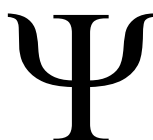




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*«Hun vil nok oppleve videre vansker» - En prøvestudie i  
historiefullføring om livet etter behandling for emosjonelt ustabil  
personlighetsforstyrrelse*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Thea Grepperud**

Vår 2020

Veiledet  
Marius Veseth

### Abstract

This study has two main goals: (1) To explore how psychology students describes the life of a fictional patient with a borderline personality disorder (BPD) diagnosis after treatment has ended and (2) to serve as a pilot study evaluating the use of story completion as a method in response to the thematic research question. The stories were subjected to thematic analysis which provided four overarching themes: 1) Disbelief in recovery; 2) Trust in therapy; 3) Abnormality; and 4) Common humanity.

The findings show how the fictional person's life is defined by the characteristics of the BPD diagnosis even after ended treatment. The stories describe a disbelief in continued recovery from the related symptoms, as well as a trust in therapy. The study concludes that the findings can be seen as a continuum from "otherness" to "common humanity", resonating the difference between clinical and personal recovery found in the recovery literature. The findings of this study are discussed in relation to established empirical evidence and theoretical frameworks. My own autoethnographic account based on personal experience with BPD supplements the discussion.

In response to the study's second goal of evaluating the use of story completion in response to the research question, strengths and limitations of the study's design is discussed. This concludes that story completion provides intriguing possibilities for research exploring assumptions about other's life. The pilot study highlights the importance of providing the respondents with clear instructions and sufficient information.

## Sammendrag

Oppgaven har et todelt fokus: (1) Å undersøke hvordan psykologstudenter beskriver livet til en fiktiv person med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) etter avsluttet behandling, og (2) å gjennomføre en prøvestudie for å undersøke hvordan historiefullføring fungerer som metode i møte med den tematiske problemstillingen.

Historiene respondentene skrev ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Dette resulterte i at jeg formulerte fire temaer som oppsummerte hvordan personens liv ble beskrevet i historiene: 1) Bedringsmistro, 2) Terapitillit, 3) Abnormalitet og 4) Fellesmenneskelighet. Funnene viser at den fiktive personen og hennes liv i all hovedsak blir definert med utgangspunkt i diagnosekarakteristikkene for EUPF også etter endt behandling. I historiene ble det beskrevet en mistillit til muligheten for varig bedring fra symptomer knyttet til EUPF, i tillegg til at tilliten til effekten av terapi fremkommer som sterk. Studien konkluderer med at funnene ligger langs et kontinuum mellom «annerledeshet» og «fellesmenneskelighet» som gjenspeiler litteraturen på recoveryfeltets skille mellom klinisk og personlig bedring. Funnene diskuteres opp mot etablert empiri og teoretiske rammeverk. Som supplement til litteraturen blir autoetnografiske elementer benyttet ved at jeg drøfter funnene i kontekst av mine egne erfaringer med EUPF.

For å møte undersøkelsens metodologiske målsetting redegjør jeg for metoden historiefullføring og diskuterer styrker og svakheter ved valg tatt i utarbeidelsen av denne undersøkelsen. Redegjørelsen konkluderer med at historiefullføring innebærer spennende muligheter for forskning på forestillinger om andres liv. Prøvestudien tydeliggjorde viktigheten av å utarbeide undersøkelsen og materialet som formidles til respondentene med fokus på tydelige instruksjoner og tilstrekkelig informasjon til deltakerne.

## Forord

Først og fremst vil jeg takke deltakerne som generøst bidro med historier. Takk for deres fantasi, kreativitet og tid. Dette hadde ikke vært mulig uten dere.

En særlig stor takk til min veileder Marius Veseth for inspirasjon og kunnskap. Din støtte og engasjement har vært uvurderlig. Din systemkritiske stemme rørte ved meg allerede på studiets første semester, og det har vært en ære å utforme denne oppgaven under ditt veiledende og våkne blikk. Jeg vil også takke min biveileder Kristina Osland Lavik for gode innspill i prosessens begynnelse.

Selv om det kun er mitt navn på tittelsiden har dette vært langt ifra en ensom prosess. Takk til alle som har lest gjennom – Anne Krogstad, Line Coll og Truls Bauer. Deres bidrag har virkelig løftet denne oppgaven.

Takk til familie og venner for all støtte i denne prosessen, men særlig takk for støtten i alle prosessene som kom forut for den. Takk til alle som har heiet meg hjem – fremfor alt dere som ble, men også dere som dro. Det har vært litt av en reise.

Bergen, mai 2020

Thea Grepperud

**Innholdsfortegnelse**

<b>Abstract</b> .....	<b>iii</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>iv</b>
<b>Forord</b> .....	<b>v</b>
<b>Bakgrunn</b> .....	<b>8</b>
<i>Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse</i> .....	9
<i>Recoveryperspektivet på bedring</i> .....	13
<i>Historiefullføring som metode</i> .....	15
<i>Autoetnografi</i> .....	18
<i>Formålet med studien</i> .....	18
<b>Metode</b> .....	<b>20</b>
<i>Prosedyrer</i> .....	20
Planlegging og gjennomføring av prosjektet .....	20
Utforming av undersøkelsen .....	20
Spørreskjemaets utforming .....	21
Datainnsamling.....	22
Deltakerne i studien.....	23
<i>Analyse av datamaterialet</i> .....	23
<i>Etiske vurderinger i gjennomføringen av prosjektet</i> .....	25
<i>Refleksivitet: forskeren som delaktig</i> .....	27
<b>Resultat</b> .....	<b>28</b>
<i>Bedringsmistro</i> .....	30
<i>Terapitillit</i> .....	33
<i>Abnormalitet</i> .....	37
<i>Fellesmenneskelighet</i> .....	40
<b>Diskusjon</b> .....	<b>44</b>

<i>Kan man bli frisk etter alvorlig psykisk lidelse? .....</i>	<i>45</i>
<i>Aldri så gal at man ikke er god for noe: Recoveryperspektivet på psykisk lidelse .....</i>	<i>48</i>
<i>Er recoverytilnærmingen nok til å endre synet på bedring av EUPF? .....</i>	<i>52</i>
<i>Refleksivitet og etikk.....</i>	<i>58</i>
<i>Styrker og svakheter ved metoden.....</i>	<i>61</i>
<i>Mulige fallgruver i arbeidet med historiefullføring .....</i>	<i>62</i>
Historiestammene.....	62
Språk og formulering .....	62
Oppgaveinstruksjon.....	64
<i>Deltakere og rekruttering.....</i>	<i>65</i>
<i>Implikasjoner.....</i>	<i>67</i>
<b>Sammenfatning.....</b>	<b>68</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>69</b>
<b>Vedlegg 1: Samtale med NSD.....</b>	<b>80</b>
<b>Vedlegg 2: Mail fra Rambøl angående anonymitet.....</b>	<b>82</b>
<b>Vedlegg 3: Spørreskjemaet.....</b>	<b>83</b>

**Bakgrunn**

«(...)Men om jeg kan defineres ut ifra alt som mangler  
kanskje boken din kan gi svar på hvem jeg er  
uten mangler også  
kanskje jeg en dag kan klare å bli så hel  
at selv jeg, om jeg er nesten urovekkende heldig,  
kan skjønne følelsen av et selv  
og kanskje jeg til og med kan forstå et hjem  
som noe annet enn et hus man gjemte rotet bort i  
For alle veier fører jo til et rom  
så om jeg bare skjønner hvordan dette kan gå  
kanskje jeg en dag kan klare å følge riktig vei lenge nok  
til å finne frem til mitt eget» (Grepperud, 2018)

Det er grunnleggende menneskelig å kategorisere. Kategoriseringen hjelper oss å forenkle og få oversikt, og støtter oss i forståelse av verden og fenomenene i den (Persson, 2014).

Diagnostisering er en form for slik kategorisering. Diagnostiske systemer for psykiske lidelser er laget for å skille mellom abnormal og normal atferd og fungering, og for å gi retningslinjer til behandling (Persson, 2014; Moxnes, 2017). All kategorisering fører med seg potensialet for stereotyper på bakgrunn av hva vi anser som prototypisk for kategoriene. Dette kan igjen medføre stigmatisering. Mennesker med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) er en pasientgruppe som er særlig utsatt for stigmatisering i helsevesenet (Kyratsous & Sanati, 2017; Lam, Salkovskis, & Hogg, 2016). Mennesker med denne lidelsen blir beskrevet som manipulerende, oppmerksomhetssøkende og bevisst vanskelige, og diagnose-merkelappen EUPF har vist seg å føre til at behandlere vurderer



prognosen som dårligere enn om samme pasientbeskrivelse presenteres som ukomplisert panikkelidelse (Sulzer, 2015; Kyratsous & Sanati, 2017; Lam et al., 2016). Det er nå et godt evidensgrunnlag for å si at folk blir bedre fra denne lidelsen (Ng, Bourke & Grenyer, 2016; Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice, 2012; McGlashan, 1986; Paris & Zweig-Frank, 2001; Biskin, 2015; Sulzer, 2015). Vi vet at håp er viktig for bedring (Sælør, Ness & Semb, 2015; Davidson et al., 2008), og vi vet at hjelpere i helsevesenet er viktige bærere av dette håpet (Kristoffersen & Breievne, 2005). Det er vanskelig å skulle bidra til en endring man ikke tror på selv. Det har lenge vært kjent at selv usagte og ubevisste sosiale forventninger påvirker utvikling (Rosenthal & Jacobson, 1968; Manger & Wormnes, 2015). Derfor er det viktig å undersøke holdninger og antagelser helsepersonell har til livet etter endt behandling.

Fremtidens psykologer går nå på profesjonsstudiet i psykologi. Kunnskap om hvordan psykologstudentene ser for seg folks liv i etterkant av å ha mottatt behandling fra det psykiske helsevesenet er kunnskap som kan bidra til økt forståelse av hva diagnostisk kategorisering kan medføre. I denne sammenheng er det det interessant å undersøke hva som skjer i deres møte med personer som beveger seg over fra kategorien pasient til å ikke lenger være i behandling. Hvordan ser fremtidens terapeuter for seg at folk som tidligere har vært i behandling kan leve sine liv? Hvordan beskrives livet til en person med EUPF-diagnosen etter behandlingsavslutning? Hva ser psykologstudentene for seg at bedring innebærer? Og hvordan kan slike spørsmål undersøkes?

I denne kvalitative prøvestudien utprøves en relativt ny metode kalt historiefullføring i utforskningen av de overnevnte spørsmålene. Før studien presenteres vil jeg beskrive det teoretiske grunnlaget for undersøkelsen med utgangspunkt i kunnskap om EUPF og ulike former for bedring. Ettersom undersøkelsen også er en metodologisk utforskning vil jeg også innledningsvis redegjøre teoretisk for historiefullføring.

### **Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**

Personlighetsforstyrrelser er en diagnostisk kategori for psykiske lidelser definert som at et individs personlighetstrekk avviker betydelig fra det som forventes i personens kultur og kontekst (Direktoratet for e-helse & Verdens helseorganisasjon, 2019). Ifølge diagnosemanualen ICD-10, utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO), beskriver diagnosen vedvarende tilstander og atferdsmønstre som synes å være typisk for individet og hens måte å forholde seg til andre og seg selv på. Slik omfatter diagnosen atferd, tanker og følelser (Direktoratet for e-helse & Verdens helseorganisasjon, 2019). Videre beskrives det at atferdsmønstrene kommer til syne i form av rigide reaksjoner, og at lidelsen ofte viser seg i form av vansker med følelsesregulering, mentalisering (å kunne forstå eget og andres sinn) (Skårderud & Sommerfeldt, 2008) og svingende, eller dårlig selvfølelse (Direktoratet for e-helse & Verdens helseorganisasjon, 2019). Ifølge en nyere metaanalyse er prevalensen av personlighetsforstyrrelser i befolkningen 7,8% på global basis (Winsper et al., 2020). Forekomsten er høyere i høy-inntekts land (9-11,3%) enn i lav- og middel-inntektsland (2,6-6,1%) (Winsper et al., 2020). Forskjellen antas å komme av underdiagnostisering i landene med lavt og middels inntektsnivå (Winsper et al., 2020). Grensen mellom såkalt normal personlighetsfungering og personlighetsforstyrrelser anses som glidende, noe som gjør kontekst særlig viktig i den diagnostiske vurderingen (Tyrer, Reed & Crawford, 2015). Personlighetsforstyrrelser (PF) er en omdiskutert diagnostisk kategori. Diskusjonene omhandler både innholdet i diagnosen, vansker med å differensialdiagnostisere, stigmaet knyttet til diagnosen og at selve ordet «personlighetsforstyrrelse» antas å bygge opp under dette stigmaet (Harding, 2020).

Diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF), også kalt borderline personlighetsforstyrrelse etter det engelske navnet, er sammen med antisosial personlighetsforstyrrelse den av de spesifikke personlighetsforstyrrelsene som er mest fokusert på i forskningen (Tyrer et al., 2015). EUPF er en diagnose kategorisert utfra

symptomene identitetsforstyrrelser, vanskeligheter med å regulere følelser, impulsivitet og selvskading (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). Lidelsen er assosiert med et sterkt lidelsestrykk (Kverme, Natvik, Veseth & Moltu, 2019), og diagnosen er assosiert med forhøyet suicidrisiko (Olfson et al., 2017; Mehlum & Jensen, 2006). Det er rapportert at mellom 8-10% av personer med EUPF gjennomfører selvmord (Biskin, 2015). Det estimeres at ca 1-2% av befolkningen oppfyller de diagnostiske kriteriene for diagnosen EUPF (Kverme et al., 2019; Chapman, Jamil & Fleisher, 2019). De fleste studier på prevalens av EUPF er gjennomført i USA (ten Have et al., 2016). En større norsk undersøkelse gjennomført på 90-tallet fant at prevalens av EUPF i den generelle befolkningen lå på 0,7% (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001). I befolkningen er diagnosen like vanlig hos kvinner og menn, mens det i klinisk sammenheng er tre ganger så mange kvinner som menn med diagnosen (Chapman et al., 2019).

Personer med diagnosen EUPF rapporterer om økt forekomst av traumer i barndommen (Chapman et al., 2019). Linehan (1993) knytter utviklingen av lidelsen til utrygg tilknytning i barndommen og et «kronisk invaliderende miljø» som interagerer med genetisk sårbarhet (Linehan, 1993; Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009). Å regulere forholdet til tilknytningspersonene blir barnets hovedmål, noe som medfører sterk angst hos barnet (Chapman et al., 2019). Dette knyttes til dårligere evne til mentalisering og lav toleranse for psykologiske stressorer (Chapman et al., 2019).

Diagnosen EUPF ble tidligere antatt som en livstidsdiagnose svært få kom seg ut av, og pasienter med denne typer vansker har over mange år blitt møtt med behandlingspessimisme (Ng et al., 2016; Tyrer et al., 2015; Hartvig, 2020). Det har vært betydelig utvikling innen feltet de siste årene, og flere longitudinelle studier har vist at tidligere antagelser om lidelsens varighet og diagnosens endelighet ikke støttes av data (Ng et al., 2016; Zanarini et al., 2012; McGlashan, 1986; Paris & Zweig-Frank, 2001; Biskin, 2015;

Sulzer, 2015). Det er nå klart at flere opplever bedring enn tidligere antatt (Ng et al., 2016; Hartvig, 2020; Sulzer, 2015), og flere longitudinelle studier har rapportert at pasienter oppnår remisjon (definert som å ikke møte kriteriene for diagnosen) i 33-99% av de undersøkte tilfellene – med høyere prosent jo lengre tid som har gått siden diagnosen ble satt (Sulzer, 2015, Ng et al., 2016).

Flere forskere har de siste årene undersøkt hvordan pasienter med diagnosen EUPF møtes av behandlingsapparatet (Sulzer, 2015; Nehls, 1999; Kyratsous & Sanati, 2017; Lam et al., 2016; Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Kling, 2014).). Funnene viser – som tidligere nevnt – at disse pasientene beskrives som vanskelige (Sulzer, 2015), og at de ofte omtales som manipulerende, ustabile, impulsive og fiendtlige (Kyratsous & Sanati, 2017). Selve diagnose-merkelappen «borderline personlighetsforstyrrelse» viste seg å senke behandleres tro på pasienters bedring i en eksperimentell studie av Lam et al. (2016), og Kyratsous og Sanati (2017) viste til at pasienter med diagnosen møter en såkalt epistemisk urettferdighet i behandlingsapparatet. Epistemisk urettferdighet defineres som en spesifikk urettferdighet på bakgrunn av en persons egenskap som kunnskapsbærer (Holmen, 2012). I sammenheng med EUPF innebærer dette at personer med diagnosen ufordelaktig anses som å ha kontroll over egne reaksjoner og konsekvensene av disse. Dette fører til at vansker knyttet til for eksempel sterk emosjonell aktivering og sosiale kommunikasjonsproblemer tolkes som at personen er manipulerende, oppmerksomhetssøkende og uærlig (Kyratsous & Sanati, 2017).

Det har vært påpekt at det diagnostiske språket kan bidra til å flytte oppmerksomheten vekk fra de underliggende traumene personer med diagnosen ofte har opplevd, over til atferd som kategoriseres som manipulerende eller oppmerksomhetssøkende (Watts, 2017; Kling, 2014). Dette kan bidra til svekket empati for personer med diagnosen ved at vanskene personen opplever i møte med andre forstås ut ifra et personlighetsfokus (Watts, 2017). Det kan også øke faren for at symptomer som burde ses på som forsøk på å håndtere vansker,

heller ses som bekreftelse på at pasientene er intensjonelt vanskelige (Watts, 2017; Kyratsous & Sanati, 2017). Kritikken mot diagnosen gjelder også at selve betegnelsen personlighetsforstyrrelse antyder en forstyrrelse knyttet til hele personens væren (Harding, 2020). Goffman (1968) definerer stigma som «en hvilken som helst fysisk eller sosial egenskap eller tegn som devaluerer et individs sosiale identitet i den grad at det diskvalifiserer ham eller henne fra full sosial aksept» (Slattery, 2003, s. 185). Denne definisjonen viser til at stigma alltid har to sider, den stigmatiserte og samfunnet med sine definisjoner av normalitet (Slattery, 2003). Slik ses stigmatisering som en samfunnsmessig prosess.

I 2015 publiserte *The Lancet* en artikkelserie om personlighetsforstyrrelser som blant annet satte fokus på kliniske vurderinger, underdiagnostisering og stigma fra helsepersonell som faktorer som minimerte nytten av diagnosen (Tyrer et al., 2015; Bateman, Gunderson & Mulder, 2015; Newton-Howes, Clark & Chanen, 2015). Tyrer et al. (2015) argumenterer her for behovet for å endre diagnoseklassifikasjonene fra kategorier til dimensjonsforståelse basert på lidelsens påvirkning på individets liv. I WHO sin oppdaterte diagnosemanual ICD-11, som vil tre i kraft som standardisert diagnostisk manual 1. januar 2022, er det denne dimensjonale klassifikasjonen av personlighetsforstyrrelser som gjelder (World Health Organization, 2018a, 2018b; Bach & First, 2018; Reed, 2018; Tyrer et al., 2015). I den oppdaterte manualen beholdes navnet «personlighetsforstyrrelser», en beslutning som har blitt kritisert av mennesker med brukererfaringer (Hackmann et al., 2019; Horn et al., 2007), brukerorganisasjoner (Recovery in the Bin, 2019) og fagpersoner (Harding, 2020; Watts, 2019; The Lancet Psychiatry, 2019). Forkjemperne for diagnosen påpeker at diagnoser utløser rettigheter og gir tilgang på behandling, og peker på at en navneendring vil kunne forvirre fagfolk slik at færre får tilgang på nødvendig helsehjelp (Royal College of Psychiatrists, 2020).

