.8 Avgrensninger.....	14
3.0 Teoretisk fundament	15
3.1 Tilkn ytnings teori	15
3.2 Miljøterapi	16
3.3 Terapeutisk relasjon	17
3.4 Mentaliseringsteori	18
4.0 Metode	20
4.1 Design	20
4.2 Metode og metodiske overveielser	20
4.3 Utvalg av artikler, inklusjons- og eksklusjonskriterier	21
4.4 Innsamling av data	22
4.5 Validitet og reliabilitet	26
5.0 Analyse	28
5.1 Forskningsetiske vurderinger	28
5.2 Funn og resultater	29
6.0 Presentasjon av funn	36
6.1 Relasjon	36
6.1.1 Relasjonens betydning	36
6.1.2 Barndomstraumer og utrygg tilknytning	38
6.1.3 Emosjonell smerte og selvskading	38
6.1.4 Holdninger	39
6.2 Terapi og oppfølging	40
6.2.1 Brukerstyrt seng, medbestemmelse og autonomi	40
6.2.2 Nye mestringsstrategier	43

6.2.3	Veiledning og behov for økt kompetanse	44
7.0	Diskusjon	45
7.1	Terapeutisk relasjon og holdninger	45
7.2	Utrygg tilknytning og barndomstraumer	47
7.3	Emosjonell smerte og selvskading	48
7.4	Terapi og oppfølging / miljøterapi	49
7.5	Brukerstyrt seng, medbestemmelse og autonomi	49
7.6	Behandling og oppfølging som bygger på mentaliseringsteori	51
7.7	Nye mestringsstrategier	52
7.8	Veiledning og behov for økt kompetanse	52
7.9	Implikasjoner for praksis	53
7.10	Implikasjoner for videre forskning	54
8.0	Konklusjon	54
	Referanser	56

1.0 Sammendrag

Dette er en kvalitativ metasyntese med tittelen «Hvordan erfares relasjonen i situasjoner som oppleves som akutte for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?».

Hensikten med denne studien har vært å oppnå økt kunnskap om hvordan vi kan hjelpe pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som opplever å være i en akutt situasjon og videre hvordan jobbe for en trygg terapeutisk relasjon.

Gjennom forskningen har vi utforsket hvordan relasjonen erfares, sett fra pasientens og psykisk helsearbeideres perspektiv, der målet var å finne ut hvilken betydning relasjonen har i arbeid med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Vi gjennomførte systematisk litteratursøk der vi innhentet 14 vitenskapelige forskningsartikler som kunne gi svar på vår problemstilling. Funn og resultater ble delt inn i to hovedtema, relasjonens betydning, terapi og oppfølging. Hovedtemaene ble videre definert inn i undertemaene, barndomstraumer og utrygg tilnærming, emosjonell smerte og selvskading, holdninger, brukerstyrt seng, medbestemmelse og autonomi, nye mestringsstrategier, veiledning og behov for økt kompetanse. Funnene viste, sett fra både pasienter og psykisk helsearbeideres perspektiv, at den trygge relasjonen er avgjørende for at pasientene skal oppleve en positiv utvikling og bedring. En trygg terapeutisk relasjon kan åpne opp for at de sammen kan jobbe mot at pasienten skal klare å forstå seg selv og andre bedre samt styrke evnen til å mentalisere. Psykisk helsearbeidere opplever at økt kunnskap og veiledning overfor denne pasientgruppen kan være med på å moderere negative holdninger som ofte er etablert i behandlingsmiljø på grunn av pasientenes destruktive atferd og tendenser til splitting, selvskading og suicidale atferd, som er vanskelig for psykisk helsearbeidere å stå i.

1.1 Abstract

This is a systematic literature review titled "How is the relationship experienced in situations perceived as acute for patients with emotionally unstable personality disorder?" The purpose of this study has been to increase knowledge about how we can help patients with emotionally unstable personality disorder who experience being in an acute situation, and further how to work towards a safe therapeutic relationship. Through the research, we have explored how the relationship is experienced from the perspective of the patient and mental health workers, with the aim of determining the significance of the relationship in working with patients with emotionally unstable personality disorder. We conducted a systematic literature search, obtaining 14 scientific research articles that could provide answers to our research question. Findings and results were divided into two main themes: the significance of the relationship, and therapy and follow-up. The main themes were further defined into sub-themes: childhood trauma and insecure attachment, emotional pain and self-harm, attitudes, user-controlled beds, participation and autonomy, new coping strategies, and guidance and the need for increased competence. The findings, from both patients' and mental health workers' perspectives, showed that the secure relationship is crucial for patients to experience positive development and improvement. A safe therapeutic relationship can facilitate collaborative work towards helping the patient better understand themselves and others, and strengthen their ability to mentalize. Mental health workers perceive that increased knowledge and guidance for this patient group can help moderate negative attitudes that were often established in treatment environments due to patients' destructive behavior and tendencies towards splitting, self-harm, and suicidal behavior, which were challenging for mental health workers to handle.

2.0 Introduksjon

I rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 2022, presenteres den mest omfattende gjennomgangen av psykisk helse siden århundreskiftet. Rapporten understreker behovet for en global innsats rettet mot psykisk helse og fremhever dens avgjørende rolle for en positiv og bærekraftig utvikling på alle samfunnsnivåer (WHO, 2022).

WHO definerer psykisk helse som: «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.» (WHO, 2024)

Funn fra rapporten (WHO, 2022) indikerer at 1 av 8 personer lever med en psykisk lidelse på verdensbasis. Rapporten identifiserer også sosiale og økonomiske ulikheter, folkehelsekriser, krig og klimakrisen som globale trusler mot god psykisk helse.

Dette peker på den viktige sammenhengen mellom sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer og den generelle psykiske helsen til befolkningen på globalt nivå. Det understreker behovet for helhetlige tilnærminger til helse, som tar hensyn til både fysiske og psykiske aspekter, samt faktorer som påvirker dem (WHO, 2022).

«Begrepet psykiske lidelser blir først brukt når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt. [...]. Ved psykiske lidelser foreligger det som oftest et uttalt tap av funksjon, for eksempel i forhold til jobb, skole og familie.» (FHI, 2023 under: "Om psykiske plager og lidelser" avsnitt 2)

Regjeringen i Norge sier at personer med psykiske plager og lidelser har rett til et verdig liv. For å tilstrebe dette er det behov for et kompetent psykisk helsevern med tilstrekkelig kapasitet for utredning, behandling og ivaretagelse. Tjenestene som gis skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede (Regjeringen, 2023).

2.1 Personlighet

Personlighet er et komplekst fenomen. Det er unike psykologiske egenskaper, tanker, følelser og atferd som skiller en person fra andre. Det omfatter hvordan en person oppfatter verden, tolker informasjon, reagerer på ulike situasjoner og samhandler med andre mennesker. Det finnes flere teorier om personlighet, en av disse teoriene er psykodynamisk teori (Karterud, 2017).

2.2 Personlighetsforstyrrelse

«Hva er en personlighetsforstyrrelse? Personlighetsforstyrrelser handler om varierende grad av problemer med selvfølelse, identitet og regulering av følelser. Utfordringer med å fungere sammen med andre, knytte seg til andre mennesker og forstå andres situasjon er også vanlig. De fleste personlighetsforstyrrelser kommer til uttrykk i ungdomsårene og fortsetter inn i voksen alder. Noen opplever også at personlighetsforstyrrelse oppstår etter at de har vært utsatt for svært belastende livshendelser i voksen alder. Personlighetsforstyrrelser oppdages oftest ved tilbakevendende tilleggproblemer som angst, depresjon, spiseforstyrrelser eller rusvansker. Lidelsen kan endre seg over tid, både til forverring og bedring.» (NAPP, 2022)

2.3 Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Det fremste kjennetegnet ved pasienter med emosjonell personlighetsforstyrrelse (EUPF), som navnet antyder, ustabile følelser. Både i forhold til seg selv og i forhold til andre. Det gjør det utfordrende å forstå seg selv, men også å bli forstått av andre. Det ustabile følelseslivet fører til identitetsproblemer og lav selvfølelse (Karterud, 2017), noe som igjen fører til en livsforverrende atferd. Med dette menes destruktive relasjoner, dårlig sosial funksjon og mangel på aktivitet (Karterud et al., 2017).

“Den emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelse av borderline type er ifølge ICD-10 kjennetegnet ved en tendens til å handle impulsivt, affektlabilitet, eksplosivitet, manglende utholdenhet, ustabil og lunefullt humør, forvirret og usikker identitetsforstyrrelse, tendens til intense og ustabile forhold til andre, kronisk tomhetsfølelse, tendens til selvdestruktivitet og en frykt for å bli overlatt til seg selv” (Schjødt & Heinskou, 2007, p. 204) .

Intensitet og ustabilitet utgjør kjernen i EUPF. Angsten for å bli forlatt og en vedvarende følelse av tomhet er også sentrale trekk. Disse symptomer kan sees som konsekvenser av en manglende identitet eller et svakt "jeg". Den intense frykten for å bli forlatt driver ofte disse individene til desperate handlinger for å beholde en partner, inkludert suicidale forsøk eller trusler. Livet til personer med EUPF er ofte preget av

konstant drama, kriser, samlivsbrudd, farlige episoder og uro. Risikoen for suicid er betydelig, og det er også stor sjans for å utvikle avhengighet av narkotiske stoffer eller alkohol. Det er vanlig at den sterke impulsiviteten til en viss grad avtar med alderen, men dette er ikke gjelende i alle tilfeller. Mange kan fortsette å oppleve betydelige utfordringer knyttet til intensitet og ustabilitet gjennom hele livet. Det er derfor viktig å tilby støtte, behandling og omsorg til de som er rammet av denne lidelsen for å hjelpe dem med å håndtere sine symptomer, slik at de kan leve et bedre liv (Torgersen, 2022). Årsakene til EUPF ser ut til å være komplekse. Pasienter med denne diagnosen er sårbare mennesker, ofte med tilknytningsforstyrrelser i form av tidlige traumer og et ustabil temperament. De kan opptre svært selvdestruktivt, ofte i form av direkte selvskading på hud og kropp. Det kan innebære direkte selvskading på hud og kropp, rus og spiseforstyrret atferd. Her kan skam være selve motoren som holder det i gang. Ved opplevde tilknytningstraumer og krenkelser blir ofte den krenkede bærer av en skam. Dette kommer fra krenkerens og overgriperens skamløse adferd. Den selvdestruktive adferden forsterker igjen skammen (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Karterud sier at med forskjellige former for utrygg tilknytningsmønstre er generelle risikofaktorer for utvikling av psykiske problemer (Karterud, 2017). Det er en økende forekomst av oppveksttraumer blant pasienter med EUPF. Disse traumene inkluderer tidlige separasjoner og tap, fysisk og psykisk mishandling, konfliktfylte og fremmedgjørende foreldre-barn-relasjoner, og spesielt seksuelle overgrep og incest. Slike traumer utgjør risikofaktorer som er overrepresentert ved de fleste psykiske lidelser. Det er indikasjoner på at mennesker med EUPF oftere har vært offer for seksuelle overgrep, enn blant andre psykiske lidelser. Dette antyder at denne formen for tilknytningstraumer har spesielt skadelige konsekvenser for identitetsutviklingen. Seksuelle traumer er ikke nødvendige for pasienter med EUPF, det finnes pasienter som ikke er seksuelt traumatiserte. Det er ikke en enkeltstående årsak som fører til at pasienter for EUPF, men heller et samspill av forskjellige faktorer som bidrar til lidelsen (Karterud et al., 2017).

Ifølge forskningen til Slade et al. er det klare indikasjoner på at utrygg tilknytning er assosiert med vansker med og mentalisering som voksen. Assosiasjonen ser ut til å starte med omsorgspersonens egen utrygge tilknytning til sine foreldre i barndommen. Den utrygge tilknyttingen med viktige omsorgspersoner kan potensielt bidra til vansker senere i livet, med å forstå og tolke andres mentale tilstander i sosiale

situasjoner (Slade et al., 2005). Karterud sier at det finnes god dokumentasjon på sammenheng mellom utrygg tilknytning i barndommen og personlighetsproblemer i voksen alder (Karterud, 2017). Personer med EUPF, er ofte utsatt for utrygg foreldre-barn-samspill med en ustabil veksling mellom overinvolvering, manglende mental tilstedeværelse og feiltolkning av barnets følelsesmessige tilstand. Det kan føre til at barnets tilknytningsbehov stadig blir aktivert, noe som resulterer i at barnet bruker mer energi på å regulere forholdet til sine omsorgspersoner enn på å utforske verden og oppleve en følelse av trygghet. Slike negative samspillsmønstre kan ha betydelige konsekvenser for utviklingen av barnets evne til mentalisering, som er evnen til å forstå ens egne og andres mentale tilstander (Karterud et al., 2017).

Hyppigheten av EUPF er i underkant av 1%, men dersom man ser på psykiatriske pasienter stiger hyppigheten til 10-20% som anses som mye. Pasienter med EUPF utfordrer helsetjenester på ulike nivå. Det blir fra sengepostmiljø beskrevet fenomener som splitting, motoverføring og ansvarsfraskrivelse hos pasienten. Disse fenomenene kan dermed skape en del uro i personalgruppen (Schjødt & Heinskou, 2007).

Retningslinjer for behandling av EUPF anbefaler at innleggelser bør unngås eller være så korte som mulig på grunn av fare for regredering og eskalerende destruktiv adferd (Torgersen, 2022). Terapiens målsetting er å redusere ustabiliteten. For å få til det må det utvikles et overføringsforhold mellom pasient og behandler. Fenomenet overføring er sentral i all psykoanalytisk behandling og går kort ut på at pasienten fatter en sterk emosjonell interesse for behandleren. Når det skjer, er tanken at pasienten tillegger behandleren de samme egenskapene som tidligere sentrale personer i pasients liv hadde, for eksempel pasientens mor eller en annen primær omsorgsgiver.

Det kan da startes en fortolkning av objektrelasjonen. For å få til dette er det nødvendig med flere timer behandling i uken. Oppgaven til behandleren er å hjelpe pasienten til å få kontroll over de overveldende følelsene som dukker opp underveis i behandlingen. Som ved all psykoanalytisk orientert behandling er det viktig at behandleren prøver å holde seg mest mulig nøytral (Torgersen, 2022).

2.4 Tidligere forskning på området

Den fjerde utgaven av det amerikanske diagnosesystemet (DSM) fra 1994, som kategoriserte personlighetsforstyrrelser, stimulerte til økende interesse for forskning både internasjonalt og nasjonalt. Forskning på EUPF, som faglitteraturen bygger på, prøver å belyse hvordan splittelsen i pasientens indre verden forplanter seg til den ytre

(Karterud, 2017). Det er forsket på symptomer og destruktive mestringsstrategier knyttet til EUPF (Mendez-Miller et al., 2022). I oversiktstudien til Oumay et al., undersøkes det nærmere, ved å gjennomgå studier fra 1980-2006 hvor omfattende destruktive mestringsstrategier kan være for pasienter med EUPF, der de ser at selvskading som mestringsstrategi øker risikoen for selvmord betraktelig. Spiseforstyrret atferd og rusmisbruk er også dokumentert som en del av reaksjonsmønstre og destruktive mestringsstrategier blant pasienter med EUPF (Oumaya et al., 2008). Warrander et al., belyser hvor komplekst symptombildet hos pasienter med EUPF kan være og presiserer at den tilgangen til omsorg som oppstår når en person skader seg eller er suicidal, ikke nødvendigvis adresserer den underliggende nøden (Warrender et al., 2021). Det er forsket mye på ulike behandlingsformer som er godt dokumentert, hovedsakelig mentaliseringsbasert terapi, dialektisk atferdsterapi og overføringsfokusert psykoterapi (Hernandez-Bustamante et al., 2024; Kim & Lamb, 2024; Mohajerin & Howard, 2024). Forskningen har hovedsakelig fokus på effekten de ulike behandlingsmetodene har på symptomtrykket hos pasientene. Behandlingsmetodene er evidensbaserte og viser seg å ha ulik effekt. Behandlingsmetodene kan ha varierende effekt med bakgrunn i at ingen pasienter er like, de er unike med hver sin livshistorie og særtrekk. Forskning viser derfor til at man må tilstrebes å finne den mest egnede metoden for hver enkel pasient (Mohajerin & Howard, 2024). Vi finner at det også er forsket på kombinasjonsbehandling, med psykoterapi og medisinsk behandling (Kim & Lamb, 2024). Men i gjennomgangen til Leichsenring et al., kommer det frem at det ikke er noen bevis på at noen psykoaktive medisiner konsekvent forbedrer kjernesymptomene til pasienter med EUPF. Effekten viser seg først i kombinasjon med annen terapi (Leichsenring et al., 2023). Det foreligger også forskning på betydningen av tilnærming i oppveksten, opplevd omsorgssvikt og traumer og sammenhengen det har med utfordringer i voksen alder for pasienter med diagnosen EUPF (Milan & Dau, 2023). Basert på den forskningsgjennomgangen som vi her presenterer finnes det altså en god del forskning på symptomer, destruktive mestringsstrategier, behandlingsmetoder og barndomstraumer som en medvirkende faktor til symptomer på EUPF i voksen alder. Til tross for det vi ser gjennom tidligere forskning, vet vi lite om hva som er effektiv håndtering av akutte kriser for pasienter med EUPF. Flere studier belyser årsaker til sykehusinnleggelse for pasientgruppen, som ofte skyldes suicidal atferd eller selvskading. I en oversiktsstudie av Monk-Cunliffe et al., ønsket

de å undersøke effekten av kriseintervensjon, definert som en umiddelbar respons fra en eller flere individer på den akutte nøden som oppleves av pasienten. De forsket på ulike typer intervensjoner, som ga ulike utfall. De konkluderte med at det fortsatt ikke foreligger bevis for hvordan håndtere krise, eller hvilken type intervensjon som med sikkerhet har effekt. De presiserer behovet for videre forskning på området (Monk-Cunliffe et al., 2022). Vi finner få studier som har hovedfokus på kun relasjonen mellom pasient og psykisk helsearbeidere, uavhengig av behandlingsmetode. Vi tenker derfor at det er nødvendig å undersøke nærmere og sammenfatte betydningen av relasjonen i arbeid med pasienter med EUPF, der vi får frem både pasientenes og psykisk helsearbeideres perspektiv. Med det ønsker vi å synliggjøre hvor viktig relasjonen er for en positiv utvikling for pasienten, uavhengig av behandlingsmetode.

2.5 Vår forforståelse

Vi er to masterstudenter innen relasjonsbehandling som har jobbet som sykepleier og vernepleier innen psykisk helse i 10 år, da henholdsvis sengepost og ettervernspoliklinikk i spesialisthelsetjenesten. Vi opplever at det ikke er så mye offentlig debatt rundt denne pasientgruppen, noe vi har fulgt med på de siste årene, etter studiestart.

Interessen vår har gjennom studiet tiltatt, spesielt utløsende har veiledningstimene vært. Dette på grunn av engasjementet og kompetansen veilederen vår har på dette fagområde, målt opp mot hva vi opplever ellers i klinikken. Vi ønsker å gi denne pasientgruppen mer fokus, finne ut mer om hvordan vi kan møte dem som mennesker, med sin historie, ikke bare som en diagnose. Ved å øke kompetansen vår, vil pasienten motta bedre behandling.

Vår forforståelse av pasientgruppen er at det kan være utfordrende og uheldig med innleggelse i enkelte tilfeller da det kan føre til regredering. På den andre siden tenker vi også at innleggelser kan være hensiktsmessig og livsnødvendig. Vi ønsker å være mer utforskende og er nysgjerrige på hva vi som miljøpersonale kan gjøre bedre eller annerledes for å hjelpe denne pasientgruppen bedre ved akutt behov for hjelp, med mål om å unngå å bli farget av historikken til pasienten, som gjerne består av innleggelser.

2.6 Studiens hensikt

Hovedfokuset gjennom dette masterforløpet har vært relasjonsbehandling. Dette har ført til at vi har fått en økt forståelse for relasjonens betydning. Vi har derfor valgt å vie hovedfokuset i masteroppgaven på relasjon fremfor behandlingsmetode.

Hensikten med studien er å belyse og sammenfatte tidligere forskning om hvordan pasienter med EUPF bør møtes i akutte livssituasjoner. Vi ønsker å øke forståelse og kompetanse overfor denne pasientgruppen for at de skal kunne motta god behandling. Når vi øker kompetansen vår, kan vi bruke dette til å videreformidle vår økte kompetanse (for eksempel med internundervisning) til personalgruppen for at dette kan brukes videre i behandling

2.7 Problemformulering

Hvordan erfares relasjonen mellom pasienter med EUPF og psykisk helsearbeider, når pasienten er i akutte situasjoner, sett ut fra pasient og psykisk helsearbeiders perspektiv – en oppsummering av tidligere forskning.

I denne studien omfavner psykisk helsearbeidere alle som er i en terapeutisk relasjon med pasienter, miljøterapeuter, psykoterapeuter, psykologer og andre behandlere. Betegnelsen krise brukes for å beskrive tilstanden pasientene er i når de ikke lenger klarer å regulere følelsene sine og har behov for hjelp for å unngå destruktive mestringsstrategier som i verste fall kan føre til akutte situasjoner.

2.8 Avgrensninger

Vi har gjort noen avgrensninger i denne studien. Noen av de inkluderte artiklene bruker betegnelsen 'borderline' for 'emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse'. Dette er i tråd med den opprinnelige engelske betegnelsen for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse var borderline (Karterud, 2017). Det kan forklare hvorfor begge begrepene blir brukt, også i Norge. I denne studien har vi valgt å bruke emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, forkortet med EUPF. Som tidligere nevnt vil vi i oppgaven bruke fellesbetegnelsen psykisk helsearbeider, dette omfavner alle som er i en terapeutisk relasjon med pasienter, miljøterapeuter, psykoterapeuter, psykologer og andre behandlere. Dette velger vi fordi det blir mer oversiktlig i oppgaven med en felles betegnelse og psykisk helsearbeider opplevde vi som mest treffende. Vi omtaler menneskene med diagnosen emosjonelt ustabil

personlighetsforstyrrelse som pasienter, dette fordi litteraturen og artiklene vi har jobbet med omtaler de som pasienter. En artikkel omtaler det som kvinner med EUPF, men vi velger å bruke pasienter fordi vi vektlegger ikke kjønn i denne oppgaven.

3.0 Teoretisk fundament

Studien vår forankres i Bowlbys tilknytningsteori, som har sitt utspring fra psykodynamisk teoriforståelse. Vi har valgt denne forankringen fordi forståelsen av utvikling og konsekvensen av tilknytningsmønstre er viktig med tanke på forståelsen av mennesket, regulering av følelser, mellommenneskelige relasjoner og evnen til å mentalisere. Mentaliseringsteori er derfor med som en del av den teoretiske forankringen i studien. Mentalisering er en grunnleggende evne til å fortolke menneskelig atferd. Det er en evne man ikke er født med, men som utvikler seg spesielt gjennom barndom og ungdomstid. God mentalisering er knyttet til følelsesregulering og derfor aktuell for tematikken i studien vår.

3.1 Tilknytningsteori

John Bowlby lanserte begrepet tilknytningsteorien etter andre verdenskrig. Han knyttet dette til at barnet vil søke omsorgsgiveren dersom barnet føler seg utrygg. Barnet kan få trøst og støtte for eksempel med å sitte på fanget til omsorgsgiveren. Barnet erfarer ut fra dette samspillet at omsorgsgiveren kan fungere som en trygg “base”. Bowlby la stor vekt på at omsorgsgiveren var til stede både fysisk og psykisk og at omsorgsgiveren ga respons til barnet i samspillet. Bowlby mente at båndet mellom barnet og omsorgsgiveren påvirker den tidlige personlighetsutviklingen. Det ble nærmere beskrevet at det er i relasjonen til en eller flere tilknytningspersoner at personligheten utvikles. Trusler mot en god utvikling kan være tilknytningstraumer. De kan innebære fysisk mishandling, eller seksuelle overgrep, men de kan også bestå av mer trusler mot selvets psykologiske integritet, som ved utstrakt følelsesmessige oppgitthet over tid. Bowlby mente at det var snakk om en desorganisert tilknytning. Risikoen for traumatisering øker dersom traumet vedvarer og om det forårsakes av et menneske i nær relasjon. Pasienter med EUPF har ofte slike alvorlige traumer med seg fra oppveksten (Abrahamsen, 1997). Studier viser at opp mot 90% av pasienter med EUPF har en oppveksthistorie med omsorgssvikt og/eller barndomstraumer (Karterud et al., 2020). Det kan forklare noe av grunnen til at mange har en grunnleggende antakelse om at *“verden er farlig ondsinnet”, “jeg er maktesløs og sårbar”,* eller *“jeg*

er komplett uakseptabel (Kåver & Nilsonne, 2005, p. 22). Samtidig må det understrekes at det er en del av denne pasientgruppa som ikke har opplevd omsorgssvikt og traumer i barndommen, men der det kan være mer suboptimale utviklingsbetingelser, som for eksempel måten barnet er blitt mentalisert på som har vært på spill. Men uansett om omsorgssvikt i barndommen er en gjennomgående faktor eller ikke, tyder flere studier på at alvorlighetsgraden av omsorgssvikt i barndommen er forbundet med alvorligheten av EUPF (Karterud et al., 2020). Bowlby sitt arbeid har ført til en videreutvikling i arbeidet med personlighetsforstyrrelser, der de grupperes ut fra tilknytningsmønstre. EUPF betraktes som en følge av en tidlig utrygg tilknytning, av desorganisert-desorientert type. Den type binding oppstår når den nære omsorgspersonen som barnet knytter seg til, dels er upålitelig, dels oppleves som samtidig farlig og beskyttende (Kåver & Nilsonne, 2005).

3.2 Miljøterapi

Miljøterapi er en del av det psykoterapeutiske praksisfeltet, det er et underkommunisert felt. Miljøterapi er blant annet relasjonsbehandling. Dens viktigste fokus er å bruke relasjoner til å reparere relasjonsskader som ofte ses hos pasienter og som bidrar til psykisk sårbarhet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Miljøterapi er en terapeutisk virksomhet som har blitt praktisert i mer enn seksti år og det er sprunget ut av døgnbehandlingsenheter. Miljøterapi bygger på flere teoretiske fundament: utviklingsteori, organisasjonspsykologi og psykoterapeutisk metode. Miljøterapi i døgnbehandlingsenheter kan inneholde aktivitetsbaserte grupper, kontaktpersonfunksjon, trening av praktiske sosiale ferdigheter, ukeplan. Ansvarlig gjøre pasientene i egen behandling er eksempel på miljøterapeutiske tiltak som brukes i miljøterapien (Schjødt & Heinskou, 2007). Miljøterapi kan deles opp i to «miljø og terapi». Miljødelen handler om å hjelpe pasienten til å organisere hverdagen. Den terapeutiske delen handler om å legge til rette for at pasienten kan jobbe med utvikling og endring i sitt liv (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Formålet med miljøterapi er å hjelpe hver enkelt pasient, at symptomene skal lette, bedre det psykiske funksjonsnivået, mestre hverdagen gjennom de verktøyene pasienten får gjennom behandlingen. Gjennom miljøterapien etableres det relasjoner som kan være en viktig del av tilfriskningsprosessen til pasientene. Relasjonen mellom terapeut og pasient bør være preget av fordomsfrihet og toleranse. Terapeuten bør også

kunne formidle håp for pasientene. Pasienter med psykiske lidelser blir ofte rammet av følelsen håpløshet (Schjødt & Heinskou, 2007).

Miljøterapi med pasienter med EUPF er en utfordrende oppgave og krever mye av miljøpersonalets frustrasjonstoleranse, innlevelse og samarbeidsevne. Med tilstrekkelig kunnskap og økt forståelse for denne pasientgruppen kan det være ekstra spennende å jobbe med (Schjødt & Heinskou, 2007).

3.3 Terapeutisk relasjon

Den miljøterapeutiske behandlingen har sitt utspring fra den psykodynamiske teoriforståelsen som gir grunnlag for hvilken rolle relasjonsbehandlingen skal spille. Tilknytningsteorien bidrar videre til forståelsen av relasjonens betydning (Schjødt & Heinskou, 2007). Å være miljøterapeut for pasienter med EUPF kan være en stor utfordring. Spesielt siden de i så høy grad projiserer deres indre problemer og konflikter ut på omgivelsene. Som miljøterapeuter kan en bli utsatt for et psykisk press og det er derfor viktig med veiledning, hvor det er rom og tid til å samle alle de forskjellige sidene hos pasienten til et sammenhengende bilde. De primitive forsvarsmekanismene hos pasienten kan påvirke personalgruppen i stor grad, da spesielt splitting, som er en følge av det splittede selv, og som medfører en tendens til å se andre og seg selv som enten helt gode eller helt onde, svart-hvitt tenkning. Som tidligere beskrevet er det ikke bare en årsak som fører til diagnosen EUPF. For å kunne møte pasienten best mulig er det helt avgjørende å se på den enkelte persons unike historie og utfordring. For å tilstrebe en trygg relasjon er det viktig å være tålmodig og erkjennende, det er ingen rask vei til helbredelse (Schjødt & Heinskou, 2007).