### **Recoveryperspektivet på bedring**

Ikke overraskende er bedring et sentralt mål i behandling av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Bedring som konsept er likevel ikke uten kontroverser – for hvordan skal bedringen defineres? Det er store forskjeller i hvordan bedringen måles i forskningen (Davidson & Roe, 2007). Ifølge Davidson og Roe (2007) kan synet på bedring deles inn i to hovedkategorier: «bedring fra», og «bedring i» psykiske lidelser. I «bedring fra»-kategorien beskrives bedring i form av kvantifiserbare endringer som symptomfrihet, antall døgn på sengepost eller suicidforsøk (Davidson & Roe, 2007). Denne formen for bedring omtales også som «klinisk bedring» (Veseth, 2014).

Klinisk bedring faller inn under et biomedisinsk syn på psykiske lidelser (Veseth, 2019). Det diagnostiske systemet for kategorisering av psykiske lidelser stammer fra en slik biomedisinsk forståelse (Hansen, 2020). Det er likevel slik at vi har forsvinnende lite kunnskap om det biologiske fundamentet for psykiske lidelser (Veseth, 2019). Det er på bakgrunn av dette at den medisinske modellens mangel- og symptomfokus har blitt utfordret av det som kalles recoveryperspektivet på psykiske lidelser. Dette perspektivet fokuserer heller på ressurser og individuell vekst enn hva som er galt, og anser bedring som en aktiv prosess der man finner måter å leve på selv om plagene vedvarer. Slik er dette perspektivet et «bedring i»-syn på psykiske lidelser. Fordi ordet recovery er et etablert begrep innen psykologisk forskning og derfor rommer mer enn det norske ordet bedring, vil recovery benyttes videre i oppgaven i beskrivelse av dette fokuset.

Ifølge Davidson, en foregangsmann på recoveryfeltet, bringer recoveryperspektivet på bedring med seg et viktig fokus: at mennesker kan ha det godt og oppleve utvikling også mens de fortsetter å ha symptomer på psykisk lidelse (Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli & Evans, 2005). Her anses bedring som en personlig utvikling drevet av fellesmenneskelige mål og verdier (Davidson et al., 2005). Historisk sett har det antatte tydelige skillet mellom normalitet og abnormalitet medført at personer med psykiske lidelser har blitt møtt med

institusjonalisering og fremmedgjøring (Rowe & Davidson, 2016; Foucault, 1999; Szusz, 1971). Utviklingen av recoveryperspektivet henger sammen med medborgerbevegelsen som oppstod sammen med andre borgerrettighetsbevegelser på 60-tallet (Rowe & Davidson, 2016). Fokuset på medborgerskap handler om at alle, også mennesker med psykiske lidelser, skal ha selvbestemmelse over eget liv og ha mulighet til å delta i samfunnet (Rowe & Davidson, 2016). Dette innebærer at psykiske lidelser ikke er den definerende identiteten for mennesker med en psykiatrisk diagnose og at mulighet for vekst, mestring og meningsfylte liv ikke er avhengig av om personen opplever symptomer eller ikke (Veseth, 2014). I forlengelsen av dette finner vi «bedring i» psykiske lidelser, som innebærer et bedringsfokus knyttet til økt livskvalitet og deltakelse i samfunnet heller enn å minke symptomer (Rowe & Davidson, 2016; Veseth, 2014). Recoveryperspektivet har slik et overordnet fokus på prosess heller enn utfallsmål, der bedring anses som en personlig og individuell reise (Veseth, 2014).

I en nyere kvalitativ studie av Kverme et al. (2019) ble personer med EUPF intervjuet om deres opplevelse av bedringsprosesser. Deltakerne beskrev «bevegelse mot tilhørighet» som sentralt for bedring (Kverme et al., 2019). En annen studie trekker frem håp, aktiv deltakelse og meningsfulle aktiviteter og relasjoner som viktig i bedringsprosessen (Ng, Townsend, Miller, Jewell & Grenyer, 2019). I dette tydeliggjøres det hvor stor rolle kontekst spiller i en persons bedringsprosess. Bedring skjer ikke utenfor et sosialt liv, men som en aktiv del av det (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2009). Slik blir recovery også en sosial prosess, som inkluderer tilgang på samfunnsarenaer, utdanning, arbeid, venner, familie og lokalmiljøet (Topor et al., 2009; Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Dette medfører at det er viktig å holde et fokus på hverdagen som arena for bedring (Borg et al., 2013).

### **Historiefullføring som metode**

At tallfestede mål har blitt gjenstand for fokus i større grad enn individuelle prosesser har også vært utfordret innen forskningsdiskusjoner (Malterud, 2001). I 2001 argumenterte

Malterud for at det biomedisinske fokuset på å måle endringer på gruppenivå har gått på bekostning av det individuelle perspektivet klinikere jobber med i praksis. Hun argumenterer derfor for et økt fokus på kvalitativ forskning innen medisin (Malterud, 2001). Kvalitativ forskning refererer til teorier for fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (Malterud, 2001). Hermeneutiske teorier omhandler prosessen med fortolkning av et fenomen (Ulleberg, 2002). Fenomenologi kan defineres som «studiet av bevissthetsstrukturer slik de fremtrer for oss i et førstepersonsperspektiv» (Smith, 2008 referert i Gallagher, 2012 s. 7). Målet med kvalitativ forskning er slik å undersøke betydningen av sosiale fenomener slik de erfarer av folk selv (Malterud, 2001). Det finnes flere ulike metoder å gjennomføre kvalitativ forskning med, samt flere ulike former for datainnsamling.

Historiefullføring er en relativt ny metode innen kvalitativ forskning (Clarke, Hayfield, Moller & Tischner, 2017). Metoden ble opprinnelig utviklet som en form for projektiv test, der deltakernes respons til tvetydige stimuli ble brukt til å tolke deres personlighet og psykopatologi (Clarke et al., 2017). Innen forskning har projektive tester tradisjonelt vært benyttet innenfor et kvantitativt rammeverk, med komplekse kodesystemer laget for å fjerne individualiteten i svarene og finne de *ekte* svarene på hva folk tenker og mener (Clarke et al., 2017). En slik tilnærming faller inn under et essensialistisk standpunkt (Clarke et al., 2017). Kvalitativ forskning tar imidlertid ofte utgangspunkt i et poststrukturalistisk og sosialkonstruktivistisk rammeverk der hverken forsker eller deltaker har tilgang på en ekte sannhet om fenomenet som studeres (Malterud, 2001). Innenfor et sosialkonstruktivistisk syn blir historiene deltakerne deler isteden ansett som å si noe om hvordan deltakerne konstruerer sin forståelse av et fenomen og hvordan dette relaterer til deres sosiale verden (Clarke et al., 2017). Besvarelsene blir slik ansett som en refleksjon av den nåtidige diskursen deltakerne bruker for å gi mening til sine opplevelser heller enn bevis



på deltakernes «ekte» meninger og syn (Kitzinger and Powell, 1995 s. 349–350, referert i Clarke et al., 2017).

I historiefullføring er den tvetydige stimulusen begynnelsen på en historie (historiestammen) som deltakerne bes om å fullføre (Clarke et al. 2017). Denne bør være tvetydig nok til at deltakernes egne fortolkninger kommer frem i historien, samtidig som den også må være styrende nok til at forskeren får undersøkt det hen er ute etter (Clarke et al. 2017). Historiefullføring åpner for muligheten til å benytte et komparativt design, der flere ulike historiestammer presenteres for å undersøke effekten de ulike stammene har på historiene. Alternativt kan et komparativt design innebære at ulike deltakergrupper får samme historiestamme for å undersøke hvordan ulike grupper konstruerer ulike historier som respons på samme stamme (Clarke et al. 2017).

Metoden etterspør ikke deltakernes egne levde erfaringer, men ber dem om å finne på fiktive historier basert på en gitt historiestamme. Historiestammene omhandler ofte en hypotetisk tredjeperson, men kan også utarbeides for å få deltakeren til å sette seg selv i den gitte personens sted for så å skrive historier ut ifra et førstepersonsperspektiv (Clarke et al. 2017).

Metoden er kostnadseffektiv og lite ressurskrevende, og åpner for anonymitet i besvarelsene. Fordelen med en slik tilnærming er blant annet at det minker sannsynligheten for å få sosialt fordelaktige svar, samt at den er nyttig for å undersøke sensitive tema ettersom deltakerne bes om å finne på historier ut ifra egen fantasi. Metoden åpner slik for bruk av kreativitet fra deltakernes side, og gir også kontrollen for hvordan historiene utspiller seg over til dem. Historiefullføring er derfor en metode som har potensiale til å være svært deltakerstyrt heller enn forskerledet (Clarke et al., 2017). Clarke et al. (2017) beskriver metoden som svært fleksibel, og trekker frem forskning knyttet til å undersøke folks

persepsjoner, forståelser og sosiale konstruksjoner som særlig passende for denne typen forskning.

### **Autoetnografi**

Autoetnografi springer ut av et utvidet forskerbegrep som muliggjør en dobbeltrolle som forsker/informant (Klevan, Sundet & Sælør, 2019). Her åpner man for at forskeren kan benytte seg av egne subjektive opplevelser, fordi disse også anerkjennes som betydningsfulle i kraft av å relatere til «sosiale, politiske og kulturelle mønstre vedkommende har møtt i sitt liv og virke» (Klevan et al., 2019). Innen autoetnografi produserer forsker/informant en personlig tekst med utgangspunkt i egen levd erfaring som åpner for at leser skal kunne tre inn i denne (Klevan et al., 2019). Autoetnografi er en introspektiv metode som utfordrer forskerens tradisjonelle utenforperspektiv, og bruken av autoetnografi trekkes frem som en måte å utfordre gjeldende kunnskapssyn og medfølgende maktfordeling innenfor eget forskningsfelt (Klevan et al., 2019). I denne oppgaven vil dette fremkomme ved at jeg bruker min egen erfaring med å ha hatt, og så ha blitt frisk av, en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Slik benytter jeg autoetnografiske elementer i oppgaven for å komplimentere de rådende perspektiver på hvordan vi forstår EUPF og bedring.

### **Formålet med studien**

På bakgrunn av det som her er gjennomgått er det tydelig at selv om vi har kunnskap om ulike bedringsprosesser for personer med EUPF, så er denne diagnosen fremdeles utsatt for stigma. For å motvirke stigma er det viktig at et «vanlig» allmennmenneskelig liv anses som tilgjengelig også for personer med diagnoser. Håp er viktig for bedringsprosessen, og negative antagelser fra andre vil kunne blokkere for bedring og bidra til ytterligere behandlingsspessimisme for mennesker med EUPF-diagnosen. Forestillingene om og forventningene til personer med denne diagnosens liv etter endt terapi vil kunne ha konsekvenser for hvordan de blir møtt, både i samfunnet og i helsevesenet. Disse

forventningene vil også ha konsekvenser for hvordan mennesker som får diagnosen EUPF ser seg selv og sitt eget bedringspotensial. Det er derfor viktig å undersøke disse forestillingene.

Har psykologstudenter oppdatert kunnskap om bedringsmuligheter for EUPF? Fordi kunnskapen om bedringsmuligheter for mennesker med alvorlige psykiske lidelser er godt dokumentert er det interessant å undersøke om denne kunnskapen når frem til fremtidens behandlere. Psykologstudenter under opplæring burde ha oppdatert kunnskap om behandling og bedring. Det er derfor interessant å undersøke hvordan denne gruppen ser for seg livet til en person som har fullført behandling.

Historiefullføring er en metode som åpner opp for å undersøke hvordan forståelsen av en hypotetisk persons liv blir konstruert med utgangspunkt i visse gitte karakteristikk. Metoden er relativt ny, og har ikke vært brukt for å undersøke hvordan fagmiljøet ser for seg mennesker med en diagnose sitt levde liv. Metoden har et potensiale for å være et kostnadseffektivt alternativ til mer tradisjonelle kvalitative selvrapporteringsmetoder som intervju og fokusgrupper i undersøkelsen av problemstillinger knyttet til dette. Det er derfor interessant å undersøke om denne metoden kan benyttes til å utforske hvordan samfunnet og fagpersoner strukturerer forståelsen av personer med EUPF sitt levde liv. Undersøkelsen tar derfor form av en prøvestudie for å gi mer informasjon om bruken av metoden.

Fokuset for oppgaven vil derfor være todelt, med både et empirisk forskningsspørsmål og et metodologisk undersøkelsesfokus. Med dette som utgangspunkt vil jeg redegjøre for den metodologiske utformingen av undersøkelsen og resultatene fra denne. Jeg diskuterer så funnene fra undersøkelsen opp mot litteraturen knyttet til EUPF og recovery før metoden og bruken av denne drøftes grundig. Diskusjonsdelen utdypes ved hjelp av autoetnografiske betraktninger, der jeg aktivt benytter meg av egne refleksjoner rundt egne erfaringer i møte med denne oppgaven.

Forskningsspørsmålene i denne oppgaven er som følger:

1. *Hvordan beskriver og forklarer psykologstudenter det levde livet til en person som har avsluttet behandling for emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse?*
2. *Hvordan fungerer historiefullføring som metode for å besvare forskningsspørsmål 1?*

## **Metode**

### **Prosedyrer**

#### ***Planlegging og gjennomføring av prosjektet***

Prosjektet ble påbegynt i januar 2019 med mål om ferdigstillelse innen midten av mai 2020. I løpet av våren 2019 ble prosjektskisse utarbeidet, og historiestammene og undersøkelsen i sin helhet designet. I tillegg ble ønsket antall deltakere og metoder for datainnsamling bestemt i løpet av denne tidsperioden. Grunnet hovedpraksis ble det et opphold i arbeidet med oppgaven mellom juni 2019 og januar 2020. Arbeidet ble gjenopptatt i januar 2020 med fokus på å ferdigstille en digital spørreundersøkelse som kunne distribueres over nettet. Fordi det ikke skulle samles inn persondata fra deltakerne og undersøkelsen ble distribuert via en tjeneste som ikke samler inn IP-adresser eller e-post anses prosjektet som anonymt. Prosjektet ble derfor ikke meldt til NSD (Norsk senter for forskningsdata) (se vedlegg 1). Undersøkelsen ble igangsatt i slutten av januar 2020, og analysene ble gjennomført i slutten av februar og begynnelsen av mars 2020. Undersøkelsen ble deaktivert 05. mars 2020, og oppgaven ble skrevet ferdig i løpet av mars, april og mai 2020.

#### ***Utforming av undersøkelsen***

Undersøkelsen ble utformet med utgangspunkt i historiefullføringsmetoden som beskrevet av Clarke et al. (2017). Dette er, som gjennomgått tidligere, en metode der deltakerne presenteres med begynnelsen på en historie som de bes om å fullføre. Ut ifra historiestammen skriver deltakerne en fiktiv historie basert på egen fantasi og kreativitet. Etersom oppgavens empiriske mål var å undersøke hvordan psykologstudenter konstruerer forståelsen om personer med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse sitt liv,

ble det besluttet å benytte historiefullføring ut ifra et sosialkonstruktivistisk og kvalitativt design (Clarke et al., 2017).

I arbeidet med utformingen av undersøkelsen jobbet jeg også ut ifra et sekundært tematisk forskningsspørsmål. Dette spørsmålet lot seg ikke undersøke på grunn av manglende grunnlag i dataene. Selv om dette spørsmålet ikke ble vektlagt i analysearbeidet påvirket det undersøkelsens design. I dette sekundære forskningsspørsmålet ønsket jeg å vite om konstruksjonen av personens liv ble påvirket av språket som brukes for å beskrive symptomene knyttet til EUPF. Jeg valgte derfor å benytte meg av et komparativt design der to ulike historiestammer ble skilt på bakgrunn av språkbruken i disse. Historiestammene ble utarbeidet for å være så like som mulig, med ulikheter kun i beskrivelsen av personens symptomer. Historiestammene er som følger:

1. Se for deg at du leser sistesiden i epikrisen til en pasient. Der står det avslutningsvis:

«Lisa har mottatt behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun er vurdert som å ha hatt noe effekt opp mot symptomer knyttet til å søke nærhet samtidig som kaotiske følelser, frykt for avvisning og en opplevelse av å være annerledes vanskeliggjør nettopp relasjoner til andre. Lisa avsluttes med dette etter eget ønske.» [1] [SEP]

2. Se for deg at du leser sistesiden i epikrisen til en pasient. Der står det avslutningsvis:

«Lisa har mottatt behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun er vurdert som å ha hatt noe effekt opp mot symptomer knyttet til å være manipulerende, ustabil, impulsiv og fiendtlig. Lisa avsluttes med dette etter eget ønske.»

Deltakerne ble så instruert til å skrive en historie: «Hvordan ser du for deg Lisas liv det neste året? Vennligst bruk minst 10 minutter på å skrive en historie om Lisas liv.»

### ***Spørreskjemaets utforming***

I forkant av historiene ble deltakerne bedt om å identifisere kjønn (kvinne/mann/annet/ønsker ikke å oppgi) og universitetstilhørighet (Universitetet i Oslo/Universitetet i Bergen/Universitetet i Tromsø/Norges Tekniske-Naturvitenskapelige Universitet/annet) (se vedlegg 3). For å sikre koherens i deltakergruppen ble deltakerne også spurt om de for øyeblikket går på profesjonsstudiet i psykologi. Et kommentarfelt ble inkludert til slutt i undersøkelsen for at deltakerne skulle kunne gi tilbakemelding på undersøkelsen om de ønsket dette. Deltakerne ble også avslutningsvis bedt om å ikke diskutere egen besvarelse med andre av hensyn til undersøkelsens integritet.

### ***Datainnsamling***

Metoder for datainnsamling ble nøye vurdert opp mot behovet for at undersøkelsen skulle være anonym. Valget falt på det internettbaserte spørreskjemaet SurveyXact levert av Rambøl, som via e-post garanterte for deltakernes anonymitet (se vedlegg 2). Undersøkelsen ble programmert slik at de to historiestammene ville randomiseres mellom deltakerne så tett opp mot 50/50-fordeling som mulig. På bakgrunn av Clarke et al. (2017) sine anbefalinger siktet jeg meg inn på å samle inn minimum 40 historier, altså 20 historier per historiestamme.

Undersøkelsen var ferdigstilt 27. januar 2020 og ble publisert samme dag via Facebook. Jeg delte den på facebook-grupper tilhørende profesjonsstudenter i psykologi ved Universitetet i Bergen (“Profesjonsstudenter i Psykologi ved UiB”) og på facebook-gruppen tilhørende mitt kull (94). I tillegg ble studenter på andre kull på profesjonsstudiet i psykologi kontaktet med forespørsel om å legge ut undersøkelsen på facebook-grupper tilhørende deres respektive kull. Dette var nødvendig da disse gruppene er lukket for andre enn de som går på det aktuelle kullet. Samtlige studenter sa ja til dette, og jeg legger til grunn at undersøkelsen ble lagt ut på kullsidene til alle kull som for tiden studerer ved dette studieprogrammet ved Universitetet i Bergen. Etter et par uker ble enurring på forespørsel om deltakelse publisert på hovedsiden, og studentene jeg hadde vært i kontakt med angående publisering på

kullsidene ble bedt om å minne kullkollegaer på undersøkelsen. Dette ble gjentatt et par uker senere. Totalt ble purringer publisert to ganger.

### ***Deltakerne i studien***

De 20 deltakerne i undersøkelsen var et selvselektert bekvemmelighetsutvalg rekruttert via Facebook-grupper for studenter ved profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen. Ved deaktivering av undersøkelsen 05.03.2020 hadde lenken vært åpnet 368 ganger, 65 hadde besvart noen spørsmål, mens 20 personer hadde fullført hele undersøkelsen. Kun de som hadde fullført hele undersøkelsen ble inkludert som deltakere. Syv av deltakerne hadde skrevet historie på bakgrunn av historiestamme 1 mens 13 deltakere hadde skrevet på bakgrunn av historiestamme 2. Det antas at grunnen til at fordelingen ikke ble 50/50 er antallet som åpnet lenken uten å fullføre undersøkelsen. Historiene varierte i lengde fra 76 til 451 ord, med et gjennomsnitt på 232,8 ord per historie. Alle deltakerne som fullførte undersøkelsen krysset av for at de er studenter ved profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen. 17 deltakere oppga at de er kvinner mens de resterende tre krysset av for at de er menn.