En viktig del av miljøterapien er samtalene mellom psykisk helsearbeidere og pasient. Samtalene bærer preg av fortrolighet og kan være avgjørende for behandlingen og en trygg relasjon. Den trygge relasjonen blir den trygge basen som Bowlby refererte til (Schibbye, 2012). Når pasienten føler seg trygg og komfortabel nok til å åpne seg opp og dele sine tanker, følelser og utfordringer, legges grunnlaget for en meningsfull terapeutisk relasjon. Den trygge relasjonen som etableres gjennom samtalene gir pasienten muligheten til å utforske og reflektere over sine egne opplevelser og atferdsmønstre på en dypere måte. En slik utforsking og refleksjon kan bidra til økt innsikt og forståelse av egne problemområder, samt til å identifisere måter å håndtere dem på. På denne måten kan pasienten endre sitt utrygge tilknytningsmønstre

(Schibbye, 2012). I tillegg til å skape trygghet og fortrolighet, gir samtaler også muligheten for psykisk helsefagarbeidere å gi støtte, veiledning og utfordringer når det er nødvendig. Psykisk helsefagarbeidere kan hjelpe pasienten med å utvikle nye ferdigheter, utforske ulike mestringsstrategier og sette mål for endring. Derfor er samtaler mellom miljø og pasient en sentral del av miljøterapien, da de ikke bare gir et rom for utforskning og refleksjon, men også legger grunnlaget for en trygg og tillitsfull relasjon som er avgjørende for behandlingens suksess (Schibbye, 2012). I samhandlingen mellom psykisk helsefagarbeidere og pasientene vil holdningene til psykisk helsefagarbeidere være med å prege behandlingen en gir. Det er viktig å ha en bevisst forhold til dette, dersom en ikke har et bevisst forhold til det kan dette være med å prege relasjonen negativt. Ved å opptre nysgjerrig, ikke vitende, være aktiv og utforskende til pasienten kan det føre til en bedre relasjon. (Schibbye, 2012). Det er viktig å være klar over begrepene overføring og motoverføring i en terapeutisk relasjon. Dette er en ubevisst prosess der for eksempel pasienten overfører følelser, ønsker eller forventninger fra tidligere erfaringer til psykisk helsearbeider. Eksempel på dette kan være sinne mot foreldre, som rettes mot terapeuten. Overføringen kan både være positiv, nøytral og negativ, og den gir terapeuten innsikt i klientens indre verden og hjelper til med å utforske og forstå klientens følelser og interaksjoner. Dersom psykisk helsearbeiderne ikke er bevisst på denne overføringen, kan de ta dette sinnet videre i en motoverføring i andre mellommenneskelige sammenhenger, for eksempel på arbeidsplassen eller personlige relasjoner. Psykisk helsearbeiderne må være bevisst på sin egen overføring for å kunne håndtere den konstruktivt og hjelpe pasienten med å utforske og forstå sine egne følelser og reaksjoner (Schibbye, 2012).

3.4 Mentaliseringsteori

“Det enkleste engelske ordet for hva mentalisering handler om, er “mindreading”. Det viser til den mentale handlingen vi gjør når vi forsøker å forstå oss selv og andre, våre opplevelser og handlinger, i lys av mentale fenomener, det vil si i lys av antakelser, følelser, holdninger, ønsker, håp, kunnskap, intensjoner, planer, drømmer, falsk tro, løgn etc. Med andre ord: "Hvorfor oppfører andre mennesker seg slik de gjør, og hva er sammenhengene i mitt eget sinn og liv?" (Karterud et al., 2020, p. 30)

Mentalisering er noe som kan være så enkelt og selvfølgelig at det kan være vanskelig å få tak på hva det er. I dagliglivet brukes mentalisering om det vi tillegger hverandres intensjoner, bevisst og ubevisst. Ikke bare fysiske handlinger, men hva som ligger bak handlingen, hensikten bak handlingen (Karterud et al., 2020). Mentalisering er en grunnleggende evne til å fortolke menneskelig atferd. Dette er ikke en evne man er født med, men en evne som utvikler seg spesielt gjennom barndom og ungdomstid (Karterud, 2022). Mentaliseringsteorien bygger på forutsetningen om at mennesker har en medfødt trang til å bli anerkjent og forstått som individ med mentale dimensjoner. Denne forståelsen av mentalisering er avgjørende både for å etablere trygg tilknytning og for å fremme barnets egen evne til å mentalisere. I dag er det betydelig forskning som tydeliggjør den sterke sammenhengen mellom foreldrenes evne til å mentalisere - å empatisk forstå og leve seg inn i barnets indre, psykologiske tilstand - og barnets utvikling av trygg tilknytning. På samme måte er det en sammenheng mellom utilstrekkelig mentaliseringskompetanse hos foreldre og barnets utvikling av utrygg tilknytning (Wennerberg, 2011). Det skilles mellom implisitt og eksplisitt mentalisering. Implisitt mentalisering er den umiddelbare tanken, mens eksplisitt mentalisering er når vi bevisst reflekterer over andres, egne motiver og følelsetilstander (Karterud et al., 2017). Utfordringene med mentalisering er at det fort kan oppstå misforståelser hos oss selv og andre. Dette fordi det en ikke kan med sikkerhet si hva andre tenker og føler. Egne tanker kan også være vanskelige å få tak i, egne tanker kan være diffuse. Dersom en har dårlig mentaliseringsevne vil det oftere oppstå misforståelser både rundt en selv, men også i samhandling med andre (Karterud et al., 2020).

Mentaliseringsteori er når et individ sammen med et annet individ har en reflekterende dialog (gjerne en indre dialog) med seg selv. Dette for å forstå egne og andres tanker, følelser og handlinger (Karterud et al., 2020). Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en psykoterapeutisk behandlingsform som tar utgangspunkt i mentalisering. Da denne behandlingsformen ble etablert var den rettet mot en spesiell pasientgruppe, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Denne pasientgruppen har ofte en svekket mentaliseringsevne. Klassisk MBT er en langvarig og ressurskrevende behandling. Det bør være en markant funksjonssvikt hos pasientene som mottar denne behandlingsformen i form av at pasienten ikke har vært i stand til å studere/arbeide over lang tid, fungerer dårlig i samhandling med andre, symptom presset er betydelig, selvdestruktivitet, scorer lavt på GAF (40 til 50).

En kan motta MBT enten individuelt eller i gruppe. Her vil pasientene lære å mentalisere bedre, få en økt forståelse rundt seg selv og andre, tanker rundt en selv og andre, bli bedre i å regulere sine egne følelser og forstå hva som skjer i samhandling med andre (Karterud et al., 2020). God mentalisering er knyttet til følelsesregulering. Følelsesregulering er noe som kan være svært utfordrende for pasienter med EUPF. Dette kan ses på som sviktende mentalisering. Pasienter med EUPF opplever stadig mentaliseringssvikt, derfor vil mentaliseringsterapi være en nyttig terapiform for denne pasientgruppen (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

4.0 Metode

4.1 Design

Vi har anvendt en kvalitativ metasyntese med et eksplorerende design der vi innhentet kvalitative studier på området i vår forskning (Malterud, 2017b). I et kvalitativt review (metasyntese) bruker vi resultatene fra flere primærstudier, som videre analyseres og sammenfattes til ny kunnskap (Malterud, 2017a).

4.2 Metode og metodiske overveielser

Kvalitative studier representerer en felles strategi for kunnskapsutvikling, forankret i det fortolkende paradigmet med røtter i hermeneutisk filosofi. Systematisk fortolkning av empiriske tekstdata, gjerne med støtte i teoretiske perspektiver, er fellesnevner for de ulike kvalitative forskningsmetodene (Malterud, 2017b).

Vi diskuterte ulike metoder vi kunne ta i bruk i vår forskning. På grunn av tidsperspektivet og tiden vi hadde til rådighet ble intervju med pasienter uaktuelt, dette på grunn av behandlingstiden i REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Intervju med ansatte var også et alternativ, men vi kom frem til at vi da ville miste pasientperspektivet, som vi ønsket å ha søkelys på. Vi ønsket å få frem perspektivet til både pasienter og miljøpersonalet. Metodevalget landet til slutt på kvalitativt review. Vi ønsket å få svar på vår problemformulering ved å presentere og sammenfatte vitenskapelig forskning som er gjort de siste årene.

4.3 Utvalg av artikler, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Et systematisk litteratursøk ble anvendt for å innhente vitenskapelige artikler som kunne gi svar på forskningsspørsmål. For å sikre kvalitet, validitet og reliabilitet hadde vi veiledning med bibliotekar på universitetet tidlig i forløpet (oktober 2023). I startfasen søkte vi avgrenset, med søkeordene «borderline personality disorder», «crisis» og «therapy», publisert de siste 10 årene, med nordisk og engelsk språk. Vi brukte på dette tidspunktet flere databaser, Medline, Cinahl, PubMed og Embase. Vårt inntrykk var at forskningsartiklene vi fant i Medline og Embase ikke belyste en tematikk som var aktuelle for vår forskning, eller at tematikken var aktuell men for lite oversiktlig til at de kunne brukes i vår forskning. Vi opplevde at Cinahl og PubMed var mer oversiktlige og lettere å navigere seg frem i som database. Vi valgte artikler som fikk frem enten pasientenes eller personalets perspektiv.

Det første treffet resulterte i 355 artikler, noe vi vurderte som altfor stort (se figur 1, flytdiagram). Vi hadde flere duplikater i søket, noe som forklarte det store treffet. På dette tidspunktet var vi ikke klar over at det var en mulighet å fjerne duplikater ved hjelp av søkemotoren, derfor gjorde vi det manuelt etter hvert som vi gjenkjente titlene. Etter ekskludering av duplikatene hadde vi 274. Neste steg var å fjerne forskningsartikler med kvantitativ metode (123 stk). Da satt vi med 151 forskningsartikler som vi leste abstraktene på. Etter å ha lest gjennom abstraktene ekskluderte vi 113 artikler. 29 forskningsartikler ble ekskludert på grunn av utgangspunkt i barn og ungdom. 74 forskningsartikler ble ekskludert på grunn av at de ikke hadde søkelys på krise, EUPF, terapi eller relasjon. Vi foretok også et manuelt søk hvor to av funnene ble vurdert som relevant for vår forskning. Dette var to forskningsartikler utgitt i 2010 og 2011 (Holm & Severinsson, 2010; Shanks et al., 2011).

1 forskningsartikkel ble ekskludert på grunn av lav kvalitet på funn. 5 forskningsartikler ble ekskludert da studiene ble utført under Covid-19, noe som gjorde at fokuset ikke var relevant for oss. 4 forskningsartikler var på annet språk. Grunnen til at det dukket opp forskningsartikler på annet språk tror vi kan handle om at vi ikke har vært nøyaktige nok i søkeprosessen. Selve søke- og selekteringsprosessen har vært helt fremmed for oss og vi har måtte lære underveis, noe vi tenker kan forklare en del av omveiene vi møtte på. Vi leste 38 forskningsartikler i fulltekst og vurderte 14 av dem som aktuelle, da de svarte på våre forskningsspørsmål. Søkehistorikken kommer frem gjennom flytdiagrammet (Figur 1).

Hensikten med å gjøre et systematisk litteratursøk som vi viser til gjennom flytdiagram er å systematisk gå gjennom all litteratur vi har funnet og dermed fange opp så mye som mulig av relevant litteratur i dette fagfeltet. Flytdiagrammet dokumenterer søket vi har gjort (Malterud, 2017b). Vi brukte CASP (Critical Appraisal Skills Programme) for å evaluere kvaliteten på artiklene (Tabell 1). CASP er en metodologisk sjekkliste med 11 spørsmål, for å kartlegge kvalitative studier (Malterud, 2017a).

4.4 Innsamling av data

Vi innhentet data fra 14 vitenskapelige forskningsartikler, se tabell 1 CASP.

Tabell 1. CASP

Artikkel:	1. Er formålet med studien klart formulert ?	2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	7. Er etiske forhold vurdert ?	8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført ? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	9. Er funnene klart presentert ?	10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien ?
1. Grindey, Ottiwell & Lawrence (2023)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Svært nyttig
2. Maconick, Ikhtabi, Broeckelmann, Pitman, Barnicot, Billings, Osborn & Johnson (2023)	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja	Ikke nyttig
3. Yuan, Lee, Eack, Newhill (2023)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nyttig
4. Monk-Cunliffe, Borschmann, Monk, O'Mahoney, Henderson, Phillips, Gibb	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig

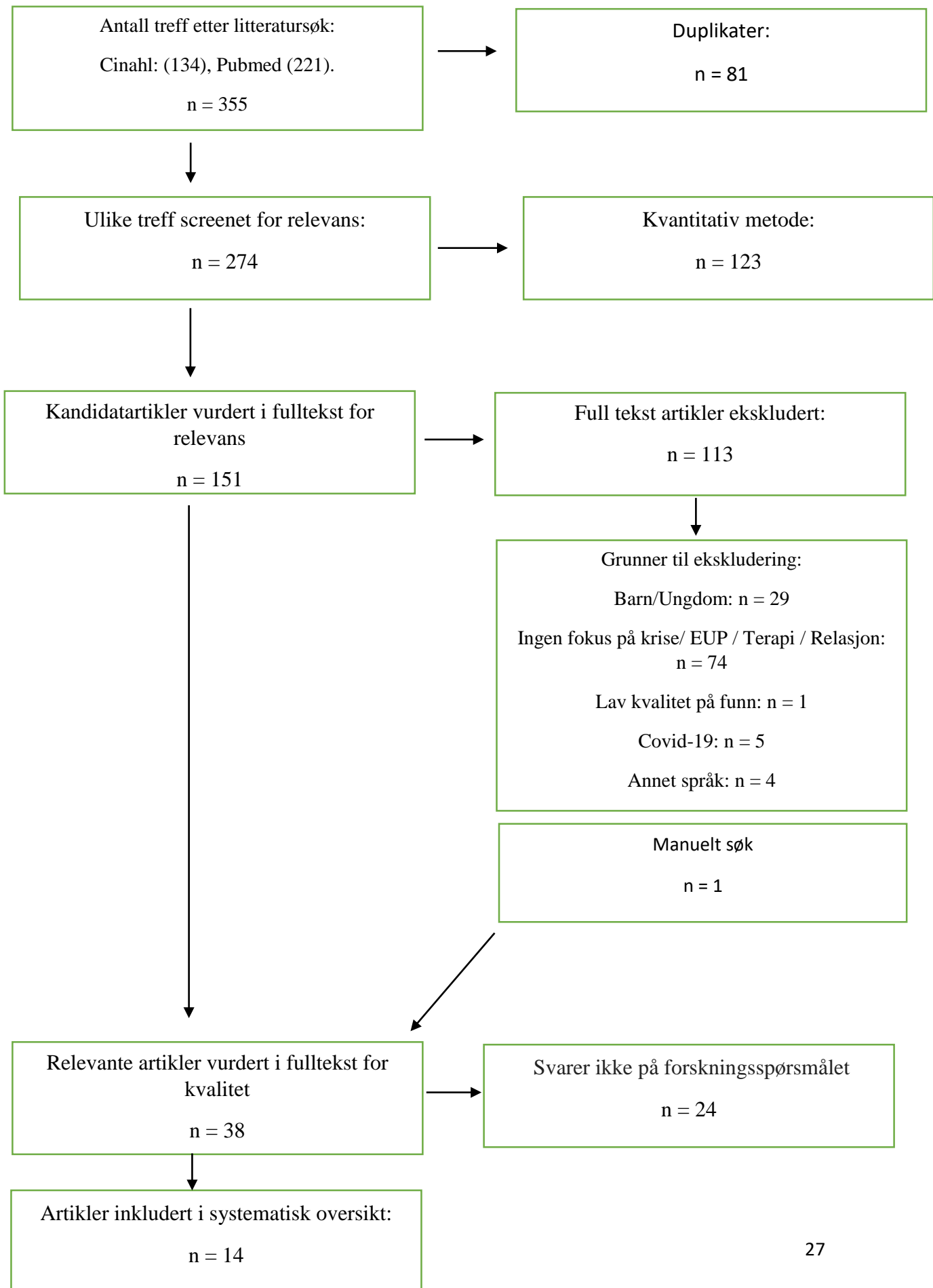
& Moran (2022)										
5. Romeu- Labayen, Tort-Nasarre, Cuadra, Palou & Galbany- Estragués (2021)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
6. Eckerström, Flyckt, Carlborg, Jayaram- Lindström, Perseius (2020)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Svært nyttig
7. Romeu- Labayen, Cuadra, Galbany- Estragués, Corbal, Palou & Tort- Nasarre (2020)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Svært Nyttig
8. Warrender, Bain, Murray & Kennedy (2020)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Svært nyttig
9. Eckerström, Allenius, Helleman, Flyckt, Perseius &Omerov	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Svært nyttig

(2019)										
10. Moltu, Stefansen, Nøtnes, Skjølberg, Veseth (2017)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
11. Keuroghlian,, Palmer, Choi-Kain, Borba, Links, Gunderson (2016)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
12. Goodman, Edwards & Chung (2014)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Nyttig
13. Shanks, Pfohl, Blum, Black. (2011)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Svært nyttig
14. Holm & Severinsson (2010)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Svært nyttig

4.5 Validitet og reliabilitet

For å sikre at det var vitenskapelige forskningsartikler vi endte opp med, ble vi anbefalt å bruke databaser for vårt fagområde. Dette for å sikre validitet og reliabilitet. Databasene vi endte opp med var Cinahl og PubMed. For at forskningen vår skal ha status som vitenskapelig arbeid, må den være transparent. Det vil si at hele prosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring fra andre (Malterud, 2017a).