### **Analyse av datamaterialet**

Historiene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse da denne metoden egner seg til å identifisere mønstre på tvers av historiene (Clarke et al., 2017). Arbeidet med den tematiske analysen fulgte fremgangsmåten som beskrevet av Braun og Clarke (2006). Disse fasene er: 1) Gjøre seg kjent med dataene, 2) Skape første kode, 3) Søke etter tema, 4) Re-evaluering av temaene, 5) Definere og navngi temaene og 6) Produsere rapport (Braun & Clarke, 2006).

Arbeidet med å bli kjent med dataene (fase 1) foregikk parallelt med innsamlingen av historiene ved at jeg fulgte med på innsamlingen av historiene. I denne fasen ble det tydelig at antallet besvarelser ikke ville nå opp til det ønskede antallet. På bakgrunn av dette avgjorde jeg at grunnlaget for en sammenlignende analyse mellom historiene som svarte på de ulike

stammene var for tynt til at dette ville kunne være analysens fokus. Når datainnsamlingen var avsluttet ble alle historiene lest gjennom flere ganger. I løpet av denne prosessen ble innledende tanker og ideer notert ned for at dette skulle kunne brukes til å veilede utviklingen av koder.

I arbeidet med å skape første koder (fase 2) ble programvaren NVivo 12.6.0 benyttet som hjelp til å organisere kodingsarbeidet. NVivo er et program som brukes til å organisere og analysere kvalitative data (QSR International Pty Ltd., u.å.). I denne fasen skal forskeren produsere de første kodene fra datasettet. Her identifiseres egenskaper ved dataene som er interessante. En kode er "det mest grunnleggende elementet ved rådataene som kan vurderes opp mot fenomenet som undersøkes» (Boyatzis, 1998: 63 i Braun & Clarke, 2006). I dette arbeidet var det et poeng å ikke forenkle datasettet, men heller få frem motsetninger og så mange koder som mulig for å ikke snevre inn datasettet for tidlig. I denne fasen identifiserte jeg 303 ulike koder i historiene, der mange av dem, ved nærmere gjennomgang, viste seg å referere til det samme. For eksempel hadde jeg 18 ulike koder som refererte til en form for mistillit til behandlingen Lisa hadde gått gjennom.

I fase 3 skal kodene analyseres og undersøkes for å finne overordnede temaer. I løpet av denne fasen vurderte jeg kodene opp mot forskningsspørsmålet og samlet dem i overordnede grupper basert på fellestrekk. Tanker jeg opplevde å få i møte med historiene ble sjekket opp mot kodegruppene, med et fokus på å finne gjennomgående temaer og fellestrekk. Sammenhengen mellom funnene ble utforsket ved hjelp av tankekart som visualiseringsteknikk. I denne fasen ble ulike konstellasjoner av temaer og undertemaer prøvd ut, for eksempel ble funnene tentativt kategorisert som et kontinuum mellom «Sykdom» og «Allemennmenneskelighet».

Fase 4 begynner når forskeren har forslag til temaer, og omhandler den videre utmeislingen av disse (Braun & Clarke, 2006). Her bør temaene vurderes opp mot intern



homogenitet og ekstern heterogenitet - begreper Patton (1990) benytter for å beskrive at et tema bør ha innbyrdes samsvar samtidig som det skiller seg fra de andre temaene (Braun & Clarke, 2006). I denne fasen ble temaene bearbeidet og vurdert opp mot kodene og mot det opprinnelige datasettet. I dette arbeidet beveget jeg meg frem og tilbake mellom fase 3 og 4 over flere runder. Historiene ble gjennomlest på nytt flere ganger, ulike sammensetninger og konstellasjoner ble vurdert, temaer ble omorganisert, slått sammen, adskilt og forkastet. Mot slutten av denne fasen ble hele datasettet fargekodet opp mot temaene for å visualisere om temaene synes å summere funnene på en god måte.

Når temaene synes å sammenfatte funnene på en måte som gjenspeilet det som fremkom av historiene, ble temaene og undertemaene definert og navngitt (fase 5). For hvert tema skrev jeg en detaljert analyse med funnene eksemplifisert i form av sitater fra historiene. Sitatene har en kode som viser hvilken historie det kommer fra. Det første tallet i koden refererer til historiestammen (1 eller 2) deltakeren ble presentert. Jeg valgte å rapportere frekvensen av funnene da dette er vanlig i historiefullføringsmetoder (Clarke et. al, 2017). Avslutningsvis ble funnene presentert i den skrevne rapporten (fase 6).

### **Etiske vurderinger i gjennomføringen av prosjektet**

Det er ofte færre etiske betenkeligheter med historiefullføring enn med kvalitative selv-rapporteringsmetoder (Clarke et al., 2017). Dette kommer blant annet av at deltakerne blir bedt om å finne på en fiktiv historie istedenfor å dele av egen faktiske livserfaring. Avstanden mellom deltakerne og det innsamlede materialet er slik større, og det er derfor rimelig å anta at deltakerne vil oppleve mindre psykologisk påkjenning av å delta i historiefullføringsprosjekter enn i for eksempel intervjuer (Clarke et al., 2017).

Informasjon om undersøkelsen og samtykke ble gitt før deltakerne gikk i gang med utfyllingen av undersøkelsen, og kontaktinformasjon til oppgavens forfatter ble gitt både i forkant og etterkant. Før deltakerne gikk i gang med utfyllingen av undersøkelsen ble de

informert om undersøkelsens mål og omfang. Tvetydig informasjon innebygd i historiefullføring som design, og deltakerne fikk derfor ikke full innsikt i oppgavens mål. Informasjonen ble av den grunn gitt i generelle termer, men med nok informasjon til at det er rimelig å anta deltakelse som informert og frivillig. Samtykke ble beskrevet som gitt dersom deltakeren valgte å gå i gang med undersøkelsen. Deltakerne ble informert om at deltakelse var anonymt og at de kunne trekke seg når som helst ved å lukke nettleseren før de hadde levert besvarelsen.

Tvetydig informasjon og bevisst tilbakeholdelse av informasjon går per definisjon imot det etiske prinsippet om informert samtykke (Fossheim, 2015). Dette ble, i nøye samråd med veileder og biveileder, vurdert som nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen. Da deltakerne hadde mulighet til å avslutte undersøkelsen uten konsekvenser, anses det som at deltakerne som valgte å sende inn spørreskjemaet opplevde å ha fått god nok informasjon til å ta et bevisst valg om deltakelse. Det er likevel viktig å være klar over at bruken av tvetydig informasjon kan oppleves ubehagelig. En deltaker skrev i kommentarfeltet:

“Jeg ble usikker på om det er noe som fiskes etter, og kunne gjerne fått mer informasjon om hensikten med undersøkelsen. Er det for å undersøke studenter sin holdning til emosjonelt ustabil PF? Tro på behandling? Jeg ble usikker på hensikten og hvordan mitt bidrag vil bli tolket” (Anonym deltaker, 2020).

Denne kommentaren beskriver en tvil knyttet til hvordan bidraget ville bli tolket. Dette kan ses i sammenheng med at undersøkelsen etterspør informasjon som vil anses som faglig relevant for deltakerne. Det kan derfor hende at studentene som deltok kunne oppleve at undersøkelsen prøvde å undersøke noe om studentenes faglige kunnskap eller integritet. Det kan som psykologstudent, der man gjennom hele studiet blir vurdert opp mot om man er skikket til å være psykolog (Kunnskapsdepartementet, 2006), oppleves ubehagelig å skulle føle seg “testet” på noe tilhørende eget fagfelt uten å oppleve at man har all tilhørende

informasjon. Deltakerne ble ikke opplyst om at jeg som forskningsleder har hatt egenerfaring med EUPF. Likevel er det mulig at noen av deltakerne var klar over dette ettersom jeg har vært åpen om min historie. Dette vil kunne ha medført en økt usikkerhet med tanke på hvordan historiene ville bli tolket av meg. Fordi deltakergruppen er del av en populasjon som er vant til å både delta i og utarbeide forskningsprosjekter vil det likevel være rimelig å anta at de vil kunne tåle dette ubehaget i møte med denne oppgaven.

### **Refleksivitet: forskeren som delaktig**

Innen all kvalitativ forskning vedkjennes forskeren som delaktig, blant annet i form av å bære seg selv med inn i analysen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Viktigheten av å være klar over hva forskeren selv har med seg inn i et prosjekt gjenspeiles i begrepet om refleksivitet (Finlay, 2002). Refleksivitet kan defineres som forskerens selvbevissthet knyttet til hvordan egen subjektivitet spiller inn i tolkningen av datamaterialet (Finlay, 2002). Subjektivitet vil alltid spille inn i forskning, og refleksivitet beskrives som en måte å snu dette fra et problem om til en styrke, ved at forskeren holder seg åpen og bevisst i møte med materialet og deltakerne (Finlay, 2002; Veseth, Binder, Borg & Davidson, 2017). Begrepet åpner slik også for muligheten til å anse førstehåndserfaringer med psykisk lidelse som en styrke i forskningen, fordi objektivitet aldri vil være mulig å oppnå (Veseth et al., 2017).

Det er flere ting jeg antar vil ha påvirket mitt møte med denne oppgaven. Ved å være sisteårsstudent på psykologstudiet ved UiB har jeg selv vært gjennom det samme utdanningsløpet som deltakerne, og jeg kjenner kanskje også noen av deltakerne. Jeg har videre jobbet med sårbar ungdom i tre år, og har i den sammenheng hatt kontakt med ungdommer med symptomer sammenfallende med EUPF. I tillegg til disse erfaringene har jeg altså egenerfaring med å selv ha hatt, og jobbet meg ut av, EUPF. Denne diagnosen ble satt i 2009, og jeg gikk i behandling for dette i litt over tre år ved Avdeling for

Personlighetspsykiatri ved Ullevål sykehus i Oslo. Jeg har etterstrebet å være min egen refleksive holdning bevisst ved å kontinuerlig vurdere egen rolle i møte med temaet og dataene, og ved å være tydelig på egne forutsetninger og forforståelser. For å være bevisst egne reaksjoner som oppstod i arbeidet med oppgaven valgte jeg å skrive refleksjonsdagbok.

For meg har møtet med dette temaet slik opplevdes som en slags trippelrolle - jeg er forskeren, jeg kunne vært deltaker på bakgrunn av kriteriene for deltakelse, og jeg har selv førstehåndserfaring med diagnosen som er tema for undersøkelsen. I arbeidet med denne oppgaven har det vært en kontinuerlig introspektiv prosess å anse denne erfaringen som en styrke heller enn noe jeg burde kontrollere for. Dette arbeidet fremkommer for eksempel i dette innlegget i refleksjonsdagboken:

Når jeg leser disse historiene om hvordan kollegene mine ser for seg sårne som meg (personer som har hatt en EUPF-diagnose), så føler jeg meg mer som en del av et «dem» heller enn et «oss». Eller kanskje som om jeg vinger mellom å være pasient og «vanlig», fremdeles. Og jeg får lyst til å si imot! Si at «mitt liv handler også om hva jeg skal ha på meg i morgen og om jeg har nok kaffe til å skrive oppgave en dag til». Jeg setter liksom meg selv i Lisas sko? Og vil krangle som om det er meg historiene handler om. For jeg husker disse delene av et sykt liv der jeg ble minnet på det å være menneske, og hvor viktig det var: Miljøarbeideren med gitar eller hun som varmet melk til meg når jeg ikke fikk sove, eller rosine mamma og pappa tok med hver gang de kom fordi jeg av en eller annen grunn hadde hengt meg opp i rosiner og det var helt tydelig at de ikke visste hva de skulle gjøre eller hvordan, men at de likevel prøvde å prøve litt, liksom. Hva betyr det egentlig å være frisk? (Egne refleksive notater, 2020)

## Resultat

Analysen fant ingen systematiske forskjeller mellom historiene på bakgrunn av hvilken historiestamme de hadde blitt presentert med. Det eneste var at tre av syv historier som ble presentert med historiestamme 1 direkte gjentok symptombeskrivelsene i historiestammen (å søke nærhet samtidig som kaotiske følelser, frykt for avvisning og en opplevelse av å være annerledes vanskeliggjør nettopp relasjoner til andre). Dette forekom ikke i noen av de 13 historiene som ble presentert med historiestamme 2 der symptomene beskrives mer «tradisjonelt» (manipulerende, ustabil, impulsiv og fiendtlig). Grunnet lite utvalg (20 historier) og den skjeve fordelingen i antall historier skrevet på bakgrunn av de ulike stammene (syv historier fra historiestamme 1 og 13 historier fra historiestamme 2) var det ikke flere funn på bakgrunn av sammenligning mellom hvilken historiestamme deltakerne var presentert med.

De innsamlede historiene var forskjellige på flere ulike punkter. Noen var skrevet som eksamensoppgaver, andre var historier/fortellinger og andre igjen var mer prognostiske vurderinger av Lisa. Én oppgave ble skrevet som om forfatteren var Lisas behandler. I flere av historiene (7/20) hadde forfatteren inkludert sin egen stemme som «jeg»-person, gjerne for å beskrive en usikkerhet rundt egne vurderinger, eller forfatterens ønsker for Lisas fremtid. Uavhengig av format hadde de fleste (17/20) av historiene en narrativ utvikling, med beskrivelse av Lisas endring fra tidligere, gjennom terapi frem mot slik hun har det nå.

Noen av historiene (4/20) refererte direkte til forfatterens usikkerhet rundt å skulle gi noen prediksjon om Lisas liv i det hele tatt. For eksempel skrev én deltaker: «Det er vanskelig å se for seg hvordan livet til Lisa vil være. Kanskje er det bedre enn før, kanskje er det ikke det, kanskje er det verre» (Historie 2.12). Historiene viste en tydelig, og noen ganger eksplisitt, omsorg og empati for Lisa. En deltaker skrev for eksempel:

Jeg håper og ser for meg at selv om hun gjerne kan føle på mye av den samme smerten og oppleve vanskelige relasjonelle hendelser så forstår hun seg selv litt bedre og har

kanskje en annen forståelse og flere ord å ta i bruk når hun reflekterer omkring hvorfor nettopp hun har det på den måten hun har det (Historie 1.2).

På bakgrunn av den tematiske analysen har jeg valgt å formulere fire temaer som svarer på hvordan Lisas liv beskrives i historiene. Disse har jeg valgt å kalle (1)*Bedringsmistro* - «Jeg tror at Lisas liv fortsatt vil oppleves som vanskelig for henne», (2)*Terapitillit* - «Man kan jo selvfølgelig håpe at hun fortsetter i terapi, til tross for at vi har lært at personlighetsforstyrrelser er noe av det vanskeligste å behandle som psykologer», (3)*Abnormalitet* - «Ideelt sett tenker jeg at Lisa kunne profittert på kommunal oppfølging av psykiatrisk sykepleier, eller deltakelse i aktivitetshus hvor hun kan møte andre i lignende situasjon som henne selv» og (4)*Fellesmenneskelighet* - «Alle mennesker har jo sine ting som de må jobbe med»

De tre første temaene oppsummerer beskrivelser av Lisas liv ut ifra diagnosen EUPF. Beskrivelsene hadde fokus på Lisas videre vansker og et liv preget av symptomene vanlige for folk med denne diagnosen. Lisa ble beskrevet som å ha, eller ha behov for, kontakt med videre hjelpetjenester, og bedring ble beskrevet som midlertidig og mangelfull. Det fjerde temaet oppsummerer beskrivelser med et fokus på Lisas forhold til seg selv og beskriver fellesmenneskelige mål. Frekvensen av beskrivelser knyttet til det siste, fjerde temaet var klart færre enn de tre første. Til tross for at de fleste historiene (13/20) hadde innslag av beskrivelser sammenfallende med dette temaet er det kun to historier som har dette som hovedfokus.

### **Bedringsmistro - «Jeg tror at Lisas liv fortsatt vil oppleves som vanskelig for henne»**

Dette temaet ga jeg navnet *Bedringsmistro* fordi det oppsummerer beskrivelser av Lisas bedring som mangelfull og sannsynligvis ikke varig. Et sentralt poeng innen dette temaet var beskrivelser av at Lisa vil fortsette å ha det vanskelig fremover. Vedvarende vansker knyttet til relasjoner og emosjonell håndtering samt beskrivelser av ustabilitet,

impulsivitet og dårlig selvfølelse var gjennomgående ved at beskrivelser av dette fremkom i 16/20 av historiene. Selvskading, spiseproblematikk og komorbide vansker knyttet til isolasjon, depresjon og angst ble trukket frem som mulige problemer fremover. Dette eksemplifiseres i følgende sitat: «Det kan være hun opplever ustabile relasjoner, selvskading, innleggelse på akuttmottak, samt overveldende og vekslende følelsesliv» (Historie 2.12). Lisas liv fremover ble slik beskrevet som preget av vansker som er nært knyttet opp mot de diagnostiske kriteriene for EUPF. Dette viste også en manglende tro på at hun vil kunne bli bedre. Beskrivelsene av videre vansker i Lisas liv er tegn på en bedringsmistro, der reell bedring i form av å ikke lenger innfri de diagnostiske kriteriene ikke anses som mulig. Slik fremkom en konstruksjon av personens liv uten muligheten for ekte bedring, selv om behandlingen var avsluttet. I tillegg til at Lisas liv ble beskrevet ut ifra symptomene knyttet til EUPF-diagnosen ble det også nevnt eksplisitt i historiene at Lisa vil oppleve å ha det vanskelig fremover. Følgende sitat fulgte etter en liste med sannsynlige vansker:

Oppsummert er det altså mye som kan bli vanskelig for Lisa fremover. Det finnes behandling, men de fleste opplever å slite i ettertid. Likevel vil det være et verktøy å ha innsikt i egne vansker, ulike årsaker til at de oppstod, og hvordan hennes atferd kan påvirke andre. (Historie 1.1)

I de fleste historiene (17/20) ble det omtalt en viss form for bedring, men denne ble ofte beskrevet som midlertidig, der symptomene ble antatt å komme tilbake. Dette viser en usikkerhet med tanke på varigheten av bedringen, der tilbakefall må påregnes til tross for at personen viser bedring på nåværende tidspunkt. I en historie kom dette frem slik:

I de neste årene vil forhåpentligvis Lisa oppleve en videre bedring, men sannsynligheten for at hun igjen vil oppleve perioder eller «tilbakefall» til et atferdsmønster preget av impulsivitet og ustabilitet. (Historie 2.10).

Selv i historiene med et optimistisk syn på Lisas bedring ble dette ofte (15/20) beskrevet som teknikker eller verktøy Lisa har lært seg for å holde kontrollen over symptomene. I noen historier (5/20) ble det eksplisitt beskrevet at de egentlige og underliggende vanskene ville vise seg igjen når situasjonen oversteg disse teknikkene. Dette viste til en bedringsmistro med tanke på dybden av bedringen, der de egentlige vanskene forblir uendret og at problemene derfor vil kunne gjenoppstå på et senere tidspunkt. Følgende sitat er et eksempel på dette:

Ser for meg, om hun har arbeidet med å håndtere engstelse at hun muligens opplever at dette kan ha hjulpet, og at hun kanskje overordnet opplever bedring helt til de grunnleggende vanskelige tingene dukker opp igjen. (Historie 1.5).

Sitatet viser også forsiktighet i prediksjonen, i og med bruken av «om», «muligens» og «kanskje» for å beskrive Lisas mulige bedring. Samtidig påpekes at denne bedringen holder seg på et overfladisk plan frem til de egentlige og underliggende vanskene dukker opp igjen.

Mitt inntrykk i møte med historiene var at bedringen antas å kunne oppstå på et symptomnivå ved at det er mulig å lære teknikker for å holde disse i sjakk, mens faktisk endring på et plan som «treffer» selve personlighetsforstyrrelsen virker vanskelig å oppnå. I tillegg fremkom det en konstruksjon av bedring som knyttet til evnen til å regulere og ha kontroll over negative emosjoner og impulser. Dette sitatet eksemplifiserer dette:

Hun kjenner ofte på følelser av sinne, tristhet og rastløshet, som fortsatt føles vanskelig å kontrollere til alle døgnetts tider. Hun håper å fortsette symptombedring, men merker at det er slitsomt å holde egne impulser og følelser under kontroll til enhver tid. (Historie 2.9).