Figur 1. Flytskjema



5.0 Analyse

Det kan by på utfordringer når en skal ha oversikten over materialet, selv med et overkommelig utvalg som vi hadde i vår forskning. Vi valgte derfor å følge Malterud sine konkrete trinn i forskningsprosessen, og gjorde en tematisk analyse av dataene, der vi sammenfattet hensikt, mål, resultater og konklusjoner fra alle studiene vi brukte. Det gjorde vi ved å sette opp et skjema som presenterte alle 14 studiene vi baserte forskningen vår på. Det ga oss en oversikt over aktuelle hovedtema og som igjen ble delt inn i undertema (se tabell 3). Dette var til hjelp for å videre se om hovedtemaene fra dataene kunne bidra til å belyse problemformuleringen vår. Hele prosessen, fra å komme i gang, til å omsider formidle og utdype meningsinnholdet i vår sammenfatning bestod av syv trinn (Malterud, 2017a). Vi startet med å formulere problemstillingen og det vi ønsket å forske på. På dette tidspunktet måtte vi få en oversikt over tidligere forskning som var gjort, før vi videre satte i gang litteratursøk og besluttet hva som var aktuelt for vår forskning, sett i lys av problemformuleringen vår. Etter utvalg av artikler leste vi nøye gjennom alle 14 og gjorde et analysearbeid, der vi organiserte artiklene ut fra tema og resultater. Beslektede tema og resultater ga oss et utgangspunkt til en ny oversettelse som vi presenterte og sammenfattet til et nytt meningsinnhold. Modellen til Malterud var til stor hjelp for å få til denne systematiske gjennomgangen og organiseringen av arbeidet. Det hjalp oss med å få en oversikt over tema som var dekket i sterkere grad enn andre og ga oss et godt utgangspunkt til å videre utdype og begrunne meningsinnholdet i vår egen sammenfatning. Vi delte inn i to hovedtema, “Relasjonen” og “Terapi og oppfølging”. Begge hovedtemaene ble videre delt inn i flere undertema ut fra resultattekst i de ulike studiene.

5.1 Forskningsetiske vurderinger

Vi er forpliktet i vår forskning til å ivareta etiske vitenskapelige forhold. Dette reguleres av lover og forskrifter i Norge, der hensikten er ivaretagelse av deltakere i forskning, samt ivaretagelse av allerede foreliggende forskning (Malterud, 2017a). I vår studie har vi brukt primærkilder som vi må være tro mot. Det må komme klart frem hvilke primærstudier vi bruker og vi må være varsom med hvordan vi sammenfatter deres funn og meninger. Det innebærer at forskningen vår er transparent og at vi samtidig ikke legger til egne antagelser og meninger om funn som allerede foreligger (Malterud, 2017a).

Vi hadde ikke noen form for konfidensialitet som skulle ivaretas, eller informanter som skulle beskyttes. Det har vært viktig i hele prosessen å være transparent og tro mot de primærkildene vi har brukt.

5.2 Funn og resultater

Studien har inkludert 14 vitenskapelige forskningsartikler. De ble alle evaluert i forhold til CASP (Tabell 1) (Malterud, 2017a). Se tabell 2 for oversikt over alle artiklene. Pasienter med EUPF i krise er fokuset i studien, der erfaringer fra pasientene selv og psykisk helsearbeidere skal belyse hvordan en krise bør møtes. Det er flest artikler som får frem pasientenes perspektiv, 9 stk. 1 artikkel har fokus på begge perspektivene og 4 har psykisk helsearbeideres perspektiv. Etter en grundig gjennomgang og analyse av artiklene samlet vi funnene inn i to hovedtema, med undertema, se tabell 3 (oversikt over funn).

Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler

Nr / År	Forfatter / Tittel	Mål / Forskningsspørsmål	Metode	Nøkkelresultater/Konklusjoner
1. 2023	Grindey, Ottiwell & Lawrence <i>A communitybased crisis intervention for people with borderline personality disorder.</i>	Å finne ut om pasienter med EUPF som mottar kriseintervensjon fra et kommunalt team i hjemmet (Home-based treatment team, HBTT), tilbringer mindre tid innlagt på psykiatrisk sykehus.	Dette er et pilotprosjekt, som forfatterne av artikkelen er en del av (HBTT). De observerer pasientene og de ansatte i teamet og deres samhandling i hjemmet gjennom et år. Semistrukturert intervju av pasienter og psykisk helsearbeidere.	Studien viser at et alternativ til hyppige akutttinnleggelser for pasienter med EUPF kan være å tilby tilstrekkelig kommunal oppfølging. Pasientene som fullførte forløpet uttrykte i intervjuene at de opplevde omsorgen og støtten fra personale i det kommunale tilbudet som trygt og tilstrekkelig. Denne form for kriseintervensjon fungerte som et alternativ til sykehusinnleggelse. Det konkluderes med at det må forskes mer på, i en større dimensjon for å si mer sikkert om effektiviteten av denne type oppfølging.
2. 2023	Maconick, Ikhtabi, Broeckelmann, Pitman, Barnicot, Billings, Osborn & Johnson <i>Crisis and acute mental health care for people who have been given a diagnosis of a "personality disorder": a systematic review.</i>	Oppsummere kunnskap om erfaringer til pasienter med personlighetsforstyrrelser og deres opplevelse av hjelp i krise. De ønsket også å se om det var tilstrekkelig evidens, for å sammenligne effektiviteten til de ulike modellene av akutt hjelp til pasienter med EUPF.	Kunnskapsoppsummering, de gikk gjennom 35 studier fra 13 ulike land, fra 1976-2022.	Litteraturen som var funnet var av lav kvalitet. Det var ingen høy kvalitet studier som undersøkte utfall av å ta imot hjelp av kriseteam eller ved sykehusinnleggelse for denne gruppen. Studien viste at krisefokusert-psykologisk intervensjon ga potensielt mest lovende resultater.
3. 2023	Yuan, Lee, Shaun, Eack & Newhill	Utbredelse av traumer fra barndom på pasienter med	Kvalitativ systematisk review. Databasene	Studien ga mer innsikt i hvor kompleks rolle traumer har målt opp i symptomene på EUPF, og det er flere erfaringer på at traumer er en

	<i>A systematic review of the association between early childhood trauma and borderline personality disorder.</i>	EUPF er kjent, men innvirkningen det har på pasienten i voksenliv er fortsatt noe uklart. Studien vil sette søkelys på sammenhengen mellom traumer og EUPF, samt se på implikasjonene ulike type traumer har på sykdomsforståelsen.	PsycINFO og PubMed ble brukt, med søk fra 2000-2020. 127 studier ble inkludert.	av nøkkelfaktorene. Det kom også fram at dimensjonen på traumat, varighet og intensitet har direkte innvirkning på alvorlighetsgraden av EUPF.
4. 2022	Monk-Cunliffe, Borschmann, Monk, O'Mahoney, Henderson, Phillips, Gibb & Moran <i>Crisis interventions for adults with borderline personality disorder (review).</i>	De vil evaluere effekten av kriseintervensjon på voksne med diagnosen EUPF i alle settinger.	Kvalitativ systematisk review. Databaser: Central, Medline, Embase. De sjekket referanselister, søkt etter relevante tidsskrifter og kontaktet eksperter på fagområdet for å identifisere eventuell upubliserte og pågående studier.	Studien konkluderte med at de som hadde kriseplan og brukerstyrt seng målt opp imot de uten ikke kunne vise til noe klar evidens på at det fører til mindre selvskadning, mindre selvmord, mindre tid på psykiatrisk sykehus eller høyere livskvalitet.
5. 2021	Romeu – Labayen, Tort – Nasarre, Cuadra Palou, Galbany–Estraguès <i>The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship: The perspective of people diagnosed with BPD.</i>	Beskrive hvordan pasienter med EUPF har erfart at psykiatrisk sykepleiere sine positive holdninger knyttet til pasienten, har ført til en positiv terapeutisk relasjon.	Resultatet er en del av en større studie (Romeu – Labayen, et al., 2020). De gjennomførte 12 intervjuer, og deretter en tematisk analyse av intervjuene.	Deltakerne identifiserte 4 viktige faktorer som var medvirkende til at de opplevde bedring i en god terapeutisk relasjon; økt følelse av mestring, sykepleierne var "ikke - dømmende", bruk av humor, tilgjengelighet og menneskelighet.
6. 2020	Eckerstöm, Flyckt, Carlborg, Jayaram- Lindström & Perseius	Hva er pasientens erfaring med brukerstyrt seng?	Kvalitativ design De intervjuet 15 pasienter (13 damer og 2 menn, mellom 20 – 67 år), ved bruk av en	Resultatet av studien indikerte at pasientene med emosjonell ustabilitet og selvskadning i krise opplevde støtte gjennom brukerstyrt seng. Pasientene opplevde denne

	<i>Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis.</i>	Hva vurderer pasientene som nøkkelkomponentene for at brukerstyrt seng skal fungere? Hva mener pasientene kan bli bedre med brukerstyrt seng?	semistrukturert intervjuguide. De delte analysene inn i 4 temaer, relatert til pasientenes erfaringer. 4 nye temaer beskrev nøkkelkomponentene pasientene vektla. Til slutt var det 3 temaer som beskrev hvilke forbedringer pasientene tenkte var nødvendige.	form for intervensjon som støttende og umyndiggjørende, spesielt siden de selv hadde muligheten til å avgjøre når det var nødvendig. Videre forskning bør ha fokus på det helseøkonomiske aspektet av brukerstyrt seng som en del av behandling innenfor psykiatrien.
7. 2020	Romeu-Labayen, M., Rigol Cuadra, M. A., Galbany-Estragués, P., Blanco Corbal, S., Giralt Palou, R. M., & Tort-Nasarre <i>Borderline personality disorder in a community setting: Service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses</i>	Målet var å finne ut hvilken type behandling, psykoterapeutisk/terapeutisk relasjon som var virkningsfull for pasienter med borderline ifølge pasienten selv.	Kvalitativ beskrivende design. Dette blir brukt for å gi svar på spørsmål som hva, hvilke, hvordan, hvem og hvorfor. Dette passer godt når studien ønsker å se på hvordan pasientene opplever den terapeutiske relasjonen.	De har kommet frem til tre. Psykoterapeutiske synspunkter som er betydningsfulle i relasjonsarbeid med pasienter med EUPF. Lære om deres diagnose, etablere tillit og føle større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres behandling. Disse tre faktorene var essensielle for en god terapeutisk relasjon.
8. 2020	Warrender, Bain, Murray & Kennedy <i>Perspectives of crisis intervention for people diagnosed with "borderline personality disorder": An integrative review.</i>	Utforske erfaringene til behandlerteamet om hvordan hjelpe mennesker med diagnosen EUPF i krise.	"Mixed method" Kunnskapsoppsummering De brukte 9 databaser. De søkte fra januar 2000 – november 2017. De endte opp med 46 artikler.	Det foreligger en mal på hvordan pasienter med EUPF bør møtes i kriser. Konklusjonen er at malen ikke er tilstrekkelig fordi kriser til pasienter med EUPF er komplekse, med subjektive faktorer / erfaringer / mestringsstrategier. Det konkluderes også at det er for lite forskning innenfor dette feltet. Fremtidig forskning bør fokusere på perspektiver som i enkeltsaker, der en sammenligner opplevelsene/ erfaringene til pasienten med EUPF/

				familie / omsorgsgiver og behandler team. Ved å dele erfaringene kan en tilstrebe med å få en dypere forståelse om hva som er riktig hjelp i enkeltsaker.
9. 2019	Eckerström, Allenius, Helleman, Flyckt, Perseius & Omerov <i>Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives – person – centred care in clinical practice.</i>	Målet er å beskrive sykepleierens erfaringer i å jobbe med brukerstyrt seng relatert til pasienter med emosjonell ustabilitet og selvsykdom.	8 sykepleiere ble intervjuet ved bruk av semistrukturert intervjuguide. Data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.	Denne studien støtter tidligere funn om at pasienters perspektiver om brukerstyrt seng er positive. Det er med på å styrke pasientens autonomi og deltakelse i sin egen bedringsprosess. Denne studien støtter de funnene også bekreftet gjennom funnene til sykepleierne. Våre funn belyser også at brukerstyrt seng muligens reduserer jobberelatert stress erfart av sykepleierne mens de hjelper pasienter med emosjonell ustabilitet og selvsykdom. Brukerstyrt seng kan også støtte sykepleierne i deres evne til å yte mer meningsfull og konstruktiv psykiatrisk omsorg.
10. 2017	Moltu, Stefansen, Nøtnes, Skjølberg & Veseth <i>What are «good outcomes» in public mental health settings? A qualitative exploration of clients' and therapists' experiences.</i>	Å få mer kunnskap om hva som utgjør meningsfullt resultat av behandlingen for pasienter med langtids og komplekse psykiske lidelser og mange års behandling. Målet var å få frem perspektiver fra både pasienter og psykisk helsearbeidere med mange års erfaring.	Semistrukturert intervju, med 50 deltakere; 18 pasienter, 12 sykepleiere og 20 individualterapeuter.	Et funn som gikk igjen hos både pasientene og personalet viste at bedring (recovery) er en prosess, det er ikke noe man har eller har hatt, men en livslang prosess. Utover det delte de funnene inn i fire. 1) Bedring handler om å finne frem egen motivasjon og bestemme seg for å finne nye mestringsstrategier som ikke holder «lidelsen» ved like. 2) Bekreftelse fra andre nære rundt om at de ser bedring og positiv