Manglende bedringstro fremkom også i form av prognostisk pessimisme. I noen historier (5/20) ble det eksplisitt skrevet at EUPF er svært vanskelig å bli bra av, eller det ble referert til antatt livstidsvarighet av diagnosen. Én deltaker skrev: «En slik personlighetsforstyrrelse kan bedres, men vil trolig følge Lisa gjennom hele livet» (Historie 2.7).



I lesningen av historiene fremkom altså Lisas bedring som midlertidig og mangelfull. Dette var både i form av fortellinger der vanskene fortsatt var tilstede i hennes liv og der de kom tilbake etter at det har gått litt tid.

**Terapitillit - «Man kan jo selvfølgelig håpe at hun fortsetter i terapi, til tross for at vi har lært at personlighetsforstyrrelser er noe av det vanskeligste å behandle som psykologer»**

Det andre temaet ga jeg navnet *Terapitillit* for å oppsummere hvordan terapi i historiene ble beskrevet som positivt og nyttig, også i historiene som beskrev manglende tiltro til bedring. Tiltro til terapeutisk effekt var gjennomgående i historiene, og terapi ble beskrevet på ett eller annet plan i alle historiene. I en historie ble effekten av terapien beskrevet som så sterk at dette i seg selv kan skape problemer for Lisa:

Jeg ser for meg at Lisa sitt liv potensielt kan oppleves som vanskelig å håndtere basert på at hun er nødt til å lære seg å se verden gjennom nye ervervede briller. Jeg tenker at det å gå gjennom behandling kan være verdensomveltende. (Historie 2.4).

Denne terapitilliten ble ofte supplert med bedringsmistroen beskrevet i hovedtema 1. Til tross for at historiene var pessimistiske med tanke på muligheter for ekte bedring beskrev flere et uttalt ønske eller anbefaling om at Lisa burde fortsette i terapi. Denne dobbeltheten var gjennomgående i flere historier. Positive beskrivelser av terapi eller beskrivelser av at terapien burde vært fortsatt ble koblet med beskrivelser av bedring som lite sannsynlig. Dette viser til positive forestillinger om terapi uavhengig av pasientens bedring. I en historie ble dette beskrevet slik:

Man kan jo selvfølgelig håpe hun fortsetter i terapi, til tross for at vi har lært at personlighetsforstyrrelser er noe av det vanskeligste å behandle som psykologer. Hvis hun derimot avslutter behandlingen, tror jeg ikke nødvendigvis hun får det så lett. (Historie 1.3).

Beskrivelsene av terapi var i all hovedsak positive, og Lisas positive utbytte av terapi ble beskrevet i 19 av 20 historier. Følgende sitat eksemplifiserer dette: «Erfaringene fra terapien hun fikk har hjulpet henne til å se på psykoterapi som nyttig når man kjenner at problemene i livet blir litt for utfordrende til at man kan orke å stå i det alene» (Historie 1.6). Den positive effekten ble her beskrevet som å oppstå på bakgrunn av relasjonen til terapeuten eller på grunn av teknikkene terapien har lært Lisa. Slik oppleves Lisa som noe passiv. Den relasjonelle effekten av terapien ble i historiene beskrevet som å komme i form av god allianse, en opplevelse av å bli hørt og stabilitet i relasjonen. Teknikkene Lisa lærer seg i terapien ble beskrevet som å hjelpe henne med å håndtere symptomene knyttet til EUPF, som ble antatt å fortsatt være tilstede i Lisas liv. Det følgende sitatet er et godt eksempel på terapitilliten som fremkommer i historiene:

Det føltes godt å bli forstått av et annet menneske, hvor hun kunne teste grenser og fremdeles bli møtt med varme og nysgjerrighet, det var en erfaring hun hadde få av fra før av. Det ga henne tro på at mennesker kan forstå. Teknikkene terapeuten hadde gitt henne ga henne verktøy for bedre å forstå omgivelsene, andre mennesker og situasjoner hun tidligere ville reagert med å gå i svart. Lisa har enda perioder hvor hun trekker tilbake mot gammel tanke- og væremåte, men klarer oftere stoppe seg selv fra utsiden og benytte seg av mentale huskelapper som hun jobbet med etter timene med terapeut. (Historie 2.2).

Et poeng jeg merket meg i lesningen her er hvordan det ble beskrevet at teknikkene Lisa har fått i løpet av terapi gjør at hun kan stoppe seg selv fra utsiden - nesten som om det er terapeuten som aktivt regulerer henne også utenfor terapirommet.

Selv om de fleste historiene beskrev terapi som positiv, ble Lisas opplevelse av terapien beskrevet som negativ i én historie. Terapiavslutningen ble beskrevet med grunnlag i dette:

Hun hadde sagt til psykologen at hun ikke ønsket å gå der lenger fordi det krevde veldig mye av henne og hun følte seg alltid så dårlig etterpå. Hun følte ikke at han hørte eller så henne, og egentlig at han ikke likte henne. Hun følte ofte at folk ikke likte henne. Etter timene hos psykologen hadde hun blitt enda mer usikker og redd for å ta kontakt med folk, selv om hun mer enn noen gang ønsket å snakke med noen og få støtte. (Historie 2.1)

Mot slutten av denne historien ble det beskrevet at Lisas venner og familie forsøker å oppfordre Lisa til å gjenoppta kontakten med terapeuten igjen, men at Lisa selv opplever dette som en avvisning: «Lisa på sin side vil ikke tilbake til psykolog, da hun bare følte at det ble verre sist, og lurer på hvorfor de vil at hun skal betale noen for å høre på henne, kan ikke de bare høre henne?» (Historie 2.1).

I flere historier (9/20) fremkom det et syn på terapeuten, og noen ganger også forfatteren, som autoritet. Lisas beslutning om å avslutte terapi ble stilt spørsmålsteget ved, gjerne begrunnet med at avslutningen var Lisas avgjørelse. Det ble uttrykt et ønske om at Lisa skulle fortsette terapien, eller at terapien skulle gjenopptas på et senere tidspunkt. I en historie stod det: «Hun mener hun er inne i en god periode og vil fortsette dette på egen hånd. En videre behandling ville vært å foretrekke, for å sikre stabilitet.» (Historie 2.9). Dette kan tolkes som en mistillit til Lisas evne til å ta beslutninger om egen helsetilstand i tillegg til tiltro til at terapi vil være det beste for henne fremover.

I tre historier ble selve avslutningen av terapi ansett som et mulig symptom på at Lisas vansker fortsetter. Dette sitatet er et eksempel på dette:

Kan være at vanskene dukker opp igjen, for eksempel i nye nære relasjoner eller at selve bruddet med terapeuten er knyttet til Lisa's relasjonelle vansker - om det er tilfellet kan det være at hun ønsker å gjenoppta terapien etter det har gått en liten stund. (Historie 1.5).

Det kan slik virke som om Lisa ble fanget av egne symptomer - hennes ønske om å avslutte terapien blir i seg selv et bevis på videre vansker, og bare hun innser dette vil det være mulig at hun ønsker å fortsette i terapien likevel. I en historie ble avslutningen av terapi beskrevet som å komme av Lisas manglende vilje til endring:

Jeg ser for meg at hun sluttet i behandling fordi hun opplevde at terapeuten ikke lenger var på "hennes side" og at den endringen terapeuten ønsket ikke var noe hun selv ønsket. Hun var ikke motivert for denne endringen fordi det ville tilsi at det var hun selv det var noe galt med. (Historie 2.10).

Det kan slik virke som om terapitillitten opp mot bedringsmistro er såpass sterk at selve handlingen å avslutte terapi fra pasientens side må være et symptom på fortsatt sykdom.

Flere historier (13/20) beskrev at Lisa i løpet av det neste året gjenopptar kontakten med helsevesenet eller terapeuten. Dette begrunnes med at Lisa fremdeles opplever symptomer, som eksemplifisert i dette sitatet: «Fremover vil hun oppsøke helsehjelp, fordi hun er redd for å miste selvkontroll og falle tilbake i impulsive og manipulerende mønstre, og opplever dette som belastende i hverdagen.» (Historie 2.9). En annen historie beskrev at Lisa overveier å gjenoppta kontakten slik: «I ettertid har hun vurdert å ta opp igjen kontakten fordi hun tenker det kan være mer å lære, og enklere å utforske dette med en terapeut hun delvis stolte på.» (Historie 2.2). I det siste sitatet fremkom terapi som en dragningsfaktor på grunn av muligheten for videre utvikling, mens det første sitatet i større grad viste til Lisas vansker som en faktor som skyver henne i retningen av terapien. I historiene var det gjennomgående at en eventuell beslutning om å gjenoppta terapi ble beskrevet som en god og positiv avgjørelse, ikke bare for Lisa, men også for menneskene rundt henne: «Menneskene rundt Lisa har vært veldig fornøyde med utviklingen. De synes hun er lettere å forholde seg til. De er positive til at hun tar kontakt med terapeuten igjen.» (Historie 2.2).

Tilliten til terapiens effekt og terapeutens autoritet viste seg på ulike måter gjennom historiene, til tross for at troen på bedring er laber. I min lesning av historiene ble jeg på bakgrunn av dette sittende med et inntrykk av Lisa som passiv i egen bedring, mens terapeuten og terapien er den aktive og drivende parten for bedringen som omtales. Lisas beslutning om å avslutte terapi ble i flere historier trukket i tvil på bakgrunn av at hun selv tok denne avgjørelsen. Iblant ble dette ansett som et symptom i seg selv, og i flere historier ble det antatt at bedringen hun til nå har opplevd vil avta etter avslutningen av terapien og at hun vil ønske å gjenoppta terapien på et senere tidspunkt. Det kan slik virke som om Lisas vurderinger av egne behov anses som mindre stabile og gyldige sett opp mot en terapeuts vurderinger.

**Abnormalitet - «Ideelt sett tenker jeg at Lisa kunne profittert på kommunal oppfølging av psykiatrisk sykepleier, eller deltakelse i aktivitetshus hvor hun kan møte andre i lignende situasjon som henne selv»**

Tema 3 fikk navnet *Abnormalitet* fordi det viser til beskrivelser av Lisas liv som annerledes og sykt. Et sentralt poeng i dette temaet var beskrivelser av Lisas liv som tar utgangspunkt i diagnosemerkelappen EUPF. Dette viste seg i historiene på ulike måter. I noen historier ble livet hennes beskrevet som direkte påvirket av diagnosen. I andre fremkom det i beskrivelser av en hverdag preget av annerledeshet. Temaet tar for seg beskrivelser av Lisas liv ut ifra deltakernes kunnskap og forståelse av diagnosen, og viser til at Lisas liv anses som tett sammenknyttet med diagnosen.

Flere historier (13/20) refererte direkte til diagnostiske kriterier eller typiske symptomer for lidelsen. Slik ble Lisas liv satt i tydelig sammenheng med lidelsen, samt at Lisa virket å bli beskrevet med utgangspunkt i diagnosen. I to historier ble diagnosen eksplisitt beskrevet uten å knyttes til Lisas liv, men på et akademisk og overordnet plan. I min gjennomgåelse av historiene fremstår det som at deltakernes konstruksjon av Lisas liv er

nærmest uadskillelig fra deres egen kunnskap om EUPF. Det følgende sitatet er et eksempel på dette:

Personlighetsforstyrrelsen kjennetegnes av et varig mønster av intense emosjonelle svingninger, og impulsiv atferd uten konsekvenstenkning. Humøret er ofte svingende og uforutsigbart, og man har ofte liten evne til å planlegge framover. Relasjoner til andre mennesker kan være problematiske. (Historie 1.1)

I fem historier ble stigmaet knyttet til diagnosen EUPF nevnt. Stigmaet ble referert til som velkjent, og historiene beskrev de negative konsekvensene dette stigmaet kunne ha på Lisas selvoppfattelse. I historien som beskrev Lisas negative opplevelse av terapi fremkom dette slik: «Hun hadde lest litt om diagnosen han hadde satt og det virket ikke som om folk likte mennesker med denne diagnosen.» (Historie 2.1). Stigmaet ble også knyttet til skamfull selvopplevelse i dette sitatet: «Samtidig føler Lisa på mye skam rundt hennes diagnose, hvor hun føler det er hun selv som har skyld i alt negativt hun har opplevd i løpet av livet.» (Historie 2.9).

En del (9/20) historier nevnte allmennmenneskelige og dagligdagse deler av Lisas liv som påvirket av symptomene på EUPF. Kjæreste-, venne- og familierelasjoner ble beskrevet som ustabile og vanskelige for Lisa å opprettholde og forstå. Skole, jobb og studier ble beskrevet som vanskelig for Lisa å delta i, og det fremkom at hun hadde hatt behov for særlig oppfølging på disse arenaene. Det ble beskrevet i 6 historier at Lisa ville trenge videre oppfølging fra helsevesenet eller NAV. Slik virket Lisas liv å være konstruert ut ifra en antagelse om et vedvarende hjelpebehov, med rammer satt av diagnosen. Dette sitatet er et eksempel på dette:

Avhengig av faktorer som for eksempel motivasjon, intelligens, resiliens og nettverk, ser jeg for meg at hun kan fungere i studier, jobb, trening, samt sosiale og

romantiske relasjoner. Mulig hun får oppfølging og støtte fra 1. linjetjenesten (NAV, psykisk helse og rus team, fastlege) og går på psykofarmaka. (Historie 1.4).

Påvirkningen av diagnosen ble også beskrevet utenfor behandlings- og hjelpesystemet, ved at Lisas relasjoner ville være vanskelige fremover. I en historie beskrives Lisas måte å forholde seg til andre på slik:

Det hendte til stadighet at hun kom med spydige kommentarer eller skremte andre bort. Hun hadde fremdeles vansker med å se at denne form for handling gjorde at andre trakk seg unna henne. Dette var for vanskelig for Lisa og ta innover seg så hun pleide heller å fortelle seg selv at "de fortjente det" eller at alle andre er idioter.

(Historie 2.11).

Sitatet beskriver en fiendtlighet hos Lisa i møte med andres reaksjoner på hennes egen atferd som både følger av og fører til manglende innsikt og endring. At forståelsen av Lisas liv konstrueres med utgangspunkt i diagnosen fremkom også i historier med et optimistisk syn på Lisas fremtid. I en historie ble Lisas bedring og kjæresteforhold beskrevet slik:

Lisa har innimellom «utbrudd» av impulsivitet, særlig knyttet til pengebruk. Alkohol- og rusvanene til Lisa nærmer seg nå det som kan kalles normale. Dette henger også noe sammen med at Lisa har fått ny kjæreste som smitter sine sunne vaner over på henne. Hun legger mye arbeid i å bevare denne kjæsterelasjonen, da det etter Lisa å bedømme er en god relasjon. Dette er det lengste forholdet Lisa har hatt så langt i livet, og hun kjenner mestring i å klare og bevare denne relasjonen uten særlig ustabilitet. Lisa kjenner fortsatt gamle reaksjonsmønstre trengte på, men er åpen med kjæresten om dette og får forståelse. (Historie 2.7)

Sitatet viser en positiv tro på Lisas forhold, samtidig som Lisa selv ble beskrevet på en måte som setter henne opp mot den velfungerende kjæresten. Til tross for at Lisa opplevde mestring og jobber hardt for forholdet, befant hun seg likevel i en posisjon der hun må bli gitt

forståelse fra kjæresten. I og med at hennes nå nært normale vaner anses å ha smittet over på henne fra kjærestens sunne vaner opplevde jeg Lisa som passivisert i denne beskrivelsen.

Diagnosen ble beskrevet som å påvirke Lisas liv på ulike måter gjennom historiene. Det var gjennomgående et fokus på at diagnosen innrammer Lisas liv. Slik virket det som at forståelsen av Lisas liv ble konstruert ut ifra diagnosen, og at Lisas liv også fremover ble vurdert ut ifra en sykdomsmodell på psykisk lidelse.

### **Fellesmenneskelighet - «Alle mennesker har jo sine ting som de må jobbe med»**

Det fjerde hovedtemaet *Fellesmenneskelighet* viser til allmennmenneskelige og hverdagslige beskrivelser av Lisas liv. Et sentralt poeng i dette temaet er fokus på Lisas forhold til seg selv og beskrivelser av livet hennes ut ifra et fellesmenneskelige perspektiv. Det er færre funn knyttet til dette temaet enn de foregående. Likevel hadde mange (13/20) av historiene innslag av beskrivelser som faller inn under dette temaet.

Slike beskrivelser fremkom der Lisas liv ble beskrevet med et fokus på generelle, allmenne behov og fokuspunkter, og der bedring ble beskrevet ut ifra normale, hverdagslige ting. I en historie ble dette beskrevet slik: «Lisa går på et studie, og mestrer dette godt. Hun kjenner i blant på intens engstelse, men klarer å håndtere dette i hverdagen. Enkelte dager er tyngre enn andre, men det går stort sett greit.» (Historie 1.7). Denne beskrivelsen fremla et vanlig liv med gode og dårlige dager som håndteres, og viste slik til en fellesmenneskelighet også i dager med motstand.

Det fellesmenneskelige i livets opp-og nedturer fremkom også i beskrivelser som virket å knytte Lisas nå bedrede vansker til vanlige svingninger alle kan kjenne seg igjen i. To eksempler på dette er:

Hun opplevde å ha det fint sammen med andre når hun hadde en "god dag" og kunne da ta på seg masken og være både sjarmerende og morsom. Dersom Lisa imidlertid hadde sovet lite, kranglet med moren, eller hatt store følelsesutbrudd hadde hun



mindre å gå på. I disse stundene kunne hun være svært irritabel og lett bli sint på andre.» (Historie 2.11)

Denne allmenngyldigheten av det som kanskje før hadde blitt ansett som et symptom viste seg i en annen historie på denne måten:

De neste årene vil hun starte i ny jobb som sosialarbeider. Der vil hun trives med det høye tempoet i jobben, men vil noen ganger oppleve å bli veldig lei og vurdere å bytte jobb. På fritiden drikker hun seg noen ganger full i helgene selv om hun egentlig ikke hadde planlagt dette, men det skjer ikke like ofte som før, da hun har blitt eldre og ikke drar like mye ut lenger.» (Historie 2.13).

Det fellesmenneskelige i disse sitatene viste seg ved å beskrive hverdagslige opplevelser i vanlige liv. I det første sitatet ble det vist til at Lisa påvirkes av å ha en god eller dårlig dag. Dette kan antas som å være en del av en fellesmenneskelig opplevelse som ikke bare gjelder for Lisa. I det andre sitatet ble det beskrevet at Lisa nå fungerer normalt i en jobb hun ikke liker hver dag, samt at hun iblant drikker mer enn hun hadde planlagt. Dette viste til at Lisa lever et ganske vanlig liv de fleste kan kjenne seg igjen i. I en historie viste det fellesmenneskelige seg i forbindelse med Lisas relasjoner:

Lisa har fått etablert nye relasjoner som oppleves som gode, og venner hun har beholdt har blitt mer åpne, og situasjonen til Lisa føles tydelig mindre anspent. Hun har og kranget mindre med moren sin, og de har planlagt en mor-datter tur til London på nyåret. (Historie 2.9).

Denne beskrivelsen viste til behov og ønsker som anses som fellesmenneskelige: ferie, reise og relasjonelle bånd med foreldre.

Temaet *Fellesmenneskelighet* viser også til beskrivelser av at Lisa tok ansvar for egen bedring og at hun selv var aktiv i mestringen av vanskeligheter som ble beskrevet. I en historie fremkom dette slik:

Lisas liv det neste året ble preget av at hun opplevde mer stabile relasjoner og mestring på flere områder i livet. I familierelasjoner kunne hun det neste året holde en kontakt som føltes passende for både henne og familiemedlemmene, da tidligere hendelser og historie gjør det noe vanskelig å ha nær kontakt. For Lisa var det en lettelse å klare å sette grenser i forhold til familien på en måte som ikke såret henne eller andre. (Historie 2.7)

I dette sitatet tok Lisa ansvar for relasjonen til familien, og tok aktive valg for å håndtere denne. Sitatet viste til at Lisa setter gode grenser, samt at dette gjøres på en måte som oppleves godt både for henne og de rundt henne. At Lisa tar ansvar i relasjoner kom også frem her: «Lisa klarer seg greit i hverdagen etter avslutning med terapeut. Hun har flere gode venner, og opplever utfordringer med disse til tider, men vennene kjenner henne godt, og Lisa har strategier for å mestre noen av sine reaksjoner.» (Historie 1.7). I dette sitatet ble det beskrevet at selv om Lisa har utfordringer har hun støtte i venner som kjenner henne godt og at hun aktivt tar i bruk teknikker for å mestre utfordringer i relasjonene til dem. Dette viste at Lisa mestrer og tar ansvar i relasjoner, til tross for at det også beskrives at hun fremdeles kan ha det vanskelig.