				<p>endring var avgjørende for pasientene for å klare å stå i bedringsprosessen.</p> <p>4) Å få ny forståelse av seg selv og egne reaksjonsmønstre.</p> <p>4) Aksept. Når terapeuten signaliserer interesse og aksept for hele pasienten, kan det gjøre det lettere for pasienten selv å akseptere seg selv.</p>
11. 2016	<p>Keuroghlian, Palmer, Choi-Kain, Borba, Links, Gunderson</p> <p><i>The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Towards Patients with Borderline Personality Disorder.</i></p>	<p>Å undersøke om en kort og intensiv undervisning/workshop innen «god psykiatrisk behandling», kan føre til at psykisk helsearbeidere bedre klarer å møte en til nå dårlig møtt pasientgruppe, og å øke vilje og pågangsmot til å hjelpe/behandle disse pasientene, med EUPF.</p>	<p>Det ble arrangert workshops som var åpen for alle psykiske helsearbeidere. Workshopen ble arrangert av fire av forfattere fra studien og de var instruktører gjennom 1 dags workshop som inneholdt undervisning, instruksjonsfilmer, og små arbeidsgrupper som jobbet med caser og øvelser. Deltakerne fikk et skjema med spørsmål rettet mot temaet, både før og etter workshopen. Forfatterne gikk gjennom spørreskjemaene etter hver workshop og analyserte svarene, i tillegg til å samle data som profesjon til hver enkel, kjønn, hvor de bodde, hvor mange års erfaring i arbeid med pasienter med EUPF, og hvor de jobbet når studien pågikk.</p>	<p>Det viste seg at jo flere års erfaring innen fagfeltet jo mer økte ønsket om enda mer «trening/undervisning» i hvordan behandler pasienter med EUPF. Studien viste også at deltakere med lite erfaring (et par år) opplevde størst økning i forståelsen av at pasientene slet med lav selvfølelse og en forståelse av at de måtte bli møtt med det utgangspunktet for å få til en god behandling.</p> <p>De yngste deltakerne var fornøyd med det faglige påfyll og tenkte at det var tilstrekkelig for å klare å hjelpe pasientene på en god måte, mens de eldre deltakerne med mer erfaring ville ha enda mer påfyll, og de hadde tanker om at en aldri blir utlært og stadig kan lære mer for å hjelpe pasientene på best mulig måte. De</p>

				var «tørste» på mer faglig påfyll og utvikling.
12. 2014	Goodman, Edwards & Chung <i>Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with Borderline personality disorder in crisis.</i>	Å identifisere interaksjonsmønstre som karakteriserer behandlingen av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i krise.	Fem pasienter deltok i en intensiv 6 måneders lang behandling, 3 ganger i uken. Alle timene ble tatt opp på bånd og kodet/analysert i ettertid (121 timer).	Studien viste at pasienter med EUPF responderte på et intensivt poliklinisk behandlingsforløp. Studien viste også at enkelte interaksjonsmønstre hadde sammenheng med hvor intens krisen var.
13. 2011	Shanks, Pfohl, Blum, Black <i>Can negative attitudes towards patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop.</i>	Å utforske negative holdninger fra psykisk helsearbeidere kan modifiseres ved utdanning (mer kunnskap) og kompetanseøkning.	Psykisk helsearbeidere (271 stk) deltok på 1 dags Workshop i regi av STEPPS (System Training for Emotional Predictability and Problems Solving). Deltakerne svarte på et spørreskjema med 31 spørsmål (med holdninger mot pasienter med EUPF som tema) før og etter workshopen som bestod av undervisning, instruksjonsfilmer og arbeid med case.	Studien viser at klinisk undervisning og kompetanseøkning kan modifisere negative holdninger rettet mot pasienter med EUPF. Det kan bidra til positive holdninger og mindre stigma mot pasientgruppen. Studien viste også at ønske om å jobbe med denne pasientgruppen økte i takt med mer kompetanse.
14. 2010	Holm & Severinsson <i>Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study.</i>	Å utforske og tolke kvinners ønske om å overleve emosjonell smerte relatert til selvsykdom.	Studien har et fortolkende hermeneutisk design, med intervju som metode. Forfatter Holm intervjuet 13 kvinner som ble rekruttert av psykiatriske sykepleiere og terapeuter i varierende setting på Vestkysten av Norge.	Selvoppofrelse indikerer lengsel etter å kobles opp mot andre og seg selv. For å beholde sitt eget image trenger kvinnene mot for å overleve den smertefulle følelsen av å føle seg uverdige. Selvsykdom er en måte å lette på, -og flykte fra den emosjonelle smerten på.

6.0 Presentasjon av funn

Etter gjennomgang og analyse av artiklene samlet vi funnene inn i to hovedtema, med undertema, se tabell 3 (oversikt over funn). Temaene beskrives videre i teksten under.

Tabell 3 (oversikt over funn)

1. Relasjon	2. Terapi og oppfølging
Relasjonens betydning	Brukerstyrt seng, medbestemmelse og autonomi
Barndomstraumer og utrygg tilnærming	Nye mestringsstrategier
Emosjonell smerte og selvskading	Veiledning og behov for økt kompetanse
Holdninger	

6.1 Relasjon

6.1.1 Relasjonens betydning

I artikkelen av Moltu et al, kom perspektivene til både pasienter og sykepleiere fram. De gjennomførte semistrukturerte intervju med mål om å få mer kunnskap om hva som utgjør et meningsfullt resultat av behandlingen for pasienter med langtids og komplekse lidelser i mange års behandling. Her kom det frem felles erfaringer fra pasientene og helsearbeiderne. Hovedtema var at bedring ble sett på som en prosess, ikke som noe man har eller har hatt, men en livslang prosess. Det ble deretter presentert underkategorier i artikkelen. Begge gruppene belyser at bedring handlet om å finne fram egen motivasjon og en vilje til å finne nye mestringsstrategier som brøt med det destruktive livsmønsteret som mange pasienter hadde etablert. Det kom også frem at bekreftelse fra andre, om at de ser en positiv endring og bedring i væremåte var avgjørende for at pasienten klarte å stå i prosessen mot bedring. Effekten var størst når det var personer rundt pasienten med et nært forhold til pasienten som ga bekreftelsen. Personalet som ble intervjuet understreket viktigheten av det pasientene formidlet, og begrunnet med at pasienten selv ikke alltid så de små, men viktige inkrementelle endringene som skjedde underveis i prosessen mot nye mestringsstrategier. Ny forståelse var også et undertema. Gjennom en trygg relasjon til terapeuten kunne pasienten finne fram til ny forståelse av seg selv og egne reaksjonsmønstre. Sammen kunne de jobbe mot å bli bevisst på

egne følelser og på den måten få en økt forståelse av negative følelser og se sammenhengen for hvor intens den emosjonelle krisen var. En annen viktig egenskap som ble formidlet av både pasientene og terapeutene var integrasjon av aksept. Både i relasjonene med andre, men også for å akseptere seg selv. Terapeuten var her en viktig bidragsyter, for ved å signalisere interesse og aksept for hele pasienten, ble det lettere for pasienten å akseptere seg selv (Moltu et al., 2017).

Relasjonens betydning og dens kvalitet kommer frem som en viktig forutsetning for god behandling i studien av Romeu-Labayen, Tort Nasarre og Cuadra. Her er det pasientenes perspektiv som belyser viktigheten av en trygg relasjon, preget av gode og ikke-dømmende holdninger. Pasientene som ble intervjuet la også vekt på viktigheten av at de psykisk helsearbeiderne viser en tilgjengelighet overfor de for at relasjonen skal oppleves som trygg. Humor ble også beskrevet som en viktig faktor i relasjonsbyggingen (Romeu-Labayen et al., 2022). En annen studie som har fokus på bedring peker på den terapeutiske relasjonen som en forutsetning for bedring hos pasienten (Romeu-Labayen et al., 2020). Ved å intervju 12 pasienter med EUPF, som var i behandlingsforløp ved et psykiatrisk sykehus kom de frem til tre psykoterapeutiske synspunkter som var betydningsfulle for at pasientene med EUPF skulle oppleve en god, terapeutisk relasjon. Kjernen i relasjonen var opplevd tillit. For at pasienten skulle oppleve tillit, var det viktig at terapeuten møtte pasienten på en empatisk måte. Tilliten som ble skapt medfører at pasientene i større grad stolte på terapeuten, og dermed gikk mer helhjertet inn i behandlingsopplegget. Videre ble det vektlagt å bli lyttet til og validert, for at pasientene skulle oppleve medvirkning i beslutninger rundt egen behandling. Tilslutt kom økt kunnskap rundt egen diagnose frem som en viktig faktor. Ved å lære om egen diagnose kunne de forstå seg selv bedre noe som medførte at det var lettere å regulere følelser (Romeu-Labayen et al., 2020). Det kom frem at pasientene ble mer utholdende og klarte bedre å stå i prosessen mot bedring dersom de opplevde en trygg terapeutisk relasjon, gjerne med en liten kjerne av psykisk helsearbeidere, hvor de følte seg sett, hørt på, validert, og involvert i egen behandling. Muligheten til å påvirke egen behandling kom fram som en helt vesentlig forutsetning for at pasientene skulle opparbeide tro og håp på egen bedring (Grindey et al., 2023).

6.1.2 Barndomstraumer og utrygg tilknytning

Utbredelse av traumer fra barndom på pasienter med EUPF viste seg å være utbredt. Det har tidligere vært noe usikkert hvor stor innvirkning det har i voksenlivet til pasienten (Yuan et al., 2023). Yuan et al., fokuserte i sin studie på sammenhengen mellom traumer og EUPF for økt sykdomsforståelse. Det kom fram i deres systematiske review hvor kompleks rolle traumer har i forhold til symptomene på EUPF, og det var flere erfaringer på at traumet er en av nøkkelfaktorene i forståelsen av symptombildet. De gikk gjennom til sammen 59 studier, hvorav 52 studier viste til en sammenheng mellom opplevd barndomstraumer, der seksuelt misbruk, emosjonelt misbruk og emosjonell neglekt ble rapportert som signifikante prediktorer. I kontrast til det viste de resterende 7 studiene ikke til noen sammenheng mellom barndomstraumer og EUPF. Majoriteten viste helt klart at det var en sammenheng mellom barndomstraumer og EUPF. De kastet lys på faktorer som påvirket linken mellom barndomstraumer og EUPF, basert på teoretisk konseptualisering, biososiale perspektiver, emosjonell dysregulering og tilknytningsforstyrrelser. Noen studier viste ulike assosiasjoner mellom ulike type traumer og EUPF. Emosjonelt misbruk, og neglekt i barndom blant pasienter med EUPF kom spesielt frem som en link til emosjonelle utfordringer, slik som under- og overregulering og mentaliseringssvikt. Emosjonell neglekt ble relatert til svak evne til emosjonell regulering, mens emosjonelt misbruk ble assosiert med sterkere grad av dysfunksjonelle mønster (Yuan et al., 2023). Yuan et al, belyser også sammenhengen mellom barndomstraumer, spesielt seksuelt misbruk og EUPF. De argumenterte med at symptomer som kom frem i voksen alder kan forstås som en respons på traumene de hadde opplevd i barndommen og at selve diagnostiseringen kunne oppleves som invalidiserende og i tillegg omgjorde det pasienten følte til noe de var eller hadde (Yuan et al., 2023).

6.1.3 Emosjonell smerte og selvskading

Holm & Severinsson (Holm & Severinsson, 2010) ønsket i sin studie å utforske og tolke pasienters ønske om å overleve emosjonell smerte relatert til selvskading. Ved å intervju 13 kvinner fant de at selvoppofrelse indikerte en lengsel etter å kobles opp mot andre og seg selv. For å beholde sitt eget image

trengte kvinnene mot for å overleve den smertefulle følelsen av å føle seg uverdige. Selvskadingen ble for kvinnene en måte å lette på, eller flykte fra den emosjonelle smerten på. Det ble også beskrevet som en slags beskyttelse, men samtidig et paradoks. På den ene siden kjente de på en lengsel etter å slippe noen innpå seg for å redusere den emosjonelle smerten, mens på den andre siden et behov for å beskytte seg selv mot omverdenen på grunn av negative erfaringer i nære relasjoner til andre. De fleste hadde erfart det faretruende å slippe noen innpå seg. Selvskadingen ble da, på en slags måte, løsningen for å dempe og flykte fra den innvendige, emosjonelle smerten. Denne forståelsen av pasientene konkluderte forskerne med som helt vesentlig å ta med seg i møte med pasienter i slik krise (Holm & Severinsson, 2010). Warrander et al., fant at selvskadingen var for mange pasienter en måte å innhente kontrollen og den interpersonlige oppførselen igjen. Det ble beskrevet som at det indre kaoset roet seg etter selvskadingen (Warrender et al., 2021). Det kom frem i alle 14 studiene at selvskading var en del av symptom bildet og utfordringene knyttet til hjelpen som gis til pasienter med EUPF (Eckerström et al., 2019; Eckerström et al., 2020; Goodman et al., 2014; Grindey et al., 2023; Holm & Severinsson, 2010; Keuroghlian et al., 2016; Maconick et al., 2023; Moltu et al., 2017; Monk-Cunliffe et al., 2022; Romeu-Labayen et al., 2020; Romeu-Labayen et al., 2022; Shanks et al., 2011; Warrender et al., 2021; Yuan et al., 2023). Den emosjonelle smerten og symptomer på EUPF hadde, som beskrevet ovenfor vist seg å ha sammenheng med traumer fra barndommen (Yuan et al., 2023). Det kom frem at flere erfaringer på traumer som barn var en av nøkkelfaktorene og at dimensjonen av traumene, varighet og intensitet hadde direkte innvirkning på alvorlighetsgraden av EUPF (Yuan et al., 2023).

6.1.4 Holdninger

Holdninger hos psykisk helsearbeidere kom fram som et gjennomgående tema i flere av studiene. I to av studiene som var utført, ble det gjennomført workshop med holdninger som et av hovedtemaene (Keuroghlian et al., 2016; Shanks et al., 2011).

Studiene viste henholdsvis at negative holdninger kunne modereres med økt kunnskap og forståelse av denne pasientgruppen. Det ble konkludert med at økt kompetanse på området kunne bidra til økt forståelse for hvorfor pasientene

skapte «uro» i avdelingen, selvskadet, eller projiserte sine utfordringer over på andre. Det handlet om en emosjonell smerte som var for vond å kjenne på, og som resulterte i atferd som kunne være utfordrende for personalet i avdelingen å håndtere. Den økte forståelsen for hva som skjedde innvendig i pasienten, kunne igjen bidra til å moderere de negative holdningene som ofte var etablert i ulike behandlingsmiljø. Studien viste at deltakere med lite erfaring opplevde størst økning i forståelsen av at pasientene slet med lav selvfølelse og at de derfor var i behov for å bli møtt med det utgangspunktet for å klare å møte dem på best mulig måte i en emosjonell krise. Den ene studien viste også til at ønsket om å jobbe med denne pasientgruppen hadde en tendens til å øke i takt med økt kunnskap og forståelse (Shanks et al., 2011). Pasientene bekreftet også at holdninger hos psykisk helsearbeidere var helt avgjørende for hvordan de opplevde å få hjelp til å håndtere de emosjonelle krisene som til stadighet kom. I studien av Romeu-Labayen et al., (Romeu-Labayen et al., 2020) ble det identifisert fire viktige faktorer som hadde betydning for pasientene som ble intervjuet. For at de skulle oppleve bedring i en terapeutisk relasjon var det viktig at de satt med en følelse av mestring, der sykepleierne var ikke-dømmende, brukte humor, og at pasientene opplevde sykepleierne som tilgjengelige og medmenneskelig (Romeu-Labayen et al., 2020). Tidligere studier har vist at psykisk helsearbeidere kan sitte med negative- og forhåndsdømmende holdninger som kan ha negativ effekt på den terapeutiske relasjonen, samt vedlikeholde den negative utviklingen hos pasienten. Det ble konkludert med at ved å endre helsearbeidernes synspunkter og holdninger gjennom veiledning og økt kunnskap, ville relasjonsbyggingen og behandlingsforløpet få en tryggere forankring og et bedre utgangspunkt (Romeu-Labayen et al., 2020).

6.2 Terapi og oppfølging

6.2.1 Brukerstyrt seng, medbestemmelse og autonomi

Flere av studiene viste til et behov for mer kunnskap og forståelse blant psykisk helsearbeidere om hvordan det var for pasientene med EUPF å gå gjennom akutte situasjoner der de mistet kontroll over følelser (Eckerström et al., 2019; Eckerström et al., 2020; Goodman et al., 2014; Grindey et al., 2023;

Holm & Severinsson, 2010; Keuroghlian et al., 2016; Maconick et al., 2023; Moltu et al., 2017; Monk-Cunliffe et al., 2022; Romeu-Labayen et al., 2020; Romeu-Labayen et al., 2022; Shanks et al., 2011; Warrender et al., 2021; Yuan et al., 2023). Det ble også belyst i studien til Grindey et al., at det manglet kontrollerte vitenskapelige studier og evidensbaserte retningslinjer på effektive kriseintervensjoner for mennesker med EUPF. De valgte å undersøke nærmere hva som kunne fungere for denne pasientgruppen utenfor sykehuset og gjennomførte et pilotprosjekt med strukturerte hjemmebaserte tjenester fra psykisk helsearbeidere opp mot et år. Fokus var å følge pasientene over tid, også gjennom opplevde akutte situasjoner. Oppfølgingen var delt inn i ulike faser, fra stabilisering med intensiv oppfølging de første ukene, ofte etter utskrivelse fra sykehus. Deretter ble det ukentlige samtaler med fokus på etablering av nye mestringsstrategier, samt psykoterapi med fokus på å forstå seg selv og kjenne igjen emosjoner. De siste ukene var fokus å jobbe videre med å «forberede seg på livet», og etter hvert avslutte den terapeutiske relasjonen. Pasientene og personalet ble intervjuet i slutten av året med fokus på erfaringer de hadde gjort seg igjennom året. Pasientene rapporterte at de opplevde oppfølgingen hjemme som tilstrekkelig og var fornøyde med at de klarte å redusere antall liggedøgn på sykehus på grunn av suicidforsøk eller selvskading. De rapporterte om økt livskvalitet, noe som igjen førte til at det var lettere å holde motivasjonen til å stå i bedringsprosessen oppe. Personalet, som også ble intervjuet, bekreftet det pasientene rapporterte. De erfarte at trygge terapeutiske relasjoner knyttet opp mot hjemmet var med på å redusere selvskading, suicidal atferd og behov for akuttinnleggelser. De presiserte også viktigheten av å få veiledning om økt kompetanse om diagnosen og relasjonsarbeid, for å bli tryggere i sitt arbeid og sine vurderinger (Grindey et al., 2023). I studien til Eckerström et al., ble det sett på hvilke erfaringer pasientene med EUPF hadde med brukerstyrt seng. Både i situasjoner der de opplevde forvarsler på forverring og i akutte situasjoner. Brukerstyrt seng var et tilbud som kunne benyttes som en del av støtten i en kriseintervensjon. Tilbudet gjaldt for pasienter som var kjent på sengeposten fra tidligere innleggelser, og som hadde inngått en kontrakt som inneholdt rammer for innleggelsen. De kunne selv ta kontakt når de kjente på behov for støtte ved en forverring og hadde da muligheten for innleggelse opptil fem dager. De kunne

da benytte seg av sengepostens rammer, med støttesamtaler, struktur på dagene og et avbrekk fra hverdagen for å klare å ta i bruk tidligere etablerte mestringsstrategier. Intensjonen med dette tilbudet var at pasienten skulle bruke sin selvbestemmelse og gjøre en vurdering på når de trengte innleggelse. Den kontakten skulle skje etter at de hadde prøvd å håndtere krisen hjemme ved hjelp av etablerte mestringsstrategier. Når disse strategiene ikke lenger strakk til og hjemmesituasjonen ble uutholdelig, kunne de ta kontakt med sykehusavdelingen. Målet var å styrke pasientenes autonomi og ved å være tidlig nok ute å søke hjelp, unngå lengre innleggelser og på den måten redusere total liggetid på sykehus. Det kom klart fram at pasientene opplevde denne form for kriseintervensjon som støttende og myndiggjørende, spesielt siden de selv hadde muligheten til å avgjøre når hjelp var nødvendig. Det å selv ta slike valg, ga mestring. Indikasjonene for innleggelse var formulert i de individuelle kontraktene som pasientene tidligere hadde utformet sammen med sykepleierne, for eksempel søvnmangel, hypomani, økende angst og tanker om selvskading eller depressive og suicidale tanker. Pasientene formidlet at det var betryggende å vite at det fantes hjelp tilgjengelig når det ble for vanskelig å benytte seg av mestringsstrategiene hjemme alene. Før de fikk dette tilbudet, måtte de via akuttmottaket for å få en ordinær akuttinnleggelse. Dette var for mange svært negativt da de ofte ble møtt med en innstilling om at de ikke hadde behov for innleggelse og at deres destruktive atferd ikke skulle «belønnes» med innleggelse. Pasientene beskrev også at de opplevde akuttinnleggelsene til å ofte bli svært dramatiske, turbulente og uten tilgang til noen trygge relasjoner. Etter kontrakt på brukerstyrt seng opplevde de det betryggende å vite at hjelpen var bare en telefonsamtale borte og at de kunne komme direkte til avdelingen. De satte stor pris på å få komme til avdelingen når de hadde behov for det uten noen form for dramatik via akuttmottaket. I en lignende studie, der 8 sykepleiere ble intervjuet, støttes tidligere funn fra pasientenes perspektiv (Eckerström et al., 2020). Sykepleierne formidlet at de konkrete rammene rundt den brukerstyrte innleggelsen var med på å styrke pasientenes autonomi og deltakelse i egen bedringsprosess. En annen side som ble belyst var at disse rammene også muligens styrker sykepleierne i deres evne til å yte mer meningsfull og konstruktiv psykiatrisk omsorg til denne pasientgruppen. Det kom også fram at det var med på å redusere jobberelatert

stress blant sykepleierne mens de hjelper pasientene med emosjonell ustabilitet og selvskading (Eckerström et al., 2019). Monk-Cunliffe et al., undersøkte om pasienter med brukerstyrt seng og kriseplan opplevde en mer effektiv og trygg kriseintervensjon, sammenlignet med pasienter som bare hadde kontrakt på brukerstyrt seng. Kriseplanen var tenkt å være et verktøy som pasientene selv hadde vært med og laget sammen med psykisk helsearbeidere som kjente dem. Tanken var at den skulle tas i bruk dersom de klarte å kjenne igjen forvarsler på en akutt, emosjonell krise. I planen stod ulike strategier de kunne prøve. Det var også oppført kontaktpersoner med telefonnummer de kunne ringe dersom de opplevde økende forvarsler. De konkluderte med at det fortsatt gjenstod mye arbeid i å oppnå forståelse for hva som hjelper pasienter med EUPF i krise på best måte. De kunne ikke komme frem til en større forskjell mellom de ulike tilbudene pasientgruppene fikk. Den terapeutiske relasjonen var mer tungtveiende enn selve apparatet av hjelpetilbud som var rundt de (Monk-Cunliffe et al., 2022). Pasienter med EUPF i emosjonell krise viste seg å respondere på intensiv psykodynamisk terapi over 6 måneder. Fokus var på interaksjonsmønsteret mellom pasienter med EUPF og terapeuten. Det kom frem at kvaliteten på relasjonen de imellom var mer avgjørende for en positiv utvikling hos pasienten, enn valg av metode. Det ble nærmere beskrevet at den medmenneskelige og støttende tilnærmingen og dens rolle ville variere fra pasient til pasient og at valg av behandlingsmodeller også ville variere fra pasient til pasient (Goodman et al., 2014).

6.2.2 Nye mestringsstrategier

4 av studiene har fokus på etablering av nye mestringsstrategier for pasienter med EUPF, for å unngå selvdestruktive strategier som selvskading, rus, suicidforsøk og behov for sykehusinnleggelse (Goodman et al., 2014; Monk-Cunliffe et al., 2022; Romeu-Labayen et al., 2022; Warrender et al., 2021). Pasientene beskrev at bedring og håndtering av dagliglivet var en evigvarende prosess, fra dag til dag, der de små stegene betydde noe. Et viktig fokus for dem var å fortsette å prøve, selv om dager kunne være tøffe. Viktigheten av egen motivasjon ble beskrevet som helt avgjørende for å klare og fortsette å holde på nye mestringsstrategier. Terapeuter som jobbet med pasientene bekreftet også betydningen av små, daglige bedringsprosesser som et viktig

aspekt for å klare å fortsette på veien mot bedring. Det kom også frem at viktigheten av en trygg relasjon til andre, især nære var avgjørende for å klare å stå i bedringsprosessen. Det ble beskrevet at det hadde stor betydning for å få bekreftelse av andre, nye perspektiv på små positive endringer som pasientene selv ikke alltid klarte å se. Det ble for mange lettere å ha tro på seg selv, når de opplevde at andre hadde det. Perspektiver fra andre kunne også bidra til en ny forståelse av seg selv. Dette kunne gjøre det lettere å ikke handle på vanskelige følelser, men håndtere og jobbe med dem sammen med pasientene ble også uttrykket som en viktig faktor for at pasienten selv skulle kjenne på håp om bedring og tro på en bedre fremtid på tross av utfordringer (Romeu-Labayen et al., 2020).

6.2.3 Veiledning og behov for økt kompetanse

Det kom frem i flere av studiene at det er behov for økt forståelse for hva som skjer i pasienten med EUPF når de mister kontrollen over følelser og destruktive handlinger (Eckerström et al., 2020; Goodman et al., 2014; Grindey et al., 2023; Holm & Severinsson, 2010; Maconick et al., 2023; Moltu et al., 2017; Warrender et al., 2021; Yuan et al., 2023). Warrender et al., gikk gjennom 57 studier med fokus på krise og kriseintervensjon. De peker på viktigheten av økt forståelse for erfaringene til pasientene i en opplevd krise. Begrepet krise beskriver de som komplekst og subjektivt, men felles var at situasjonene ofte utviklet seg til å bli akutte. Ikke alle studiene brukte begrepet krise i sin forskning, men beskrev det mer som mangel på kontroll, som kunne opptre helt plutselig, noen ganger med forvarsel og ulike triggere. Oppsummert kom alle studiene frem til at måten pasientene håndterte krisen på var subjektiv. Mislykkede suicidforsøk, selvskading, eller å søke profesjonell hjelp, kom frem som ulike måter å håndtere krisen på. Utfallet av krisen viste seg å være påvirket av flere faktorer, men studien viste helt klart at en trygg terapeutisk relasjon, det å føle seg sett møtt og respektert økte sannsynligheten for et bedre utfall i en krisesituasjon. Warrender et al., peker også på at det å forstå pasienter med EUPF i denne tilstanden var komplisert og preget av usikkerhet, noe som igjen påvirket relasjonen. Kompetansenivået hos psykisk helsearbeidere var varierende og det kom frem at de med lite kompetanse på området lettere kunne tenke «det er bare en oppførsel», enn å se den

bakenforliggende årsaken. Det ble konkludert med at fokus på økt kompetanse og veiledning om EUPF er nødvendig for å endre på slik tankegang (Warrender et al., 2021). Studien til Keuroghlian et al., fremhevet også betydningen av kompetanse og forståelse for denne pasientgruppen. Gjennom intensiv undervisning og økt forståelse av at oppførselen hos pasienten kunne forklares med lav selvfølelse, og en vanskelig oppvekst ble utgangspunktet for en god relasjon og behandling bedre. Det ble også rapportert i denne studien at økt kompetanse også førte til et større ønske om å hjelpe pasientene med denne diagnosen. De med flere års erfaring og mye kompetanse opplevde det spennende å jobbe med pasientene og var «tørste» etter å lære mer (Keuroghlian et al., 2016). Det å balansere ansvarliggjøring og bestemmelser som blir tatt overfor pasienten kunne oppleves som vanskelig for psykisk helsearbeidere. Hvor ansvaret bør ligge, spesielt i en opplevd krise kan være belastende for de som jobber rundt pasienten. Synspunktene rundt dette kunne også variere mellom personalet. Men det som kom frem som en viktig faktor var fokus på mer kunnskap om denne pasientgruppen, samt veiledning. Sammen kunne det bidra til at psykisk helsearbeidere kunne stå tryggere i sine vurderinger og i å balansere ansvarligjøringen og støtten bedre (Romeu-Labayen et al., 2020).