I en historie ble det beskrevet at Lisa ønsket å ta kontakt med terapeuten igjen for å bevise at hun evner å bidra til egen bedring:

Hun vil gjerne vise hvor bra det har gått, særlig fordi hun enda føler ingen heiet på henne, og at hun ofte ble møtt med stigma for diagnosen sin. Det opplever hun enda, men samtidig at hun kan motbevise noe av dette, fordi hun har arbeidet hardt med å bruke nye teknikker og tankemåter aktivt i hverdagen.» (Historie 2.2)

Her fremstod Lisa som selvhevdende. Hun ble beskrevet som i direkte opposisjon mot stigmaet knyttet til diagnosen EUPF, og tar selv ansvar for å skulle motbevise dette ved å jobbe hardt mot bedring. Likevel hang jeg meg fast i ordet «noe» i sitatet, da jeg opplevde at

det betyr at selv hvor hardt hun jobber så vil hun kun kunne motbevise noe av stigmaet. Dette impliserte at det alltid vil henge litt igjen.

Fellesmenneskeligheten kom også frem i form av beskrivelser av at Lisa selv anser egne vansker som del av et vanlig liv heller enn som sykdom. Et godt eksempel fremkom i dette sitatet:

Hun har uansett åpnet seg mer for å snakke om det som er vanskelig slik at hun sammen med kjæresten kan oppklare i hendelsene. Hun kjenner fortsatt at det er utfordrende og tenker at det i tiden fremover kan være lurt å planlegge og legge til rette i hverdagen slik at hun kan skjerme seg selv for unødig psykisk smerte. Men samtidig er hun innstilt på å utfordre seg selv for å vokse som person. Lisa tenker at det alltid vil være utfordringer i livet. Alle mennesker har jo sine ting som de må jobbe med. Hun erkjenner at de problemene hun har gått i terapi for er en del av hennes utfordringer i livet og er villig til å ta ansvar for hvordan hun selv vil ha det for fremtiden. (Historie 1.6)

Sitatet fortalte om at Lisa tar ansvar for egen fremtid, og beskrev også at hun søker selvutvikling heller enn kun symptomlindring. Dette viste et fokus på Lisas liv som går ut over det som knyttes til å være «syk». Slik møter Lisa seg selv der hun er og tar ansvar for hvor hun vil fremover.

Temaet omhandler slik også beskrivelser av at Lisa tar vare på seg selv og møter seg selv på en god måte. Lisa ble beskrevet ut ifra et fokus på hvordan hun har det på innsiden heller enn hvordan hun fremstår for andre. Et slikt indre-fokus vises i en historie slik:

Etter behandlingen har hun fortsatt en del av de samme vanskelighetene, men hun merker at hun føler seg bedre med seg selv. På utsiden har hun greid seg "bra" hele veien, men nå virker det som at noe har endret seg på innsiden også. (Historie 2.13).

I dette sitatet ble viktigheten av at Lisa selv opplever bedring beskrevet. Fokuset for endringen var her på Lisas selvopplevelse og hennes forhold til seg selv. Forholdet Lisa har til seg selv ble også beskrevet i dette sitatet som viser deltakerens empati og omsorg for Lisa: «Forhåpentligvis er Lisa litt mer selvempatisk, litt mer forståelsesfull ovenfor seg selv, har litt mer innsikt i sine prosesser og reaksjoner og kanskje har hun noen verktøy til å regulere følelsene og engstelsen sin.» (Historie 1.5). Forholdet Lisa har til seg selv var her gjenstand for deltakerens ønske for hvordan Lisa skal ha det videre. Dette tilsier at forfatteren anså bedring på dette området som viktig for at Lisa skal få det bedre i sitt liv.

### Diskusjon

Formålet med studien var å undersøke hvordan psykologstudenter ser for seg og beskriver livet til en person med diagnosen EUPF som nylig er skrevet ut av behandling. Med utgangspunkt i den tematiske analysen formulerte jeg fire temaer som oppsummerer funnene. Disse temaene er som nevnt *Bedringsmistro*, *Terapitillit*, *Abnormalitet* og *Fellesmenneskelighet*.

Tidlig i analyseprosessen fremkom det et spenningsforhold mellom annerledeshet og fellesmenneskelighet. Alle beskrivelsene av Lisas liv og funnene kan sies å plassere seg på et kontinuum mellom disse ytterpunktene. Til tross for at en overvekt av funnene heller mot annerledeshetssiden av dette kontinuumet, strekker flere historier seg også i retning av fellesmenneskelighet i form av beskrivelser av bedring, tilfrisking og allmenmenneskelighet. Dette spenningsforholdet vil lede diskusjonen, og vil drøftes opp mot relevante teoretiske tilnærminger.

Historiefullføring viste seg som en interessant metode for å undersøke hvordan psykologstudentene forestiller seg den tidligere pasientens liv. I prosessen fremkom det likevel flere styrker og svakheter ved utformingen av designet til denne undersøkelsen. I etterkant av den tematiske diskusjonen vil dette redegjøres for i en metodologisk diskusjon.

### **Kan man bli frisk etter alvorlig psykisk lidelse?**

I temaet *Behandlingsmistro* fremkommer det en behandlingspessimisme som resonnerer med poenger fra litteratur på recoveryfeltet (Veseth & Skjølberg, 2016; Veseth & Bjørnstad, 2014). EUPF var lenge ansett som en livstidsdiagnose, men nyere longitudinelle studier har utfordret dette synet (Ng et al., 2016; Zanarini et al., 2012; McGlashan, 1986; Paris & Zweig-Frank, 2001). De senere årene har derfor det deterministiske synet på lidelsen blitt korrigert (The Lancet, 2015; Kverme et al., 2019; Norges forskningsråd, 2011, Ng et al., 2019). Som nevnt innledningsvis viser likevel forskning at mange behandlere fremdeles anser mennesker med EUPF-diagnosen som vanskelige pasienter som ikke blir bedre (Sulzer, 2015) og at selve diagnose-merkelappen EUPF medfører økt pessimisme i behandleres prognostiske vurdering av pasienter (Lam et al, 2016). Ut ifra resultatene i denne studien ser det ut til at psykologstudentene fremdeles er mistroiske til muligheten for bedring av EUPF. Dette kan være en indikasjon på at ny kunnskap ikke når frem til studenter i opplæring så raskt som den burde. Det kan også signalisere en treghet i feltet generelt, i og med at kunnskapen om bedring av alvorlige psykiske lidelser har vært tilgjengelig i over et halvt århundre (Rowe & Davidson, 2016), eller kanskje funnene gjenspeiler samfunnsmessig stigma og antagelser om varigheten av alvorlige psykiske lidelser.

Antakelsen om varigheten av symptomene knyttet til EUPF gjenspeiles også i denne undersøkelsens tredje tema, som jeg har kalt *Abnormalitet*. Her fremkom det beskrivelser av Lisas liv som annerledes og sykelliggjort, og som direkte påvirket av diagnosen EUPF, til tross for at historiestammen beskriver behandlingen som avsluttet. Denne annerledesheten kan ses på som vanskeligheter med å se personer som har hatt diagnosen EUPF som annet enn pasienter, selv etter de er skrevet ut og blitt friske. At mennesker fremdeles anses som pasienter selv etter avsluttet behandling trekkes frem av Davidson et al. (2005) som et problem i psykisk helsefeltet. Han skriver at å omtale utskrevne pasienter på samme måte som

man ville omtalt alle andre mennesker er viktig i arbeidet med å overkomme stigmatiseringen og institusjonaliseringen mennesker med psykiske lidelser tradisjonelt har vært utsatt for (Davidson et al., 2005).

Det er flere mulige konsekvenser av å bli definert med utgangspunkt i diagnose selv etter at man har sluttet å være pasient. Studier viser at diagnose påvirker hvordan pasienter oppfattes av helsevesenet (Lam et al., 2016), og at pasienter med diagnosen EUPF i særlig grad utsettes for epistemisk urettferdighet, altså urettferdighet på bakgrunn av personen som kunnskapsbærer, i møte med helsevesenet. Dette innebærer at personer med diagnosen EUPF i ufordelaktig stor grad antas som aktivt bevisste konsekvensene av egne handlinger, noe som medfører at pasientene anses som manipulerende, oppmerksomhetssøkende og uærlige (Kyratsous & Sanati, 2017). EUPF-diagnosen har også blitt vist å henge sammen med det vi kan kalle for vurderings-urettferdighet (engelsk: «testimonial injustice») (Watts, 2017). Dette innebærer at et patologisk fokus rettet mot personen overskygger historier om for eksempel traumer og misbruk.

Stigmaet mot folk med diagnosen EUPF er, som en deltaker i denne undersøkelsen påpekte i historien sin, velkjent (Horn et al., 2007). Dette relaterer til kunnskap fra recoveryfeltet. Her beskrives det at det ikke bare er lidelsen i seg selv man må overkomme, men også de negative antagelsene fra samfunnet (Veseth & Skjølberg, 2016; Davidson et al., 2005; Davidson, O'Connell, Tondora, Styron & Kangas, 2006; Kverme, 2019). At stigmatisering knyttet til EUPF-diagnosen beskrives i historiene viser at flere av deltakerne er bevisst denne problemstillingen. Likevel gjenskapes dette stigmaet i historiene, blant annet ved at Lisa fremdeles antas som pasient også etter avsluttet behandling.

Terapeuters mistro til bedring kan potensielt medføre mange negative konsekvenser for pasienter. Håp har blitt trukket frem som en faktor som er sentralt for bedring (Sælør et al., 2015; Davidson et al., 2008). Håp er en individuell prosess, som kan knyttes til troen på at

endring er mulig (Sælør et al. 2015). Når det er vanskelig for personer selv å holde fast på håpet er det viktig at personer i helsevesenet kan representere et vikarierende håp (Kristoffersen & Breievne, 2005). Dersom ikke systemet selv tror på bedring kan dette påvirke både tilbud om behandling for pasientene og en manglende tiltro til bedring der den oppstår. Mennesker som har opplevd å bli bedre av alvorlige lidelser melder om en opplevelse av å ikke bli trodd på egen bedring, eller at også bedring blir sett som symptomuttrykk (Veseth & Bjørnstad, 2014). Sett i lys av det asymmetriske maktforholdet mellom behandler og terapeut (Pilgrim & McCranie, 2013; Ness, 2016) vil dette kunne påvirke pasientens mulighet til å se seg selv som frisk. Slik blir manglende tro på bedring direkte overført fra behandlere til pasienter. Tidligere pasienter har kritisert bedring for å omtales som symptomfrihet, mens den opprinnelige diagnosen blir stående (Lauveng, 2005). Dette medfører at selv om lidelsen ikke er livsvarig, så blir diagnosen hengende ved. Dette minimerer muligheten personen har for å bli ansett som frisk, noe som igjen vil kunne påvirke personens identitet som syk (Watts, 2017).

I denne undersøkelsen trekkes dette frem i temaet Terapitillit, som viser at tiltroen til terapi står sterkt i historiene. Funnet viser til at terapi ble beskrevet som noe Lisa burde fortsette med, til tross for manglende tro på at bedring ville kunne finne sted. Denne troen på terapi, selv om det ikke fører til bedring, er paradoksal. Kanskje er det et tegn på at psykologstudentene har tiltro til eget fag og fremtidig yrke. Det er viktig at fremtidens psykologer tror på at terapi er bra for pasientene. Problemet oppstår imidlertid når denne troen blir altomfattende og det antas som bra for folk å gå i terapi selv om de ikke vil oppnå særlig bedring. Dersom psykologstudentene tar med seg denne tiltroen ut i arbeidslivet kan dette medføre at pasienter holdes i et dårlig behandlingsløp fordi terapi anses som grunnleggende bra, uavhengig av bedring.

Til tross for at nyere forskning viser god effekt av strukturerte behandlingsløp som skjemat terapi, mentaliseringsbasert terapi (MBT) og dialektisk atferdsterapi (DBT) på vansker knyttet til EUPF (Kverme, 2019; Ng et al., 2016) er pasienters tilgang på disse behandlingsløpene varierende (Kvarstein et al., 2020). Studier har vist at pasienter som lider av EUPF historisk sett har hatt manglende tilgang på helsetjenester (Nehls, 1999), og erfaringer fra spesialisthelsetjenesten viser til at pasientene ofte blir «svingdørspasienter». De skrives ut, men kommer samtidig raskt tilbake (Kvarstein et al., 2020). Beskrivelsene av terapitillit til tross for bedringsmistro i denne undersøkelsen peker kanskje nettopp på dette at pasientene antas å være tilbakevendende. Likevel er det et paradoks i dette funnet. For hvorfor skal Lisa fortsette i terapi om hun ikke blir bedre av det?

### **Aldri så gal at man ikke er god for noe: Recoveryperspektivet på psykisk lidelse**

I forlengelsen av kunnskap om mulighetene for bedring for mennesker med EUPF-diagnosen finnes også spørsmålet om hva bedring innebærer: Hva vil det si å bli bedre av en alvorlig psykisk lidelse? Forskere innen recoveryfeltet viser til at bedring tradisjonelt har blitt forstått ut ifra kliniske mål, som symptomnedgang eller færre døgn på sengepost (Ng et al., 2016; Veseth, 2014; Davidson et al., 2006). I følge recoveryperspektivet er dette et for snevert syn på bedring, da det ikke tar hensyn til fellesmenneskelige utviklingsmål som for eksempel vekst, mening og verdighet (Ng et al., 2016; Veseth, 2014; Davidson et al., 2006). På bakgrunn av dette fremmes et fokus på det de kaller «personlig bedring» (Veseth, 2014). Personlig bedring anses som en prosess heller enn et utfallsmål, der bedring forstås best av personen som opplever den heller enn av systemet rundt (Veseth & Skjølberg, 2016). Slik får personen som opplever vanskene selv definisjonsmakt over egen bedring.

I denne undersøkelsen fremkommer perspektiver på bedring som knyttes til recoveryperspektivet i temaet *Fellesmenneskelighet*. Dette viser seg på flere måter, blant annet i form av at Lisa og hennes liv beskrives ut ifra allmennmenneskelige faktorer. Hun har



kjæreste og venner og ønsker seg gode relasjoner. Hun har jobb eller skole og ønsker å oppleve mestring og vekst. I disse beskrivelsene beskrives Lisa som menneske heller enn pasient. Dette henger sammen med begrepene medborgerskap og personstatus («personhood») som er et viktig fokus innen recoveryperspektivet (Rowe & Davidson, 2016; Anthony, 2004).

Medborgerskap handler om at alle, også pasienter i psykisk helsevern, skal ha krav på å være en aktiv del av samfunnet de tilhører (Rowe & Davidson, 2016). Bevegelser innen kritisk psykologi har siden 60-tallet satt fokus på tendensen det psykiske helsefeltet har hatt til å undergrave stemmen til personer som mottar behandling på bakgrunn av at feltet anses som mer kompetent til å ta beslutninger for vedkommendes liv (Rowe & Davidson, 2016). Medborger-bevegelsen stod side om side med andre borgerrettighetsbevegelser for å fremme selvbestemmelse og deltakelse i samfunnet for alle mennesker, også de med psykiske lidelser (Rowe & Davidson, 2016). I mine resultater fremkommer dette blant annet i beskrivelsene av at Lisa deltar, eller jobber mot å kunne delta, i samfunnet i form av for eksempel jobb og studier. Det er et viktig funn at dette fremstår som både noe Lisa ønsker og har mulighet til å oppnå, selv om det iblant fremkommer at hun vil trenge hjelp og støtte fra helse- og sosialtjenester for å komme dit.

Medborgerbevegelsen har vært viktig i foregangsarbeidet med å få brukerperspektivet inn i det psykiske helsefeltet (Rowe & Davidson, 2016; Davidson et al., 2005). Funnet i denne undersøkelsen som viser at Lisas avgjørelse om å avslutte terapien trekkes i tvil kan diskuteres i sammenheng med dette. Det virker i dette som om hennes stemme er noe svakere enn terapeuten/forfatteren i Rådet om hennes liv. Det er særlig interessant at en av historiene beskrev Lisas negative opplevelse av terapi med fokus på at hun opplevde å bli dømt og ikke hørt av terapeuten. Denne historien beskriver hvordan dette får Lisa til å føle seg dårlig og lite likt, og beskriver effekten dette kan ha på henne. At dette perspektivet fremkommer som en

motpol til de ellers terapipositive beretningene viser et spenn i forståelsen av hva terapiens effekt kan være, og belyser den mulige baksiden av maktforholdet mellom pasient og terapeut.

Vel så viktig i dennes sammenheng er konseptet om personstatus (Anthony, 2004; Bickhard, 2012). Dette omhandler nettopp det å bli behandlet som menneske først og deretter som pasient (Anthony, 2004; Martin & Bickhard, 2012; Davidson et al., 2005). Dette kan virke elementært, men forskere innen recoveryfeltet har trukket frem hvordan fokuset på dette gjennomgående glemmes i det psykiske helsefeltet (Davidson et al., 2005). Dette fremkommer også i denne undersøkelsen ved at historiene i stor grad ble sentrert rundt Lisas sykdom og opplevde vansker. Likevel fremkom det også beskrivelser av henne som fokuserer på det allmennmenneskelige ønsker og behov, for eksempel å skape gode relasjoner eller lykkes i sine studier.

Forståelsen av Lisa som ivaretar hennes personstatus henger også sammen med beskrivelsene som normaliserer hennes opplevelser og reaksjoner. Beskrivelser av for eksempel svingninger og det å ha gode og dårlige dager som allmennmenneskelige fenomener gjør at Lisa fremstår som en del av alle andre. I tillegg beskrives selvutvikling og selvivaretagelse som noe alle mennesker jobber mot. Slike beskrivelser knytter seg opp mot recoveryperspektivets fokus på det allmennmenneskelige behovet for individuell utvikling og et godt liv (Davidson et al., 2005; Veseth & Skjølberg, 2016; Veseth, 2019). Med et slikt fokus handler det å leve godt om det samme for mennesker med psykiske lidelser som for mennesker uten (Veseth, 2019).

De overstående poengene knytter seg til beskrivelser av at Lisa tar ansvar for eget liv og bedring. Ansvarliggjøring er et viktig poeng for recoverybevegelsen i form av at alle mennesker skal ha ansvar for eget liv, samt anses til kapable til å ta valg som omhandler egen person (Davidson et al., 2006). Valgfrihet har vist å øke personers deltakelse og engasjement i

terapi og intervensjoner, samt å bidra til høyere grad av opplevd bedring (Davidson et al., 2012). I forlengelsen av å anse pasienter som ansvarlige for eget liv og kapable til å foreta egne valg kommer også anerkjennelsen om viktigheten av å få lov til å feile (Veseth & Skjølberg, 2016). Dette innebærer at også pasienter, som alle andre, skal få lov til å ta dårlige valg, eller å ikke reagere «riktig» til enhver tid. Slik blir ansvar viktig for at pasienter skal bli ansett som menneske før de anses som pasient. I denne undersøkelsen fremkommer det beskrivelser av at Lisa tar ansvar for seg selv og egen bedring og at hun tar aktive valg for å mestre, ta i bruk teknikker hun har lært, kutte ut venner som ikke gjør henne godt og ivareta seg selv på en god måte.