7.0 Diskusjon

7.1 Terapeutisk relasjon og holdninger

Problemstillingen for denne studien var *hvordan erfares relasjonen mellom pasienter med EUPF og psykisk helsearbeider, når pasienten er i akutte situasjoner, sett ut fra pasient og psykisk helsearbeiders perspektiv – en oppsummering av tidligere forskning.*

Gjennomgangen og analysen viser at relasjonens betydning og hvordan pasienten opplever å bli møtt i behandlingsforløpet er viktig for at pasienten skal oppleve bedring i sin akutte situasjon. Temaet relasjonens betydning refererer til den grunnleggende tilknytningsteorien til Bowlby. Han beskriver i sin tilknytningsteori at det er i relasjon med andre nære at personligheten utvikles (Abrahamsen, 1997). Teorien bidrar til forståelse av relasjonens betydning mellom pasient og psykisk

helsearbeideren (Schjødt & Heinskou, 2007). Et viktig mål i miljøterapien er å etablere den trygge relasjonen, som igjen kan gi muligheten for at pasienten åpner opp, utforsker og reflekterer over egne opplevelser og atferdsmønstre på en dypere måte (Schjødt & Heinskou, 2007). Funnene i flere av studiene våre understreker viktigheten av at psykisk helsearbeidere etablerer den trygge relasjonen med pasientene. Det blir bekreftet fra både pasientene og personalet (Moltu et al., 2017; Romeu-Labayen et al., 2020; Romeu-Labayen et al., 2022; Shanks et al., 2011). Som teorien viser til, kan relasjonsarbeidet rettet mot pasienter med EUPF være utfordrende for psykisk helsearbeidere, ofte på grunn av utfordringene pasientene med EUPF har både i relasjon til seg selv og andre (Schjødt & Heinskou, 2007). Fenomen som overføring av egen smerte, splitting i personalgruppen, selvskading og negative holdninger fra personalet kan være en del av utfordringene som oppstår når de er innlagt i sengepost (Keuroghlian et al., 2016; Shanks et al., 2011). De negative holdningene er ofte et resultat av den utfordrende atferden til mange av pasientene når de opplever å være i en akutt situasjon (Schjødt & Heinskou, 2007). Det interessante er at det viser seg at det er mulig å moderere de negative holdningene. Økt kunnskap om sammenhengen mellom tilknytningsbrist eller barndomstraumer, og symptomtrykket hos pasienter med EUPF i voksen alder, kan gi en økt forståelse for hvordan pasientene egentlig har det. Dette kan bidra til en forståelse om at det handler om mer enn bare «dårlig oppførsel» og en bevisstgjøring om hva som skjer inni pasienten. På den måten kan en også lettere få tak i projiseringen som foregår, fra pasienten sin side (Shanks et al., 2011). Økt sykdomsforståelse om EUPF blant psykisk helsearbeidere, der de får økt kunnskap om at pasientens egne utfordringer knyttet til lav selvfølelse og utrygghet, og reguleringsvansker gjør det utfordrende i forhold til relasjonsbygging. Denne kunnskapen kan virke forklarende for hvorfor pasienten reagerer destruktivt i vanskelige situasjoner. Ved økt forståelse og bevisstgjøring over hva som skjer i pasienten i slike tilfeller, kan psykisk helsearbeidere møte pasienten på en bedre måte og være mer bevisst på egen rolle i relasjonen (Keuroghlian et al., 2016; Shanks et al., 2011). Pasientene opplever at den trygge relasjonen mellom de selv og psykiske helsearbeideren er en medvirkende forutsetning for at de skal oppleve bedring. For at relasjonen skal oppleves som terapeutisk for pasientene bør den bidra til økt følelse av mestring. De skal ikke kjenne på noen form for stigmatisering eller dømmende holdninger, men medmenneskelighet, støtte og formidling av håp fra psykisk helsearbeider er kvaliteter som betyr mye. Bruk av humor blir også vektlagt som en

viktig kvalitet ved relasjonen (Romeu-Labayen et al., 2022). Den terapeutiske relasjonen er et viktig tema i studien til Eckerström (Eckerström et al., 2020). Pasientene formidler at det å oppleve tilgang til en trygg relasjon fra sengepost der de er kjent når ustabile følelser har utviklet seg til en akutt situasjon, kan bidra til at de klarer å hente tilbake kontrollen. For å få til det er det viktig at pasientene opplever kriseintervensjonen, her brukerstyrt seng, som støttende og myndiggjørende. Ansvarliggjøring i forhold til å selv vurdere når de trenger hjelp og å ta kontakt på en konstruktiv måte, uten å ty til selvdestruktive strategier er for mange med på å bidra til økt følelse av mestring og medbestemmelse. Pasientene opplever å bli tatt på alvor, noe som styrker relasjonen til seg selv og andre og de opplever at de betyr noe (Eckerström et al., 2020). Romeu-Labayen et al., presiserer i tillegg til etablering av tillit, er det viktig at de kjenner på en form for kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker behandlingen deres. Det styrker opplevelsen av at de jobber på samme lag og mot samme mål, som er bedring og mestring av ustabile følelser. Betydningen av å lære om egen diagnose blir også vektlagt. Ved mer kunnskap om den, kan de lettere forstå seg selv og hvorfor de reagerer som de gjør ved ustabile følelser og situasjoner. Det vil da også bidra til at de i den terapeutiske relasjonen kan jobbe bedre med å utfordre seg selv og tilstrebe nye mestringsstrategier for å håndtere livet bedre (Romeu-Labayen et al., 2020).

7.2 Utrygg tilknytning og barndomstraumer

Trusler mot en god utvikling kan være tilknytningstraumer. Pasienter med EUPF har ofte alvorlige traumer med seg fra oppveksten, der de har en type binding til omsorgspersonen som dels er upålitelig og som dels oppleves som farlig, men samtidig beskyttende (Abrahamsen, 1997). Som teorien tilsier, viser funnene vi har brukt en utbredelse av traumer fra barndom på pasienter med EUPF (Goodman et al., 2014; Holm & Severinsson, 2010; Yuan et al., 2023). Det kommer frem hvor kompleks rolle traumer har i forhold til symptomene på EUPF, og det er flere erfaringer på at traumer er en av de vanligste utløsende nøkkelfaktorene. Dimensjonen av traumet, varigheten og intensiteten har direkte innvirkning på alvorlighetsgraden av EUPF og dermed evnen til mentalisering ved vanskelige følelser (Yuan et al., 2023). Den psykologiske integritet blir i aller høyeste grad truet ved en slik oppvekst, noe Bowlby beskriver som desorganiserttilknytning. Traumatiseringen øker dersom mishandling foregår over lengre tid og av nær omsorgsperson. Det kan bety at den

trygge relasjonen til omsorgsperson ikke eksisterer og som i voksen alder da kan forklare viktigheten av at all terapi overfor denne gruppen bør starte med å bygge trygge relasjoner mellom pasient og psykisk helsearbeider, der målet er å øke forståelse for seg selv og andre, håndtere vanskelige og ustabile følelser på en mer hensiktsmessig måte, med andre ord, redusere ustabiliteten ved økt evne til mentalisering (Torgersen, 2022).

7.3 Emosjonell smerte og selvskading

Sykdomsforståelsen som beskrives ovenfor er viktig å ta med seg inn i arbeidet med denne pasientgruppen. Det understreker psykisk helsearbeidere i to av studiene (Keuroghlian et al., 2016; Shanks et al., 2011). Viktige funn viser at ønsket om å jobbe med denne pasientgruppen øker etter å ha mottatt undervisning og veiledning om diagnosen og sammenhenger mellom utrygg barndom, traumer og symptomtrykk i voksen alder. Den økte forståelsen for emosjonell smerte hos pasientene, og deres behov for å dempe eller flykte fra den, kan bidra til bedre holdninger blant psykisk helsearbeidere, mindre stigma og ikke minst bedre pasientbehandling. Et annet viktig poeng er her at personalet også opplever en større trygghet i arbeid med pasientene og dermed mindre belastende enn det som er kjent fra både litteratur og erfaringer fra psykiske helsearbeidere. Vi vet at det blir fra sengepostmiljø beskrevet fenomener som splitting, motoverføringer og ansvarsfraskrivelse hos pasienten, noe som ofte kan skape en del uro i personalgruppen (Schjødt & Heinskou, 2007). Mer kunnskap og økt forståelse om mulige årsaker og sammenhenger mellom emosjonell smerte og selvdestruktiv atferd kan bidra til at det blir mindre belastende for psykisk helsearbeidere blir mindre belastende å møte slik selvdestruktiv atferd. Kompetanse og forståelse vil også gjøre personalet mer bevisst på fenomener som ofte følger pasienter med EUPF, som splitting, overføring av egne følelser og reaksjoner fra pasienter, noe som reduserer effekten av fenomenene.

Det kan også bidra til at balansen mellom ansvarsfraskrivelse og ansvarliggjøring bedre tilpasses den enkelte pasient (Holm & Severinsson, 2010; Keuroghlian et al., 2016; Shanks et al., 2011). Keuroghlian et al., forklarer også at den destruktive adferden som ses fra pasientene handler om emosjonell smerte. De understreker viktigheten av å ha med seg forståelsen om den emosjonelle smerten som ofte ligger bak adferden når pasienter selvskader på grunn. Det handler om mer enn «et ønske om

oppmerksomhet», noe som kan prege holdninger til psykisk helsearbeidere etter å ha erfart dette i sengepost med denne pasientgruppen (Keuroghlian et al., 2016).

7.4 Terapi og oppfølging/miljøterapi

Relasjonens betydning i arbeid med pasienter med EUPF må ses i lyset av tilknytningsteorien. Teorien kan være forklarende for hva som skjer når de i så høy grad overfører sine indre problemer og konflikter ut på omgivelsene, og at fenomener som splitting handler om et splittet jeg (Schjødt & Heinskou, 2007). Som Schjødt og Heinskou skriver, handler den terapeutiske delen av miljøterapi om å legge til rette for at pasienten kan jobbe med utvikling og endring i sitt liv. For å tilstrebe det må det etableres en terapeutisk relasjon som er preget av fordomsfrihet og toleranse.

Miljøterapi med pasienter med EUPF er en utfordrende oppgave og krever mye i forhold til miljøpersonalets frustrasjonstoleranse, innlevelse og samarbeidsevne. Men nok en gang understrekes det at med tilstrekkelig kunnskap og økt forståelse for denne pasientgruppen kan det være ekstra spennende å jobbe med (Schjødt & Heinskou, 2007). Alle studiene våre viser med forskjellige perspektiv at relasjonsbygging kan være svært utfordrende for de fleste pasienter med EUPF (Eckerström et al., 2019; Eckerström et al., 2020; Goodman et al., 2014; Grindey et al., 2023; Holm & Severinsson, 2010; Keuroghlian et al., 2016; Maconick et al., 2023; Moltu et al., 2017; Monk-Cunliffe et al., 2022; Romeu-Labayen et al., 2020; Romeu-Labayen et al., 2022; Shanks et al., 2011; Warrender et al., 2021; Yuan et al., 2023). De understøtter (Schjødt & Heinskou, 2007) at det må etableres en trygg terapeutisk relasjon for å jobbe videre i den terapien som er aktuell. (Eckerström et al., 2019; Eckerström et al., 2020; Goodman et al., 2014; Grindey et al., 2023; Holm & Severinsson, 2010; Keuroghlian et al., 2016; Maconick et al., 2023; Moltu et al., 2017; Monk-Cunliffe et al., 2022; Romeu-Labayen et al., 2020; Romeu-Labayen et al., 2022; Shanks et al., 2011; Warrender et al., 2021; Yuan et al., 2023)

7.5 Brukerstyrt seng, medbestemmelse og autonomi

For å ha gode utsikter for å behandle pasienter med EUPF er det avgjørende at psykisk helsearbeidere har kompetanse og forståelse for hva som påvirker de ustabile følelsene hos pasientene, og deres ustabile relasjon til seg selv og andre. Det å kunne identifisere hvilke destruktive følelser som utvikler seg til akutte situasjoner er viktig for å kunne

velge behandlingsmetode for denne pasientgruppen. Det er derfor, for pasienter med EUPF, og først knytte relasjon til pasient, før man velger behandlingmetode (Eckerström et al., 2019; Eckerström et al., 2020; Goodman et al., 2014; Grindey et al., 2023; Holm & Severinsson, 2010; Keuroghlian et al., 2016; Maconick et al., 2023; Moltu et al., 2017; Monk-Cunliffe et al., 2022; Romeu-Labayen et al., 2020; Romeu-Labayen et al., 2022; Shanks et al., 2011; Warrender et al., 2021; Yuan et al., 2023). Det som er gjengående i all form for oppfølging til denne gruppen er relasjonen kommer før valg av behandlingmetode. Dersom behandlingen er basert på mentaliseringsteori, må relasjonen etableres først. For at psykisk helsearbeidere skal komme i posisjon til å kunne legge til rette for utvikling og endring i sitt liv (Skårderud, 2013), må pasienten oppleve en trygg terapeutisk relasjon (Grindey et al., 2023). Relasjonens betydning under oppfølging og behandling understrekes også i studien til Yuan et al., (Yuan et al., 2023), der brukerstyrt seng er behandlingstilbudet som en del av kriseintervensjon når pasientene opplever forvarsler på forverring eller når den akutte situasjonen står på. Tilgangen til trygge relasjoner når behovet er støtte og omsorg i en akutt fase, men samtidig å ha muligheten til å beholde autonomi og medbestemmelse for når en har behov for hjelp er vesentlige faktorer for at pasientene skal klare å håndtere situasjonen og gjenfinne følelsen av kontroll og mestring, og dermed unngå sykehusinnleggelse med lengre varighet (Eckerström et al., 2020). Langvarig oppfølging i hjemmet, med tilgang til trygge relasjoner som oppleves støttende, men samtidig ansvarliggjørende ser også ut til å ha en forebyggende effekt på selvsykdom, selvmordsforsøk og sykehusinnleggelse (Grindey et al., 2023). I følge (Goodman et al., 2014) kan det å jobbe intensivt over tid sammen med pasienten om å identifisere interaksjonsmønstrene i akutte situasjoner være nyttig for pasienten. Å se sammenhengen mellom hvor intens den akutte situasjonen oppleves og egne interaksjonsmønstre kan videre bidra til å etablere mestringsstrategier for å unngå destruktiv adferd som selvsykdom, suicidforsøk, eller behov for sykehusinnleggelse. Men for å få til dette arbeidet vises det igjen til den terapeutiske relasjon (Goodman et al., 2014).

7.6 Behandling og oppfølging som bygger på mentaliseringsteori

Forståelsen av mentalisering i lys av mentaliseringsteorien er avgjørende både for å etablere trygg tilknytning og for å fremme pasientens egen evne til å mentalisere. Som teorien beskriver er det sammenheng mellom utilstrekkelig mentaliseringskompetanse hos foreldre og barnets utvikling av utrygg tilknytning (Wennerberg, 2011). Karterud et al., skriver at desorganisert tilknytning er en nøkkelfaktor hos pasienter med EUPF, noe som kan forklare deres svekkede mentaliseringsevne som igjen resulterer i at det oftere oppstår misforståelser både rundt en selv, men også i samhandling med andre (Karterud et al., 2020). Interaksjonsmønstrene er ustabile og skaper utfordringer (Yuan et al., 2023). Dersom en trygg terapeutisk relasjon er etablert kan psykisk helsearbeidere jobbe med en bevisstgjøring hos pasienten, knyttet til egne følelser og reaksjoner. Ny forståelse av seg selv eller vanskelige situasjoner, kan styrke pasienten i å ikke agere på de, da det kan føre de inn i det selvdestruktive mønsteret (Moltu et al., 2017). Karterud understreker også at økt mentaliseringsevne bidrar til mindre ustabilitet i livet til pasienten når de lettere kan forstå egne og andres tanker, følelser og handlinger. Det bør derfor være et viktig mål i behandlingsforløpet til denne pasientgruppen (Karterud et al., 2020). Selv om ulike terapiformer ikke er hovedfokus i denne studien er det naturlig å nevne mentaliseringsbasert terapi (MBT), en psykoterapeutisk behandlingsform som tar utgangspunkt i mentalisering og som er rettet mot pasienter med EUPF. Målet er at pasientene skal lære å mentalisere bedre, få en økt forståelse rundt seg selv og andre, tanker rundt en selv og andre, bli bedre i å regulere sine egne følelser og forstå hva som skjer i samhandling med andre (Karterud et al., 2020). I følge de 14 studiene (Eckerström et al., 2019; Eckerström et al., 2020; Goodman et al., 2014; Grindey et al., 2023; Holm & Severinsson, 2010; Keuroghlian et al., 2016; Maconick et al., 2023; Moltu et al., 2017; Monk-Cunliffe et al., 2022; Romeu-Labayen et al., 2020; Romeu-Labayen et al., 2022; Shanks et al., 2011; Warrender et al., 2021; Yuan et al., 2023) vi har brukt er følelsesregulering noe som kan være svært utfordrende for pasienter med EUPF. Dette kan ses på som en del av sviktende mentalisering. Pasienter med EUPF opplever stadig mentaliseringssvikt både akutt, men også med forvarsler over tid. Derfor vil det være behov for at pasientene opplever å ha tilgang på en trygg terapeutisk relasjon, i kombinasjon med både langvarig og akutt kriseintervensjon, der de ulike behandlingsforløpene kan supplere hverandre (Eckerström et al., 2019; Eckerström et al., 2020; Monk-Cunliffe et al., 2022; Yuan et al., 2023).