I funnene i denne undersøkelsen finnes motsatsen til ansvarliggjøringen av Lisa i fremstillingene som faller inn under temaet *Terapitillit*. I møte med terapi beskrives Lisa som passivt deltakende i sin egen bedring - terapeuten var autoriteten som visste hva som var best for henne. På ett vis er det kanskje nettopp i passiviteten bedringsmistroen og terapitilliten sammenfaller. I temaet bedringsmistro fremkommer det et syn på Lisa som passivt påvirket av egne symptomer, og i temaet terapitillit er hun passiv i møte med terapien. Ved at hun slik blir gjenstand for det som skjer med henne fremstår hun som å til en viss grad mangle subjektivitet. Innenfor recoveryfeltet anses opplevelsen av å være aktivt deltakende i samfunnet og eget liv som sentralt for bedringsprosessen (Veseth, 2014). At personen selv er den aktivt handlende er en grunnholdning innenfor dette perspektivet, som med fokuset på at det er personen selv som driver sin egen personlige bedringsprosess fremover nettopp går imot antagelsen om pasienter som passivt mottakende av helsetjenester (Veseth, 2014). Personer er ikke passive mottakere av behandling, men er heller den drivende og handlende kraften bak bedring.

I historiene fremkommer, som nevnt, beskrivelser som viser til Lisas hverdag som bestående av venner, familie, skole/jobb/studier og «vanlige» hverdagslige ting. Viktigheten

av dette knytter seg i tillegg til det som allerede er diskutert også til viktig av å anerkjenne innvirkningen av kontekstuelle faktorer på liv og bedring. Recoverybegrepet har blitt kritisert for å tillegge individet for mye ansvar for egen bedring, og på den måten også ansvar for eventuell mangel på bedring (Recovery in the Bin, 2016a; Davidson et al., 2006). I lys av dette foreslår Marit Borg et økt fokus på hverdag og kontekstuelle faktorer i forståelsen av mennesker med psykiske helseplager (Borg, 2009). Vi er alle mennesker i en sosial verden, og dette fokuset er viktig for å fremme bedring. I beskrivelsene av Lisas liv som fremkommer i denne undersøkelsen er det en tendens til sykelliggjøring og individualisering av Lisas plager. Likevel er disse plagene gjennomgående sett i sammenheng med funksjonsvansker i møte med nettopp hverdagen og den sosiale verden. Slik fremstår den sosiale konteksten som viktig i historiene om Lisa.

### **Er recoverytilnærmingen nok til å endre synet på bedring av EUPF?**

I spenningsforholdet mellom bedringstro og terapitillit i denne undersøkelsen fremkom det, som tidligere nevnt, at tiltroen til terapi var høyere enn tiltroen til pasienten. Dette funnet kan slik knyttes opp mot en form for paternalisme - Lisa bør ledes til det som er best for henne av en forutseende terapeut som vet hva hun trenger. Ut ifra nåtidens kjønnsfordeling kan dette også anses som en følge av maternalisme, ettersom flere kvinner enn menn blir psykologer både i Norge og på verdensbasis (Danielsen & Fyllingen, 2018; Willyard, 2011). Likevel vil jeg argumentere for at nedlatenheten historisk sett stemmer overens med et kjønnsperspektiv som rettferdiggjør bruken av begrepet paternalisme.

Feministisk psykologi har satt paternalismen som kan fremkomme i psykiatrien i sammenheng med EUPF ved å sammenligne EUPF med hysteri (Vanvuren, 2017; Correale, u.å; Eidse, 2017; Horn et al., 2017; Shaw & Proctor, 2005). Begge diagnosene anses som hovedsakelig kvinnelige, med emosjonalitet som et viktig symptom. På bakgrunn av at flere kvinner får EUPF-diagnosen i møte med helsevesenet enn det menn får, har diagnosen blitt

kritisert som en «kvinnediagnose» (Berger, 2014). Som respons på dette har det psykiatriske kollektivet Recovery in the bin (RITB) publisert en sjekklister for hva en person må gjøre for ikke å få EUPF-diagnosen i møte med det psykisk helsevesenet, der «ikke vær kvinne» er første punkt (Recovery in the Bin, 2016b). At det særlig er unge kvinner som anses som prototypiske for diagnosen EUPF gjenspeiles i mine resultater ved at historiene omtaler Lisa i forbindelse med aktiviteter som gjerne er vanlig i slutten av tenårene eller tidlig 20-årene: dating, venner, videregående og studier, eller at hun nylig er ute i arbeidslivet.

Poenget med feministisk psykologi sin kritikk av EUPF-diagnosen med utgangspunkt i patriarkalske samfunnskrafter er å sette søkelyset på en sykeliggjøring av kvinner som ikke oppfører seg stereotypisk feminint, men for eksempel uttrykker sinne og har multiple seksualpartnere (Berger, 2014). I en paradoksal reaksjon på dette blir disse kvinnene ansett som arketyper på en overemosjonell, hysterisk kvinne (Berger, 2014; Shaw & Proctor, 2005). Ved denne sykeliggjøringen, påpeker bevegelsen, regnes også kanskje «normale» reaksjoner inn under symptomer av den grunn at normalitet er bestemt av tradisjonelt kjønnsroller (Berger, 2014). Slik fremkommer både synet på normalitet som for trangt og blikket rettet mot symptomer som for vidt søkende.

Denne kritikken fremkommer også i Recovery in the bin (RITB) sin «Position Statement on borderline personality disorder» (2019). Her fremkommer det at selv om kollektivet egentlig er nøytrale i forhold til diagnoser, er de aktivt motstandere av EUPF-diagnosen som et særtilfelle (Recovery in the Bin, 2019). I begrunnelsen for dette trekkes misogyni og stigma frem som deler av årsaken for motstanden mot diagnosen. I tillegg mener de at diagnosen settes der pasienter «feiler» med hensyn til å oppnå bedring. Kollektivet er kritiske til bruken av recovery i helsevesenet fordi fokuset flyttes fra sosiale omstendigheter som holder folk i situasjoner som medfører lidelse (for eksempel fattigdom, diskriminering og økonomisk ulikhet) (Recovery in the Bin, 2016a). Slik, mener de, ansvarliggjøres individet

for egen bedring i en kontekst som promoterer psykiske vansker. At recovery har blitt forstått som en individuell prosess har også av forskere på feltet blitt trukket frem som å medføre manglende anerkjennelse av viktigheten av sosiale prosesser på bedring (Topor et al., 2009).

Kritikken mot recoveryperspektivet kommer fra flere hold. I artikkelen «The mainstreaming of recovery» (2014) skriver Rose at bruken av recovery egentlig er med på å opprettholde et sykdomsfokus på psykiske vansker. I artikkelen peker Rose på at recovery alltid vil implisere at man blir bedre fra noe man ikke burde hatt i første omgang. Slik, skriver Rose, vil et recoveryfokus kunne skjule et egentlig underliggende sykdomsfokus (Rose, 2014). Et spørsmål jeg kjente på i møte med denne oppgaven var: Når psykiatriens diagnostiske system kategoriserer noe som «abnormalt», holder det da om fagfeltet sier at normalitet ikke er viktig? Om man har kategorisert noen som annerledes, holder det om man etterpå sier at innholdet i disse kategoriene er arbitrære?

Autoetnografi er, som nevnt innledningsvis i denne oppgaven, en metode der forskeren også er informant. Metoden er slik et forsøk på å restrukturere maktforhold i forskningen der forskeren tradisjonelt har blitt plassert på utsiden av forskningsobjektet. I arbeidet med denne oppgaven opplevde jeg at spenningen mellom det å være syk og det å være frisk gjennomgående holdt meg med selskap. I møtet med dette ble jeg nødt til å ta et oppgjør med hva frisk betyr for meg. Da jeg selv hadde EUPF var manglende bruk av ordet frisk til fordel for personlig bedring eller økt livskvalitet et paradoks som gjorde det vanskelig for meg å se for meg bedring. I møter med et system som beskrev meg som forstyrret og abnormal var det viktig å også kunne bli definert som normal. Denne søken etter å kunne bli definert som frisk på samme måte som jeg tidligere ble definert som syk er bakgrunnen for diktutdraget som innleder oppgaven. Jeg merket at behovet for normalitet også stod på spill i løpet av arbeidet med denne oppgaven. I begynnelsen av arbeidet hadde jeg for eksempel et

behov for å gjøre alt riktig slik at ingen kunne skylde på egenerfaring med diagnosen i utføringen.

Sykdomshistorien knyttet til EUPF har vært en definerende del av livet mitt, og jeg har kjempet mot stigma i helsevesenet, i samfunnet, i relasjoner og i meg selv både i løpet av årene med diagnosen og etterpå. Å lese historiene var derfor vanskelig iblant. Jeg opplevde ved flere anledninger en følelse av indignasjon, som om også jeg ble beskrevet som Lisa. Dette signaliserte for meg både egen sensitivitet med tanke på beskrivelser av diagnosen, samt muligheten for at det var noe jeg reagerte på i beskrivelsene av Lisas liv. Ved nærmere vurdering fant jeg at de stedene i historiene som hadde påvirket følelsene mine på denne måten ofte samsvarte med generaliserte og klisjeaktige beskrivelser knyttet til livet med og etter en slik diagnose.

Da jeg selv var pasient lette jeg etter håpefulle beretninger om bedring og tilfriskning. Jeg husker det som sårt at ingen ville benytte ordet frisk når det kom til muligheten for bedring av personlighetsforstyrrelsen, mens det gjerne ble brukt om symptomidelser som depresjon og angst. Dette gjorde meg usikker på om jeg noen gang *faktisk* kunne bli frisk på ekte. I møte med datamaterialet ble denne tvilen vekket til live, slik at jeg i løpet av arbeidet med denne oppgaven opplevde en lignende forvirring. Denne tvilen fremkommer i innlegget fra refleksjonsdagboken som referert tidligere i oppgaven, der jeg beskriver viktigheten av å anses som normal også etter å ha blitt definert som abnormal. Det var nettopp denne strebenen etter normalitetsstempelet som preget meg i starten av arbeidet med oppgaven, der jeg opplevde at jeg forsøkte å sikre meg mot at oppgaven og arbeidet skulle bli devaluert på bakgrunn av min tidligere diagnose.

At det i starten av arbeidet med oppgaven var viktig for meg at den ikke skulle knyttes til min egen personlige erfaring tydeliggjør for meg hvor sterk skamfølelsen knyttet til diagnosen kan være. Dette peker på et særlig interessant aspekt, der selve prosessen å arbeide

med oppgaven blir meningsbærende: At autoentografi ikke er en større del av oppgaven viser nettopp til skammen som knyttes til det å ha hatt en EUPF diagnose. Det knytter seg også til tvilen på om det faktisk er mulig å bli frisk på ekte. For tenk om jeg nå avslører meg som syk for alle fremtidige kollegaer og pasienter? Og tenk hvordan dette vil kunne komme til å definere min fremtidige karriere? Det er interessant at åpenhet ble såpass vanskelig for meg i arbeidet med en oppgave som forsøkte å undersøke antagelser om et liv etter avsluttet behandling.

Selv jeg, som har levd meg gjennom EUPF, definerer meg som frisk, og står på terskelen av å fullføre en utdanning som plasserer meg i den andre stolen på psykologkontoret, ble i arbeidet med denne oppgaven usikker på om det går an å bli frisk. For meg synes dette å peke på nettopp hvor sterk sosialiseringen inn i en pasientrolle kan være, samt hvor vanskelig det kan være å redefinere seg selv når man først har blitt definert utenfra. Jeg opplever at nettopp det skjeve maktforholdet mellom pasient og det psykiske helsevesenet gjenspeiles i prosessen som utspilte seg i meg i arbeidet med denne oppgaven. Fokuset på recovery som en sosial prosess poengteres også i dette.

Diagnoser skapes ut ifra en medisinsk modell på psykiske lidelser. Denne modellen bygger på en biologisk forståelse av psykisk lidelse, der etiologien til psykiske lidelser anses som lik den for fysisk sykdom (Hansen, 2020). Det var med bakgrunn i denne forståelsen at psykiateren Emil Kraepelin i sin tid postulerte antagelsen om at det finnes klare kategorier som skiller mellom mentale lidelser og «frisk» (Bentall, 2006). Dagens diagnostiske system bygger i stor grad på Kraepelins inndelinger (Hansen, 2020; Bentall, 2006). Diagnoser blir på bakgrunn av dette antatt som akontekstuelle (Slade, 2009). Dette betyr at psykiske lidelser antas å oppstå i personen uavhengig av konteksten denne personen står i. Likevel er kontekst alltid tilstede i diagnostiseringsarbeidet i form av at pasientens symptomer alltid må vurderes opp mot pasientens sosiale verden (Direktoratet for e-helse & Verdens helseorganisasjon,



2019). I personlighetsforstyrrelser er kontekst ansett som et diagnostisk kriterium i og med at definisjonen på lidelsen er at atferd, tanker og følelser skiller seg betraktelig fra kulturen personen tilhører (Direktoratet for e-helse & Verdens helseorganisasjon, 2019). Skapes det kanskje trøbbel nettopp i forsøket på å skille sykdom fra kontekst?

Diagnosesystemet har blitt kritisert nettopp for å ha en kategorisk inndeling av menneskers komplekse psyke. I tillegg kritiseres diagnosesystemet på bakgrunn av forskning som viser at nesten alle (9 av 10) møter kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av livet (Simons, 2020). Flere teoretikere mener denne forståelsen er utdatert, samt at denne forståelsen holder utviklingen av behandlingsmetoder tilbake (Bentall, 2006). Særlig har personlighetsforstyrrelser vært under hardt vær, med bakgrunn i kontroverser knyttet til både navnet og kategorisk inndeling (Tyrer et al., 2015). Dette er noe av bakgrunnen for den oppdaterte inndelingen som presenteres i ICD-11, der personlighetsforstyrrelsene graderes ut ifra alvorlighetsgrad heller enn distinkte kategorier (Tyrer et al., 2015; World Health Organization, 2018a). I den oppdaterte versjonen av diagnosemanualen beholdes navnet. Dette har fått sterk kritikk. Dette er særlig på bakgrunn av at stigmatiseringen forbundet med diagnosen til en viss grad ses i sammenheng med navnet (Harding, 2020). I kommentaren «Words matter: the Royal College of Psychiatrists' position statement on personality disorder» (2020) skriver Harding at å betegne personer som forstyrret overskygger at mesteparten av det diagnosen innebærer egentlig er forståelige adaptasjoner til livserfaringer (Harding, 2020). I denne kommentaren beskrives kategoriseringen av folk heller enn vanskene de opplever som arkaisk (Harding, 2020).

I boken *The Manufacture of madness* (1971) beskriver Szasz at diagnoser oppstod fordi samfunnet trenger å skape de abnormale for at majoriteten skal kunne se seg selv som normale. I avslutningen av boken fremlegger Szasz en analogi mellom psykiatrien og romanen *The painted bird* av Jerzy Kosinski der romanens hovedperson på grunn av

frustrasjon maler fugler og sender dem tilbake i egen flokk (Szasz, 1971). I møte med denne av deres egne som nå ser annerledes ut hakker fuglene den malte til døde. Szasz (1971) ligner dette til psykiatrien ved at det er psykiatrien som i første omgang merker mennesker som abnormale for så å støte dem fra seg nettopp fordi de er abnormale. Denne mekanismen, mener han, fører til at de som står igjen som inkludert i samfunnet fremdeles kan vurdere seg selv som «de normale» (Szasz, 1971).

Denne boken ble skrevet på 1970-tallet, og verden ser heldigvis annerledes ut nå. Blant annet har recoverybevegelsens insistering på at også mennesker med diagnoser først og fremst er mennesker medført at de fleste har tilgang til samfunnet. De fleste rettigheter til deltakelse i samfunnet blir nå stående ved lag selv om man «merkes» av en psykiatrisk diagnose. Likevel, som gjennomgått ovenfor, er det fremdeles flere områder og situasjoner hvor mennesker med diagnoser blir ansett som annerledes. I denne undersøkelsen fremkom det i beskrivelsene av Lisas liv i fokuset på hennes symptomer og vedvarende vansker, samt en til tider paternaliserende passivisering i møte med et bedrevitende helsesystem. At fremtidens behandlere ikke kan se for seg at Lisa vil kunne oppleve bedring, til tross for at mulighetene for både klinisk og personlig bedring fra diagnosen er godt dokumentert, kan tas til inntekt for behovet for å tenke nytt om diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

### **Refleksivitet og etikk**

Til tross for at det anses å være færre etiske betenkeligheter i arbeidet med historiefullføring enn i kvalitative selvrapporteringsmetoder, var det flere etiske vurderinger som gjorde seg gjeldende i arbeidet med denne oppgaven. Disse handlet i all hovedsak om deltakernes anonymitet, bruken av tvetydig informasjon og undertegnendes refleksivitet.

Anonymitet var en viktig avveiningsfaktor i utarbeidelsesprosessen, og flere runder ble gått i samtaler med NSD for å sikre at de etiske retningslinjene ble fulgt. Ettersom

prosjektet ikke ble meldt til NSD, og derfor ikke hadde mulighet til å behandle persondata, var det viktig at deltakelse var fullstendig anonymt. Leverandøren av undersøkelsesplattformen forsikret meg om fullstendig anonymitet via e-post.

Tvetydig informasjon, som gitt i denne undersøkelsens historiestamme og instruksjon, er per definisjon uklar, og det vil derfor alltid være en hypotetisk mulighet for at full åpenhet ville påvirket noen av deltakernes beslutning om å delta. Dette går, som tidligere nevnt, til ev viss grad imot det etiske prinsippet om informert samtykke. Av hensyn til undersøkelsen var tvetydig informasjon en nødvendighet da dette er innebygget i historiefullføring som design, og fordi språket var en manipulert variabel mellom de to historiestammene.

Usikkerhet knyttet til hva undersøkelsen var ute etter ble trukket frem i kommentarfeltet av en deltaker som hadde ønsket å få mer utfyllende informasjon om hvordan eget bidrag ville bli tolket. Dette vitner om at deltakeren kan ha opplevd nettopp den tvetydige informasjonen som ubehagelig, nesten som om oppgaven var ute etter å arrestere deltakerne på dårlige holdninger. Det er likevel rimelig å anta at deltakeren håndterte dette ubehaget greit ettersom hen valgte å gjennomføre undersøkelsen. Ingen deltakere valgte heller å benytte seg av muligheten for å ta kontakt med undertegnede for å etterspørre nærmere informasjon.

All forskning innebærer muligheten for at visse temaer kan oppleves sårbare for deltakeren, og det kan oppleves sårbart å levere fra seg informasjon når man ikke har fullstendig kontroll på hvordan denne skal brukes. Selv om jeg ikke opplyste deltakerne om min erfaring med EUPF kan det likevel hende at dette var kjent for noen av dem. Dette kan ha påvirket resultatene på ulike måter, samt at det kan ha medført et ekstra ubehag for noen av deltakerne. At deltakerne er psykologstudenter som er vant med både forskning og å skrive oppgaver forsvarer antagelsen om at det mulige ubehaget som følge av en eventuell

opplevelse av å ha blitt utsatt for villedende informasjon var relativt lav. Denne antagelsen underbygges av at undersøkelsen ikke ba om deltakernes personlige historier, men om fiktive historier om en hypotetisk tredjeperson.

På en annen side merket også jeg at jeg ble påvirket av at deltakerne hadde fått tvetydig informasjon når jeg skulle sette i gang med analysearbeidet. At jeg har studert det samme som deltakerne, og på samme sted, betyr at deltakerne er folk jeg har hatt rundt meg de siste årene, og at flere av dem med all sannsynlighet er venner eller bekjente av meg. Dette medførte et ønske om å “legge godviljen til” i lesningene, ettersom jeg visste at a) jeg kan være sensitiv i møte med temaet og b) menneskene som hadde skrevet historiene sannsynligvis er bra folk som vil andre vel. Disse faktorene gjorde det analytiske arbeidet til en krevende prosess der egne evalueringer over flere runder måtte vurderes opp mot dataene.

Refleksivitet er, som tidligere nevnt, en etisk posisjon som poengterer viktigheten av å være klar over hva man selv bringer med seg inn i både utarbeidelsen og analyseprosessen i gjennomføringen av et forskningsprosjekt. Det var klart for meg at egen erfaring med EUPF påvirket mitt ønske om å skrive nettopp denne oppgaven. Denne erfaringen anser jeg som en styrke og et viktig bidrag inn i undersøkelsen, men det kan også være en etisk utfordring å undersøke tematikk som kommer så tett på. Da det ville være umulig for meg å legge bort egen erfaring i analysen av historiene deltakerne har respondert med begynte jeg å skrive en refleksjonsdagbok for å holde oversikt over hva prosessen vekket i meg. I løpet av arbeidet med oppgaven utviklet det seg til å bli en refleksiv prosess rundt hvorfor dette ble vekket. I forlengelsen av dette besluttet jeg å benytte meg av autoetnografiske aspekter for å kunne dra inn det jeg selv opplevde som et interessant supplement til litteraturen. Slik har det vært en kontinuerlig interaksjon med tematikken historiene og det jeg selv har opplevd. I løpet av prosessen opplevde jeg en bevegelse fra å forsøke å kontrollere for egne opplevelser til å tørre å stå for erfaringene som å inneholde

viktig informasjon om temaet. Særlig opplysende var det å kjenne kreftene av stigmaet knyttet til pasientrollen som fremdeles påvirket meg i arbeidet med denne oppgaven. I en større oppgave, eller en oppgave med et utgangspunkt annet enn denne, hadde det vært spennende å bruke autoetnografi som metode i større og mer aktiv grad fra begynnelsen av. Å undersøke det som vekkes når egenerfaringer møter fiktive fortellinger om egen diagnose kunne vært et interessant forskningsfokus.

### **Styrker og svakheter ved metoden**

Flere faktorer begrenser funnene fra denne undersøkelsen. For det første er utvalget lite. I tillegg er deltakerne er studenter fra samme studieretning, ved samme universitet i Norge. Utvalget vil derfor anses som særlig homogent. Funnene kan ikke sies å være generaliserbare utenfor konteksten undersøkelsen ble gjennomført i.

Undersøkelsen har likevel generert interessante funn med tanke på hvordan psykologstudentene beskriver livet til en person skrevet ut av behandling for EUPF. Funnene viser at personen fremdeles blir beskrevet med utgangspunkt i diagnosen og at fremtidsutsiktene preges av en manglende tiltro til vedvarende bedring. Sammen med funn med fokus på hverdagsliv og mestring viser undersøkelsens resultater et spenn mellom annerledeshet og fellesmenneskelighet som gjenspeiles i litteraturen på feltet (Ng et al., 2016; Veseth, 2014; Davidson et al., 2006).

I kraft av å være en prøvestudie er det generert nyttig informasjon med tanke på utformingen av lignende studier. Dette gjelder blant annet hvordan historiefullføring kan fungere som metode for å få informasjon om hvordan deltakere konstruerer forståelsen av andres levde liv, samt hvordan valgene som ble tatt i utformingen av denne undersøkelsen kan ha påvirket funnene. Hensikten med en prøvestudie er nettopp å gjennomføre en småskala-utprøving av studien for å innhente kunnskap om hvordan utarbeidelsen fungerer i praksis (In,

2017). Clarke et al. (2017) påpeker viktigheten av å gjennomføre prøvestudier i arbeidet med historiefullføring, særlig for å undersøke om historiestammen genererer ønsket informasjon.

### **Mulige fallgruver i arbeidet med historiefullføring**

Clarke et al. (2017) trekker frem flere problemer som kan oppstå i arbeidet med historiefullføring. Blant annet at deltakerne kan la være å skrive historiene i historieform, at historiene blir for korte eller overfladiske eller at oppgaven «tuller bort» ved at historien blir i overkant humoristisk. Clarke et al. (2017) skisserer at disse problemene kan oppstå, respektivt, som følge av at oppgaven misforstås, lav deltakermotivasjon og kanskje at deltakerne er ukomfortable med emnet som utforskes i undersøkelsen. Disse mulige problemene ble forsøkt ivarettatt ved å foreta gode og grundige avveininger i utarbeidelsen av designet i samråd med veileder og biveileder.

### ***Historiestammene***

Ifølge Clarke et al. (2017) er mange av fallgruvene ved historiefullføring knyttet til designet på historiestammen. Denne må balanseres mellom å gi deltakerne en meningsfull historiestamme og samtidig la det være nok ambiguitet til at deltakernes antagelser kan komme frem. I utarbeidelsesprosessen ble det derfor fokusert på å holde historiestammene så korte som mulig for å åpne opp for mest mulig av deltakernes tolkninger, men samtidig gi deltakerne nok informasjon til at undersøkelsen ble fokusert inn mot det som var undersøkelsens mål. Det ble også jobbet mot å konstruere historiestammene og oppgaveinstruksjonen for å inneha en viss tvetydighet slik at deltakerne ikke skulle avsløre hva undersøkelsen var ute etter og så forsøke å skrive “riktige” besvarelser basert på dette. Siden deltakerne i min studie er psykologstudenter med mye erfaringer fra å skrive eksamensoppgaver, var jeg her særlig opptatt av å minimere sjansen for å få tilbake eksamensbesvarelser heller enn fortellinger.

### ***Språk og formulering***

Historiestammene ble utarbeidet med form som avslutningen på en epikrise for å knytte deltakernes assosiasjoner til fagspråket og behandlingsapparatet. Dette var også fordi jeg ønsket å undersøke forståelser av livet til en person som har avsluttet behandling. Ettersom jeg ikke ønsket å gi for mye informasjon om behandlingseffekten, men legge dette mer opp til hver enkelt deltaker å avgjøre, beskrev jeg at pasienten hadde hatt noe effekt av behandlingen og at hun selv ønsket å avslutte. Flere runder ble gått i utvelgelsen av symptombeskrivelsene for de to ulike historiestammene. Jeg ønsket at disse skulle frembringe ulike antagelser om personens liv hos deltakeren, uten å være for ledende. Til tross for grundige avveininger av språket kan det på bakgrunn av de innsamlede historiene virke som om ordlyden i historiestammene opplevdes som pessimistisk med tanke på bedring for flere av deltakerne.

I og med at jeg ønsket å samle inn historier om et hverdagsliv kan målsettingen med undersøkelsen sies å plassere seg inn under et recoveryperspektiv. Et fokus på hverdagslivet til mennesker som benytter seg av psykiske helsetjenester har blitt trukket frem som viktig for å kontekstualisere recoveryfeltet (Borg, 2009). Selv om jeg ønsket å undersøke hverdagsliv med utgangspunkt i et recoveryperspektiv, er historiestammene bygget opp med utgangspunkt i behandlingsapparatet. Slik er det mulig at jeg kan ha vært så fokusert på å undersøke flisen i andres øye at vi ikke så bjelken i våre egne. Jeg kan ha sett men blind på recoveryfokuset som jeg ønsket å undersøke, med det resultat at jeg selv ble fanget av en sykdomsmodell. Dette kan ha kommet til uttrykk i historiestammene på en måte som fremmet et sykdomsfokus i historiene. Ettersom et flertall av historiene var tydelig påvirket av historiestammene og refererte til beskrivelsene av Lisa som fremkom av disse, er det nærliggende å anta at dette sykdomsfokuset kan være en direkte konsekvens av ordleggingen i historiestammene. Lisas liv og diagnosen blir i historiene kanskje sett som ett og det samme ettersom avslutningen på epikrisen er den eneste informasjonen deltakerne får om Lisas liv. På bakgrunn av dette kan

kanskje tolkningsgrunnlaget for resultatene kritiseres som noe usikker - kommer fokuset i historiene fra deltakernes forståelse av personens liv og konstruksjonen av denne, eller stammer det fra språkbruken i historiestammene? Ved en enklere historiestamme eller mer utfyllende instruksjoner for oppgaven kunne kanskje den direkte påvirkningen av ordbruken i historiestammen på historiene vært minimert.

### ***Oppgaveinstruksjon***

I et forsøk på å holde oppgaven så åpen som mulig for deltakernes tolkninger var det et fokus på å holde historiestammen og instruksjonen så kort som mulig. I tillegg til at fokuset for oppgaven skulle ligge på pasientens liv utenfor behandling ble det bestemt at deltakerne skulle skrive en historie om Lisas liv det neste året etter at hun ble skrevet ut fra behandling. Etter at deltakerne har lest historiestammen ble de derfor stilt spørsmålet: “Hvordan ser du for deg det neste året i Lisas liv?” De ble så bedt om å skrive en historie om Lisa og hennes liv, og å bruke minst 10 minutter på denne. Som nevnt er det likevel tegn som tyder på at deltakerne ble forvirret med tanke på hva som var ønsket fra dem. Det kunne ha styrket funnene dersom deltakerne ble nærmere instruert i hva det vil si å skrive fortellinger i denne type forskning. For eksempel kunne det ha tydeliggjort oppgaven å skrive at jeg ønsker fiktive historier basert på deltakerens fantasi og at ingen svar var feil.

En annen måte å få frem fortellinger på kunne vært å instruere deltakerne til å skrive en historie med utgangspunkt i Lisas perspektiv. Innen historiefullføring omhandler ofte historiestammene en hypotetisk tredjeperson, men kan også utarbeides for å få deltakeren til å sette seg selv i den gitte personens sted for så å skrive historier ut ifra et førstepersonsperspektiv (Clarke et al., 2017). Kanskje kunne det ha engasjert deltakerne på annet vis å skrive historier fra et førstepersonsperspektiv? At flere deltakere skrev historier i form av eksamensoppgaver eller der de predikerte Lisas liv ut ifra «jeg»-form, kan vitne om



at avstanden mellom deltakerne og hovedpersonen Lisa ble for stor til at historiestammen opplevdes som engasjerende.

### **Deltakere og rekruttering**

Anonymitet var en viktig avveiningsfaktor gjennom hele utarbeidelsesprosessen. Til tross for at deltakerne ville skrive om en fiktiv tredjeperson, ville deltakergruppen som psykologistudenter kunne la seg påvirke av et ønske om å gi sosialt ønskverdige svar som passet med deres fremtidige profesjonsutøvelse. Ved å forsikre deltakerne om at de ville forbli anonyme håpet jeg å minimere effekten av dette mest mulig. Det er imidlertid mulig at usikkerheten knyttet til formålet med undersøkelsen likevel medførte at deltakere forsøkte å svare «riktig», og at effekten av anonymiteten ble noe minket av dette. Det er likevel sannsynlig at jeg ville fått inn mer sosialt ønskverdige svar dersom deltakerne opplevde at historiene ville kunne kobles til dem.

Antall deltakere som bør være med i en historiefullføringsstudie er avhengig av flere faktorer, blant annet kompleksiteten av designet, hvor fyldige de individuelle historiene er (noe som kan være vanskelig å forutse på forhånd) og formålet med forskningen (Clarke et al. 2017). Jo flere sammenligninger prosjektet legger opp til, jo flere deltakere bør man ha. Da dette prosjektet endte med 20 personer totalt, samt at fordelingen mellom historiestammene var såpass skjev (13/7), var ikke undersøkelsens komparative design særlig aktuelt i analysekonteksten. I en større og mer omfattende studie ville det vært interessant å se om de to historiestammene hadde generert systematiske forskjeller.

Muligheten for å distribuere undersøkelsen via internettbaserte spørreskjema er regnet som en av styrkene ved metoden. Dette gjør undersøkelsen lett tilgjengelig, anonymitet kan opprettholdes og svarene finnes digitalt tilgjengelige for forskeren med det samme de er utfylt (Clarke et al., 2017). Dette passet godt med ønsket om å sikre deltakernes anonymitet. Det kan likevel antas at anonym digital rekruttering vanskeliggjorde rekrutteringsprosessen. At

lenken var åpnet 368 ganger viser at lenken nådde frem til mange. 65 personer begynte å besvare undersøkelsen, men ga seg før denne var fullført. At kun 20 personer fullførte av alle lenken nådde frem til kan bety at deltakerne opplevde undersøkelsen som krevende å delta i. Dersom anonymitet ikke hadde vært en faktor hadde det vært mulig å purre direkte til deltakere, eller gjennomføre undersøkelsen på papirform i for eksempel en gruppesetting på universitetet. Dette ville kunne ha ført til flere besvarelser.

Med tanke på undersøkelsens overførbarhet hadde det vært ønskelig med mer demografisk informasjon om deltakergruppen. Fordi gruppen allerede er tilspisset ville dette ha utfordret prinsippet om anonymitet fordi tilleggsinformasjon om for eksempel semestertilhørighet og alder ville kunne medføre mulig identifikasjon. Anonymitet ble i denne sammenheng vurdert som viktigere, og det ble derfor besluttet å holde demografisk informasjon på et minimum. Dette valget ble understøttet av at hovedmålet med oppgaven var å undersøke historiene og en mulig forskjell mellom disse heller enn å kunne si noe om deltakergruppen. Dersom undersøkelsens omfang hadde vært større hadde det vært interessant å for eksempel undersøke forskjeller på semester- eller universitetstilhørighet for å se om historiene kunne bli påvirket av utdanningsforløp.

Mer utfyllende instruksjoner kunne trygget deltakerne i skrivingen uten at oppgavens tvetydighet nødvendigvis ville forsvunnet. I ettertid er det også tydelig at et enklere design hadde passet bedre for en oppgave av denne størrelsen, da jeg ikke fikk anledning til å bruke det komparative designet i analyseprosessen. Et enklere design hadde også medført muligheten for en enklere historiestamme, noe som hadde vært en fordel for å forhindre at deltakernes historier blir påvirket av historiestammen jeg designet heller enn av deltakernes fantasi og kreativitet. Det er likevel verdt å nevne at ved at funnene i denne undersøkelsen er i overensstemmelse med mye av litteraturen på feltet (Ng et al., 2016; Veseth, 2014; Davidson

et al., 2006). Dette kan tas til inntekt for undersøkelsens gyldighet til tross for at flere endringer ville vært gjort i overgangen til større studie.

### **Implikasjoner**

Historiefullføring er en metode som kan bidra til interessante utforskninger av hvordan vi ser for oss andres liv. Metoden er ressursbesparende og bærer også med seg muligheten for å gjennomføre kvalitativ forskning over internett. Dette vil kanskje anses som et særlig fortrinn i etterkant av Koronapandemien.

I møte med historiestammen fremstår det at deltakerne opplevde det som vanskelig å se for seg Lisas liv som varig bedre i etterkant av avslutning av terapi. Lisa og hennes liv ble beskrevet med utgangspunkt i symptomer knyttet til EUPF-diagnosen. Dette kan ha vært påvirket av formuleringen av historiestammen og oppgaveinstruksjonen. Likevel peker funnene på at forståelsen av EUPF er knyttet til behandlingspessimisme. Det vil være hensiktsmessig å jobbe for at det blir tydeligere for studentene at bedring for denne pasientgruppen er både mulig og vanlig i arbeidet med å motvirke stigma knyttet til diagnosen. Tilgang på rett behandling for denne pasientgruppen er fremdeles noe som må jobbes frem. Dersom pasienter antas å ikke bli bedre, mens terapi anses som nyttig uansett, er det fare for at personer med EUPF vil fortsette å holdes i terapiforløp som ikke fungerer - til tross for at behandling finnes og bedring er mulig.

For å best mulig kunne støtte folk på veien mot bedring er det viktig at behandlere ser mennesket som kommer i behandling som person i tillegg til pasient. Deltakerne i denne studien er ikke behandlere, og det må derfor tas forbehold dersom resultatene skal generaliseres til denne gruppen. Likevel er deltakerne en del av fremtidens behandlere. Å hjelpe studentene til å se personer utenfor diagnosen kan også virke styrkende i deres fremtidige møte med pasienter. Et fokus på hverdag og fellesmenneskelige mål i løpet av utdannelsen kan støtte studenter i fremtidig behandlerarbeid.

Psykologstudentene studerer ikke i et vakuum. Resultatene viser derfor også til et behov i samfunnet generelt for å jobbe frem et syn på mennesker med og uten psykiske lidelser som likeverdige og med de samme grunnleggende behov og ønsker. I tillegg er det viktig å støtte både pasienter og behandlere i å se personen i en ny rolle etter avsluttet behandling.

### **Sammenfatning**

Formålet med studien var å undersøke hvordan psykologstudenter ser for seg livet etter endt behandling for en person med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, samt å evaluere bruken av historiefullføring som metode i møte med dette forskningsspørsmålet. Ut ifra resultatene fremkommer det et kontinuum mellom annerledeshet og fellesmenneskelighet som gjenspeiles i recoverylitteraturen. Fremstillingen av livet til den tidligere pasienten fremstår uløselig knyttet til de diagnostiske kriteriene for EUPF. Til tross for at flere historier viser en forståelse av recoveryperspektivet på bedring, preges likevel bedringsutsiktene av pessimisme, og den tidligere pasientens liv defineres med utgangspunkt i diagnostiske kriterier og symptomer. Evalueringen av metoden identifiserte fallgruver knyttet til bruk av tvetydig informasjon i historiestammene og informasjonen som ledsaget undersøkelsen. Samtidig ga historiefullføring spennende innsikt, og anses som å gi interessante muligheter for datainnsamling for dette og lignende tematiske forskningsspørsmål.

**Referanser**

- Anthony, W. A. (2004). The principle of personhood: The field's transcendent principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 205-205. doi:10.2975/27.2004.205.205
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 351. doi:10.1186/s12888-018-1908-3
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743. doi:10.1016/S0140-6736(14)61394-5
- Bentall, R. (2006). Madness explained: Why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. *Medical Hypotheses*, 66(2), 220-233. doi:https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.09.026
- Berger, B. (2014). Power, Selfhood, and Identity: A Feminist Critique of Borderline Personality Disorder. *Advocates' Forum* (2014). Hentet fra <https://www.ssa.uchicago.edu/power-selfhood-and-identity-feminist-critique-borderline-personality-disorder>
- Biskin, R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(7), 303-308. doi:10.1177/070674371506000702
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(5), 452-459. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/05/bedringsprosesser-slik-de-leves-i-hverdagslivet-bruker erfaringer-ved-alvorlige?redirected=1>
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapssammenstilling*. NAPHA. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Chapman, J., Jamil, R. T., & Fleisher, C. (2019). Borderline Personality Disorder. *StatPearls [Internet]*. (2020 Jan-). Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
- Clarke, V., Hayfield, N., Moller, N., & Tischner, I. (2017). Once upon a time...: Qualitative story completion methods. In: Braun, Virginia; Clarke, Victoria and Gray, Debra eds. *Collecting Qualitative Data: A Practical Guide to Textual, Media and Virtual Techniques*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 45-70.
- Correale, A. (u.å.). Hysteria and Borderline Disorder: Similarities and Differences. *European Journal of Psychoanalysis*. Hentet 16. januar 2020 fra <https://www.journal-psychoanalysis.eu/hysteria-and-borderline-disorder-similarities-and-differences/>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495-510. doi:10.1037/a0015616
- Danielsen, M. A., & Fyllingen, L. D. (2018, 03. september). Stopp den nye kvinneprofesjonen. *Khrono*. Hentet fra <https://khrono.no/shot-student-kvotering/stopp-den-nye-kvinneprofesjonen/234986>
- Davidson, L., Roe, D., Stern, E., Zisman-Ilani, Y., O'Connell, M., & Corrigan, P. (2012). If I Choose it, Am I More Likely to Use it? *International Journal of Person Centered Medicine*, 2(3), 577-592. doi:<https://doi.org/10.5750/ijpcm.v2i3.201>
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Frey, J., & Kirk, T. A. (2008). From “Double Trouble” to “Dual Recovery”: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273-290. doi:10.1080/15504260802072396

- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. doi:10.1037/0735-7028.36.5.480
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatr Serv*, 57(5), 640-645. doi:10.1176/ps.2006.57.5.640
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. doi:10.1080/09638230701482394
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). 5. Forskerrollen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>
- Direktoratet for e-helse, & Verdens helseorganisasjon. (2019). F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne. In *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelse: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/1/0/0/-1>
- Eidse, J. (2017, 15. november). Borderline Personality Disorder (BPD) – The New Hysteria. [Blogginnlegg]. Hentet fra <https://itsnotjustyou.ca/2017/11/15/borderline-personality-disorder-bpd-the-new-hysteria/>
- Finlay, L. (2002). “Outing” the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545. doi:10.1177/104973202129120052
- Foucault, M. (1999). *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Fossheim, H. J. (2015, 17. juni). Samtykke. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Samtykke/>

Gallagher, S. (2012). What Is Phenomenology? In S. Gallagher (Ed.), *Phenomenology* (pp. 7-18).