7.7 Nye mestringsstrategier

Etablering av nye mestringsstrategier istedenfor selvdestruktive strategier er helt avgjørende dersom pasientene skal oppleve bedring over tid. Bedring blir beskrevet som en evigvarende prosess. Det er ikke noe man har, eller er, men noe man gjennomgår. Den indre motivasjonen hos pasienten blir avgjørende for å klare å stå i prosessen med å etablere og anvende de nye mestringsstrategiene (Goodman et al., 2014; Monk-Cunliffe et al., 2022; Romeu-Labayen et al., 2022; Warrender et al., 2021). Relasjonens betydning kommer også frem som en viktig faktor i prosessen mot å finne nye mestringsstrategier. Den psykisk helsearbeideren må våge å være nysgjerrig og utfordre pasienten når det er nødvendig. Dersom relasjonen er stødig nok, kan pasienten tåle å bli utfordret til å tenke nytt, ta imot nye perspektiver og prøve ut andre måter å håndtere vanskelige følelser på (Moltu et al., 2017). Moltu et al., belyser at pasientene ofte ikke klarer å se de små, viktige stegene de tar i en bedringsprosess og at betydningen av at noen nære rundt bevisstgjør de på dette (Moltu et al., 2017). Ved å få et nytt perspektiv på prosessen de står i, kan de få mot nok til å stå i det videre. Viktigheten av andres perspektiv når følelsene blir vanskelige å håndtere er like viktig og kan bidra til at pasienten klarer å forstå seg selv og sine reaksjoner bedre, og på den måten øke evnen til å mentalisere. Det kan også være med på å formidle et håp om bedring og styrke troen på en bedre framtid på tross av utfordringer (Romeu-Labayen et al., 2020). Som teorien også viser, kan en slik utforskning og refleksjon bidra til økt innsikt og forståelse av egne problemområder, samt til å identifisere måter å håndtere dem på. I tillegg til å skape trygghet og fortrolighet kan samtaler i en trygg relasjon også åpne opp for muligheten for miljøpersonalet til å gi støtte, veiledning og utfordringer når det er nødvendig. Psykisk helsearbeidere kan på denne måten hjelpe pasienten med å utvikle nye ferdigheter, utforske ulike mestringsstrategier og sette mål for endring. utforskning og refleksjon (Schibbye, 2012).

7.8 Veiledning og behov for økt kompetanse

Viktigheten av veiledning i arbeid med EUPF understrekes i flere av studiene (Eckerström et al., 2019; Holm & Severinsson, 2010; Keuroghlian et al., 2016; Shanks et al., 2011; Warrender et al., 2021; Yuan et al., 2023). De bekrefter det Schjødt og Heinskou skriver om at det å forstå de ustabile følelsene av seg selv og andre er

utfordrende, og at det i sengepostmiljø blir beskrevet at atferdsmønsteret i vanskelige perioder kan skape en del uro i personalgruppen (Schjødt & Heinskou, 2007). Gjennom mer kunnskap, økt forståelse og veiledning opplever mange psykisk helsearbeidere økt trygghet i vurderinger som gjøres i arbeid med pasienten. Det beskrives at det er med på å gjøre det lettere å finne balansen mellom ansvarliggjøring og støtte. Det kommer også frem at i kombinasjon med økt forståelse for pasienter med EUPF øker ønsket om å jobbe med de, noe som da understreker det Schjødt og Heinskou skriver om at det kan for psykisk helsearbeidere oppleves spennende å jobbe med EUPF med tilstrekkelig kunnskap og forståelse (Schjødt & Heinskou, 2007). Økt kunnskap og forståelse, og ressurser til veiledning har positiv effekt for både pasienten og de psykiske helsearbeiderne. Pasientene opplever bedre pasientbehandling og psykisk helsearbeidere opplever det mindre stressrelatert å jobbe med denne pasientgruppen, da de kjenner på en økt trygghet (Keuroghlian et al., 2016; Shanks et al., 2011). Studiene understøtter dermed det Karterud presiserer at kunnskap og forståelse, samt rom for og bruk av ressurser for å få til veiledning i avdelingen er helt nødvendig som en del av det å tilstrebe god pasientbehandling (Karterud et al., 2017). Miljøterapi med pasienter med EUPF er en utfordrende oppgave og krever mye i forhold til psykisk helsearbeideres frustrasjonstoleranse, innlevelse og samarbeidsevne. Men med tilstrekkelig kunnskap, økt forståelse og rom for veiledning rundt denne pasientgruppen kan det utvikle seg til å bli ekstra spennende å jobbe med de (Schjødt & Heinskou, 2007).

7.9 Implikasjoner for praksis

Vi tenker at denne studien får frem behovet for økt kompetanse innenfor miljøterapien. Den bør spesialiseres mot pasienter med EUPF, da vi vet at betydningen av en trygg relasjonsbygging er en avgjørende faktor for videre behandling. Veiledning i kombinasjon med undervisning og kurs bør også være en del av fokuset for å få til en god behandling for pasientene. Det vil også være med på å styrke psykisk helsearbeidere i å føle seg tryggere i arbeidet med denne pasientgruppen.

7.10 Implikasjoner for videre forskning

Opplevelsen av en trygg relasjon viser seg å være beskyttende for pasientene på mange vis, men for å redusere tersklene for omsorg og støtte etter selvskading eller suicidalitet, bør det forskes mer på forebyggende tilnærminger til omsorg og støtte for denne pasientgruppen. Fokuset bør være hvordan intervensjonen skal tilpasses før den emosjonelle krisen bygger seg opp til destruktive mestringsstrategier. Den subjektive opplevelsen vil alltid være unik, noe som igjen viser til behovet for spesialisert kompetanse innenfor relasjonsbygging i miljøterapien rettet mot denne pasientgruppen. Videre forskning bør også fokusere på pasientens stemme. Ved å gjennomføre dybdeintervju, gjerne i gruppe kan pasientenes subjektive opplevelse av å leve med diagnosen komme bedre frem og igjen gi psykisk helsearbeidere et bedre utgangspunkt og økt forståelse i relasjonsbyggingen.

8.0 Konklusjon

Studien handler om relasjonens betydning - hvordan den erfares mellom pasienter med EUPF og psykisk helsearbeidere, når pasienten er i akutte situasjoner, sett ut fra pasient og psykisk helsearbeideres perspektiv.

Relasjonen har betydning i all behandling og oppfølging for pasienter med EUPF. Det bekreftes av både pasienter og psykisk helsearbeidere. Relasjonsarbeidet må komme i første rekke, før valg av behandlingsmetode. De ustabile følelsene som er det fremste kjennetegnet ved pasienter med EUPF gjør det utfordrende å forstå seg selv og andre noe som forplanter seg i relasjoner til andre. For å klare å redusere denne ustabiliteten må en trygg terapeutisk relasjon etableres.

Det er godt dokumentert at psykisk helsearbeidere kan oppleve det krevende med relasjonsarbeid knyttet til denne pasientgruppen og viktigheten av veiledning og mer kunnskap om kompleksiteten rundt EUPF understrekes derfor som en viktig forutsetning for å få til et godt relasjonsarbeid. Det ble i flere av funnene våre presisert fra pasientene at holdningene til psykisk helsearbeidere var avgjørende for hvordan de opplevde den terapeutiske relasjonen og videre behandlingsforløp.

Det kom frem i funnene våre at pasientene og psykisk helsearbeidere hadde felles erfaringer av relasjonens betydning for en positiv utvikling hos pasientene. Sammen kan de jobbe mot at pasienten får en ny forståelse av seg selv og sine reaksjonsmønstre. Det kan igjen hjelpe pasienten til økt mentaliseringsevne, der de blir mer bevisst på egne følelser i situasjoner som utvikles til å bli akutte. Gjennom økt forståelse og bevisstgjøring kan nye mestringsstrategier

etableres og igjen føre til mindre akutte situasjoner, som tidligere har ført til sykehusinnleggelser. Det beskrives gjennom hele studien vår hvor kompleks EUPF er. Det er ikke hensiktsmessig å bestemme omsorg og behandling kun ut fra diagnosen. Den menneskelige faktorene må tas med i vurderingen, noe som starter gjennom den trygge terapeutiske relasjonen. Denne kunnskapen kan komme til nytte for alle psykisk helsearbeidere som jobber med pasienter med EUPF. Økt forståelse for hvor kompleks årsaken til EUPF er og betydningen av relasjonen kan styrke psykisk helsearbeidere i møte med denne pasientgruppen, samt gi pasientene en bedre opplevelse av å bli sett og tatt på alvor.

Kunnskapen om relasjonens betydning er overførbar til all behandling for alle pasientgrupper. Relasjonen bør ha like stor betydning, uavhengig av hvilke diagnose pasienten har. Det første møtet, opplevelsen av å bli sett og hørt, samt opplevelse av tillit og trygghet er et menneskelig behov som må tas på alvor uavhengig av kontekst. En trygg relasjon kan bidra til at pasienter får positiv utvikling med en økt forståelse og innsikt i egne følelser og reaksjonsmønstre. samt bidra til å finne nye mestringsstrategier for å håndtere livet med de utfordringer de lever med.

Referanser

- Abrahamsen, G. (1997). *Det nødvendige samspillet* (Vol. 6). Tano Aschehoug.
- Eckerström, J., Allenius, E., Helleman, M., Flyckt, L., Perseus, K. I., & Omerov, P. (2019). Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives - person-centred care in clinical practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1667133. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1667133>
- Eckerström, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindström, N., & Perseus, K. I. (2020). Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 962-971. <https://doi.org/10.1111/inm.12736>
- FHI. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=#om-psykiske-plager-og-lidelser>
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2014). Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychology and Psychotherapy*, 87(1), 15-31. <https://doi.org/10.1111/papt.12001>
- Grindey, A., Ottiwell, B., & Lawrence, A. (2023). A community-based crisis intervention for people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 26(3), 27-33. <https://doi.org/10.7748/mhp.2023.e1624>
- Hernandez-Bustamante, M., Cjuno, J., Hernandez, R. M., & Ponce-Meza, J. C. (2024). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 119-129. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=174444910&site=ehost-live>
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: a Norwegian hermeneutic study. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 52-57. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x>
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. (2022). *Personlighetsfokuseret terapi* (1. utgave. ed.). Gyldendal.
- Karterud, S., Folmo, E. J., & Kongerslev, M. T. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)* (1. utgave. ed.). Gyldendal.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P., Links, P. S., & Gunderson, J. G. (2016). The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *Guilford Press Periodicals*, 30(4), 567-576. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_206
- Kim, E. S., & Lamb, Y. N. (2024). Treat borderline personality disorder with psychotherapy and concomitant psychiatric disorders with adjuvant pharmacotherapy. *Drugs & Therapy Perspectives*, 40(1), 17-21. <https://doi.org/10.1007/s40267-023-01042-9>
- Kåver, A., & Nilsson, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Gyldendal akademisk.
- Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., & Kernberg, O. F. (2023). Borderline Personality Disorder: A Review. *Jama*, 329(8), 670-679. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.0589>
- Maconick, L., Ikhtabi, S., Broeckelmann, E., Pitman, A., Barnicot, K., Billings, J., Osborn, D., & Johnson, S. (2023). Crisis and acute mental health care for people who have been given a diagnosis of a 'personality disorder': a systematic review. *BMC Psychiatry*, 23(1), 720. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05119-7>

- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- Mendez-Miller, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). Borderline Personality Disorder. *Am Fam Physician, 105*(2), 156-161.
- Milan, S., & Dau, A. L. B. (2023). Childhood Maltreatment History and Borderline Personality Symptoms: The Role of Mentalization Difficulties Among Vulnerable Women. *Journal of Personality Disorders, 37*(4), 369-382. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.4.369>
- Mohajerin, B., & Howard, R. C. (2024). Effects of two treatments on interpersonal, affective, and lifestyle features of psychopathy and emotion dysregulation. *Personality & Mental Health, 18*(1), 43-59. <https://doi.org/10.1002/pmh.1593>
- Moltu, C., Stefansen, J., Nøtnes, J. C., Skjølberg, Å., & Veseth, M. (2017). What are "good outcomes" in public mental health settings? A qualitative exploration of clients' and therapists' experiences. *International Journal of Mental Health Systems, 11*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0119-5>
- Monk-Cunliffe, J., Borschmann, R., Monk, A., O'Mahoney, J., Henderson, C., Phillips, R., Gibb, J., & Moran, P. (2022). Crisis interventions for adults with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews, 9*(9), Cd009353. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009353.pub3>
- NAPP, N. k. f. p. (2022). *Personlighetsforstyrrelser*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/personlighetsforstyrrelser/>
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2008). [Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review]. *Encephale, 34*(5), 452-458. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007> (Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature.)
- Regjeringen. (2023). *Psykisk helse*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/psykisk-helsearbeid/id2344815/>
- Romeu-Labayen, M., Rigol Cuadra, M. A., Galbany-Estragués, P., Blanco Corbal, S., Giralt Palou, R. M., & Tort-Nasarre, G. (2020). Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(5), 868-877. <https://doi.org/10.1111/inm.12720>
- Romeu-Labayen, M., Tort-Nasarre, G., Rigol Cuadra, M. A., Giralt Palou, R., & Galbany-Estragués, P. (2022). The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship: The perspective of people diagnosed with BPD. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(2), 317-326. <https://doi.org/10.1111/jpm.12766>
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg ed.). Universitetsforl.
- Schjødt, T., & Heinskou, T. (2007). *Miljøterapi på dynamisk grundlag*. Reitzel.
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N., & Black, D. W. (2011). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal of Personality Disorders, 25*(6), 806-812. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.806>
- Skårderud, F. (2013). *Miljøterapi boken : mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken : mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal akademisk.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Torgersen, S. (2022). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Warrender, D., Bain, H., Murray, I., & Kennedy, C. (2021). Perspectives of crisis intervention for people diagnosed with "borderline personality disorder": An integrative review. *Journal of*

- Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 208-236.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12637>
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Arneberg.
- WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- WHO. (2024). *Mental health*. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Yuan, Y., Lee, H., Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2023). A Systematic Review of the Association Between Early Childhood Trauma and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 37(1), 16-35. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.1.16>