London: Palgrave Macmillan UK.

Grepperud, T. (2018, 3. april). Stabilt sideleie. Hentet fra <https://katarsisuib.no/sublimert-stabilt-sideleie/>

Hackmann, C., Balhara, Y. P. S., Clayman, K., Nemec, P. B., Notley, C., Pike, K., . . . Shakespeare, T. (2019). Perspectives on ICD-11 to understand and improve mental health diagnosis using expertise by experience (INCLUDE Study): an international qualitative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 778-785. doi:10.1016/S2215-0366(19)30093-8

Hansen, H. (2020). *Tidlig intervensjon og recoveryprosesser ved førsteepisode psykose: En kvalitativ utforsking av ulike perspektiver*. (Doktorgradsavhandling Universitetet i Bergen). Hentet fra [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/21555/dr.thesis\\_2020\\_Hege\\_Hansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/21555/dr.thesis_2020_Hege_Hansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Harding, K. (2020). Words matter: the Royal College of Psychiatrists' position statement on personality disorder. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), e25. doi:10.1016/S2215-0366(20)30126-7

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (Vol. IS-1948). Oslo: Helsedirektoratet.

Holmen, H. (2012, 14. desember). epistemisk urett. In *Store Norske Leksikon*. Hentet fra [https://snl.no/epistemisk\\_urett](https://snl.no/epistemisk_urett).

Horn, N., Johnstone, L., & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental Health*, 16(2), 255-269. doi:10.1080/09638230601056371

In, J. (2017). Introduction of a pilot study. *Korean journal of anesthesiology*, 70(6), 601-605. doi:10.4097/kjae.2017.70.6.601



- Klevan, T., Sundet, R., & Sælør, K. (2019). Ensretting, standardisering og kunnskapsbasert praksis – autoetnografi som motstand? *Forskning og forandring*, 2(2), 105-123.  
doi:10.23865/fof.v2.1523
- Kling, R. (2014). Borderline personality disorder, language, and stigma. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry*, 16(2), 114-119.  
doi:10.1891/1559-4343.16.2.114
- Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. In N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E. A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (pp. 157-205). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2006). *Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning*. (FOR-2006-06-30-859). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-30-859>
- Kvarstein, E. H., Urnes, Ø., Eikenæs, I. U.-M., Holst, A., Ekeberg, Ø., & Hem, E. (2020, 7. januar). Ny behandling gir optimisme. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/ny-behandling-gir-optimisme/71996469>
- Kverme, B., Natvik, E., Veseth, M., & Moltu, C. (2019). Moving Toward Connectedness - A Qualitative Study of Recovery Processes for People With Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00430
- Kyratsous, M., & Sanati, A. (2017). Epistemic injustice and responsibility in borderline personality disorder. *J Eval Clin Pract*, 23(5), 974-980. doi:10.1111/jep.12609
- Lam, D. C., Salkovskis, P. M., & Hogg, L. I. (2016). 'Judging a book by its cover': An experimental study of the negative impact of a diagnosis of borderline personality disorder on clinicians' judgements of uncomplicated panic disorder. *Br J Clin Psychol*, 55(3), 253-268.  
doi:10.1111/bjc.12093
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.

- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461. doi:10.1016/s0140-6736(04)16770-6
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/s0140-6736(01)05627-6
- Manger, T., & Wormnes, B. (2015, 13. juni, sist oppdatert 16. november 2019). Slik formes vi av andres forventninger. Hentet fra [https://psykologisk.no/2015/06/slik-formes-vi-av-andres-forventninger/#\\_ENREF\\_4](https://psykologisk.no/2015/06/slik-formes-vi-av-andres-forventninger/#_ENREF_4)
- Martin, J., & Bickhard, M. H. (2012). *The Psychology of Personhood : Philosophical, Historical, Social-Developmental, and Narrative Perspectives*. Cambridge, UNITED KINGDOM: Cambridge University Press.
- McGlashan, T. H. (1986). The Chestnut Lodge Follow-up Study: III. Long-term Outcome of Borderline Personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43(1), 20-30. doi:10.1001/archpsyc.1986.01800010022003
- Mehlum, L., & Jensen, A. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 22(126), 2946-2949.
- Moxnes, P. (2017, 25. oktober). Veien ut av «tåkeheimen». *Morgenbladet*. Hentet fra <https://morgenbladet.no/ideer/2017/10/veien-ut-av-takeheimen>
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. *Research in Nursing & Health*, 22(4), 285-293. doi:10.1002/(sici)1098-240x(199908)22:4<285::Aid-nur3>3.0.Co;2-r
- Ness, O. (2016). De små ting – om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. In B. Karlsson (Ed.), *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus* (1 ed., pp. 58-74): Gyldendal Akademisk.

- Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385(9969), 727-734. doi:10.1016/S0140-6736(14)61283-6
- Ng, F. Y., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2016). Recovery from Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Perspectives of Consumers, Clinicians, Family and Carers. *PLoS One*, 11(8), e0160515. doi:10.1371/journal.pone.0160515
- Ng, F. Y. Y., Townsend, M. L., Miller, C. E., Jewell, M., & Grenyer, B. F. S. (2019). The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), 10. doi:10.1186/s40479-019-0107-2
- Norges Forskningsråd. (2011, 18. februar). Håp for forstyrrede. Hentet fra <https://forskning.no/psykologi-norges-forskningsrad-sosiale-relasjoner/hap-for-forstyrrede/793127>
- Olfson, M., Blanco, C., Wall, M., Liu, S.-M., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2017). National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States. *JAMA Psychiatry*, 74(11), 1095-1103. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2582
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487. doi:https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271
- Persson, M. (2014, 30. januar). Orden i det avvikende. *Socius*. Hentet fra <http://socius.sosiologi.org/2014/01/30/orden-i-det-avvikende/>
- Pilgrim, D., & McCranie, A. (2013). *Recovery and Mental Health: A Critical Sociological Account*. New York: Palgrave Mcmillian.
- QSR International Pty Ltd. (u.å.). Powerful research, simplified. Hentet 03. april 2020 fra <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/about/nvivo>
- Recovery in the Bin. (2016a, februar). About. Hentet fra <https://recoveryinthebin.org/>

- Recovery in the Bin. (2016b, 20. februar). A simple guide to avoid receiving a diagnosis of 'personality disorder'. Hentet fra <https://recoveryinthebin.org/2016/02/20/a-simple-guide-to-avoid-receiving-a-diagnosis-of-personality-disorder/>
- Recovery in the Bin. (2019, 3. april). RITB Position Statement On Borderline Personality Disorder. Hentet fra <https://recoveryinthebin.org/2019/04/03/ritb-position-statement-on-borderline-personality-disorder/>
- Reed, G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry, 17*(2), 227-229. doi:10.1002/wps.20533
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health, 23*(5), 217-218. doi:10.3109/09638237.2014.928406
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom : teacher expectation and pupils' intellectual development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Rowe, M., & Davidson, L. (2016). Recovering Citizenship. *Isr J Psychiatry Relat Sci, 53*(1), 14-20.
- Royal College of Psychiatrists. (2020, januar). *PS01/20: Services for people diagnosed with personality disorder*. Hentet fra [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps01\\_20.pdf?sfvrsn=85af7fbc\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps01_20.pdf?sfvrsn=85af7fbc_2)
- Sælør, K. T., Ness, O., & Semb, R. (2015). Taking the plunge: Service users' experiences of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist, 2*, e9. doi:<https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e9>
- Shaw, C., & Proctor, G. (2005). I. Women at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Feminism & Psychology, 15*(4), 483-490. doi:10.1177/0959-353505057620
- Simons, P. (2020, 5. mai). Almost Everyone Meets Criteria for 'Mental Illness'. Hentet fra <https://www.madinamerica.com/2020/05/almost-everyone-meets-criteria-mental-illness/>

- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskr Nor Legeforen*, 9(128), 1066-1069. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2008/05/kronikk/mentalisering-et-nytt-teoretisk-og-terapeutisk-begrep>
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slattery, M. (2003). *Key Ideas in Sociology*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Sulzer, S. H. (2015). Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine*, 142, 82-89. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.008>
- Szasz, T. S. (1971). *The Manufacture of Madness*. Storbritannia: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC psychiatry*, 16, 249-249. doi:[10.1186/s12888-016-0939-x](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x)
- The Lancet. (2015). Rethinking personality disorder. [Editorial]. *The Lancet*, 385(9969), 664. doi:[10.1016/S0140-6736\(15\)60272-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60272-0)
- The Lancet Psychiatry. (2019). Beyond the borderline. [Editorial]. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 187. doi:[10.1016/S2215-0366\(19\)30051-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30051-3)
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2009). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *Int J Soc Psychiatry*, 57(1), 90-99. doi:[10.1177/0020764009345062](https://doi.org/10.1177/0020764009345062)
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58(6), 590-596. doi:[10.1001/archpsyc.58.6.590](https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590)
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726. doi:[10.1016/S0140-6736\(14\)61995-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)

- Ulleberg, H. P. (2002, 22. oktober). Hermeneutikk - sentrale dimensjoner. Hentet fra <http://www.sv.ntnu.no/ped/hans.petter.ulleberg/hermeneutikk.htm>
- Vanvuren, C. (2017, 18. mai). The History of Hysteria: Sexism in Diagnosis. [Blogginnlegg]. Hentet fra <https://www.talkspace.com/blog/history-hysteria-sexism-diagnosis/>
- Veseth, M. (2014). Folk blir bedre. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(1), 29-35.
- Veseth, M. (2019, 12. juli). Et godt liv. Hentet fra <https://psykologisk.no/2019/07/et-godt-liv/>
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. (2017). Collaborating to stay open and aware: Service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256-263. doi:10.1080/19012276.2017.1282324
- Veseth, M., & Bjørnestad, J. (2014, 15. oktober). Ikke psyk for alltid. *Bergens Tidende*. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeneringer/kronikk/i/okwGj/ikke-psyk-for-alltid>
- Veseth, M., & Skjølberg, Å. (2016). Lidelse kan lettes og gode liv leves. Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. In K. Underlid, K. Dyregrov, & F. Thuen (Eds.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (pp. 213-230): Cappelen Damm Akademisk.
- Watts, J. (2017, 14. februar). Testimonial Injustice And Borderline Personality Disorder. Hentet fra [https://www.huffingtonpost.co.uk/dr-jay-watts/testimonial-injustice-and\\_b\\_14738494.html?guccounter=1](https://www.huffingtonpost.co.uk/dr-jay-watts/testimonial-injustice-and_b_14738494.html?guccounter=1)
- Watts, J. (2019). Problems with the ICD-11 classification of personality disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(6), 461-463. doi:10.1016/S2215-0366(19)30127-0
- Willyard, C. (2011). Men: A growing minority? *gradPSYCH Magazine*, 2011(11), 40. Hentet fra <https://www.apa.org/gradpsych/2011/01/cover-men>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., . . . Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69-78. doi:10.1192/bjp.2019.166

World Health Organization. (2018a). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* [11th Revision]. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>

World Health Organization. (2018b, 18. juni). WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). Hentet fra [https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 476-483.  
doi:10.1176/appi.ajp.2011.11101550

## Vedlegg 1: Samtale med NSD

28.5.2020

Gmail - (ikke noe emne)



Thea Grepperud &lt;thea.grepperud@gmail.com&gt;

**(ikke noe emne)**

1 e-post

**no-reply@puzzel.com** <no-reply@puzzel.com>  
Til: thea.grepperud@gmail.com

16. januar 2020 kl. 12:55

12:33

Hei!

Jeg lurer på om jeg trenger å melde prosjektet mitt i sammenheng med hovedoppgave på psykologstudiet ved UiB våren 2020. Deltakerne vil være ca 40 - 60 psykologstudenter. Deltakerne vil i første omgang rekrutteres fra profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen, og siden muligens også fra ett av de andre universitetene i Norge som tilbyr denne utdanningen. Datainnsamlingen vil foregå anonymt over internett ved hjelp av SurveyXact.

Prosjektet sikter på å undersøke hvordan psykologstudenter ser for seg pasienter med personlighetsforstyrrelse sine liv. Forsknings spørsmålene i dette prosjektet er: Hvordan beskriver og forklarer psykologistudenter hverdagslivet til folk med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse? Og hvilken rolle spiller språket som benyttes for å beskrive pasientene inn på slike beskrivelser og forklaringer?

Jeg vil ta i bruk den kvalitative metoden historiefullføring, der deltakerne vil bli bedt om å skrive en fiktiv historie basert på en stamme jeg presenterer for dem. Deltakerne vil bli presentert med én av to mulige historiestammer, slik at 50% av deltakere får den ene historiestammen, mens de resterende får den andre. Historiene vil siden analyseres med egnet metode for å se hvordan psykologstudentene beskriver pasientens hverdagsliv, samt om de ulike stammene genererer ulike syn på den beskrevne pasienten.

Vi vil ikke be om personlige historier fra deltakernes liv, og vil kun be deltakerne gi informasjon om universitetstilhørighet, kjønn og hvilket år de er på i studieforløpet. Disse dataene vil ikke knyttes til historiene deltakerne skriver, men vil kunne gi oss viktig informasjon om deltakergruppen.

Stammene er som følger:

1) «Se for deg at du leser sistesiden i epikrisen til en pasient. Der står det avslutningsvis: «Lisa har mottatt behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun er vurdert som å ha hatt noe effekt opp mot symptomer knyttet til å være manipulerende, ustabil, impulsiv og fiendtlig. Lisa avsluttes med dette etter eget ønske.» Hvordan ser du for deg det neste året i Lisas liv? Vennligst skriv en historie om Lisa og hennes hverdag som du bruker minst 15 minutter på.»

2) «Se for deg at du leser sistesiden i epikrisen til en pasient. Der står det avslutningsvis: «Lisa har mottatt behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun er vurdert som å ha hatt noe effekt opp mot symptomer knyttet til å søke nærhet samtidig som kaotiske følelser, frykt for avvísning og en opplevelse av å være



28.5.2020

Gmail - (ikke noe emne)

annerledes vanskeligjør nettopp relasjoner til andre. Lisa avsluttes med dette etter eget ønske.» Hvordan ser du for deg det neste året i Lisas liv? Vennligst skriv en historie om Lisa og hennes hverdag som du bruker minst 15 minutter på.»

Må jeg melde dette prosjektet?

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen,  
Thea Grepperud

12:44 Mathilde  
Hansen

Hei

12:47 Mathilde  
Hansen

Hvorvidt prosjektet må meldes til NSD, avhenger av ulike faktorer. Dersom prosjektet er anonymt skal det ikke meldes til NSD.  
- Det må da ikke innhentes bakgrunnsvariabler slik at deltakerne kan identifiseres. Dette må vurderes konkret i lys av helheten på undersøkelsen.

- Det må benyttes en anonym løsning via leverandøren, slik at det ikke registreres e-postadresser, IP-adresser eller andre nettidentifikatorer til besvarelsene.

- Unngå at deltakerne skriver faktorer som muliggjør at de identifiseres i åpne felt.

Jeg anbefaler dermed at du først finner ut av om det skal benyttes en anonym løsning via leverandøren.

12:49 Mathilde  
Hansen

Les også gjerne følgende informasjon: [https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/nettbaserte\\_sporreundersokelser.html](https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/nettbaserte_sporreundersokelser.html)

## Vedlegg 2: Mail fra Rambøl angående anonymitet

29.5.2020

Gmail - Randomisering?



Thea Grepperud &lt;thea.grepperud@gmail.com&gt;

---

### Randomisering?

---

**Nora Handeland Ovenberg** <nora.ovenberg@ramboll.com>  
Til: Thea Grepperud <thea.grepperud@gmail.com>

20. januar 2020 kl. 08:51

Hei Thea,

Fint, det skal vi få ordnet. Beregner at vi vil bruke rundt 3 timer, som inkluderer at vi tester at løsningen fungerer som den skal. Timesprisen er på 1350,- men vi kan si en totalpris på 3000,-. Høres det greit ut? I så fall er det fint om du sender faktureringsinformasjon.

Går ut ifra at du skal distribuere undersøkelsen via selvpopprettelseslenke, ikke importere et utvalg av e-postadresser i systemet?

Med mindre du spør om personidentifiserbar informasjon i selve spørreskjema, er undersøkelsen anonym dersom du bruker selvpopprettelseslenke.

Dersom du skal sende e-poster fra systemet til et utvalg respondenter må du sette på anonymitetsfunksjonen.

SurveyXact samler ikke inn e-postadresser med mindre du selv aktivt legger dem inn i systemet (som ved distribusjon via e-post) eller ber dem oppgi e-post i spørreskjema.

IP-adresser lagres på SurveyXact sine servere i inntil 6 måneder, men kun av drifts- og loggmessige årsaker. De lagers altså ikke i selve SurveyXact-systemet, og verken du som bruker eller vi som ansatte vil ha noen mulighet for å få tilgang til dem. Ellers samler ikke SurveyXact inn noen informasjon som du ikke selv angir i undersøkelsen (som f.eks. nettidetifikator osv.).

Du kan lese mer om GDPR og SurveyXact her: <https://www.surveyxact.no/gdpr/>

Gi beskjed når undersøkelsen er helt klar, så programmerer vi aktiveringene som skal legges inn og tester spørreskjema så snart vi har mulighet 😊 Du må regne med rundt en til to virkedager før vi har det helt klart.

Med vennlig hilsen

**Nora Handeland Ovenberg**

Konsulent

D +47 48277136

M +47 48277136

[nora.ovenberg@ramboll.com](mailto:nora.ovenberg@ramboll.com)

**From:** Thea Grepperud <thea.grepperud@gmail.com>

**Sent:** søndag 19. januar 2020 08:12

**To:** 47461495 SurveyXact <47461495@ramboll.com>

**Subject:** Re: Randomisering?

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=54f568f736&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1656232788444504865&dsqt=1&simpl=msg-f%3A165623278...> 1/3

### Vedlegg 3: Spørreskjemaet

28.5.2020

SurveyXact

Velkommen til denne undersøkelsen i forbindelse med et hovedoppgaveprosjekt knyttet til profesjonsstudiet i psykologi ved UiB. I dette prosjektet er vi interessert i å undersøke hvordan psykologstudenter ser for seg og beskriver livene til pasienter. Dette vil gjøres ved at du skriver en fiktiv historie basert på en historiestamme du får utdelt. Undersøkelsen vil ta ca. 15 minutter.

Undersøkelsen samler ikke inn personopplysninger og du står fritt til å trekke deg frem til undersøkelsen er levert. Dette gjøres ved å lukke nettleseren uten å sende inn besvarelsen.

Deltakelse i undersøkelsen regnes som informert samtykke.

Ved spørsmål kan du kontakte ansvarlig student Thea Grepperud (thea.grepperud@student.uib.no/48030281).

Går du for øyeblikket på profesjonsstudiet i psykologi?

- Ja  
 Nei

Studiested

- Universitetet i Tromsø (UiT)  
 Universitetet i Bergen (UiB)  
 Universitetet i Oslo (UiO)  
 Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)  
 Annet \_\_\_\_\_

Kjønn:

- Kvinne  
 Mann  
 Annet  
 Foretrekker å ikke svare

Se for deg at du leser sistesiden i epikrisen til en pasient. Der står det avslutningsvis:

«Lisa har mottatt behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun er vurdert som å ha hatt noe effekt når det gjelder å håndtere intens engstelse, krevende mellommenneskelige relasjoner og sterke følelsesutbrudd knyttet til vansker med nærhet. Lisa avsluttes med dette etter eget ønske»

Hvordan ser du for deg Lisas liv det neste året?  
Vennligst bruk minst 10 minutter på å skrive en historie om Lisas liv.

(På PC kan tekstboksen forstørres ved å dra i det nederste høyre hjørnet)

28.5.2020

SurveyXact

Se for deg at du leser sistesiden i epikrisen til en pasient. Der står det avslutningsvis:

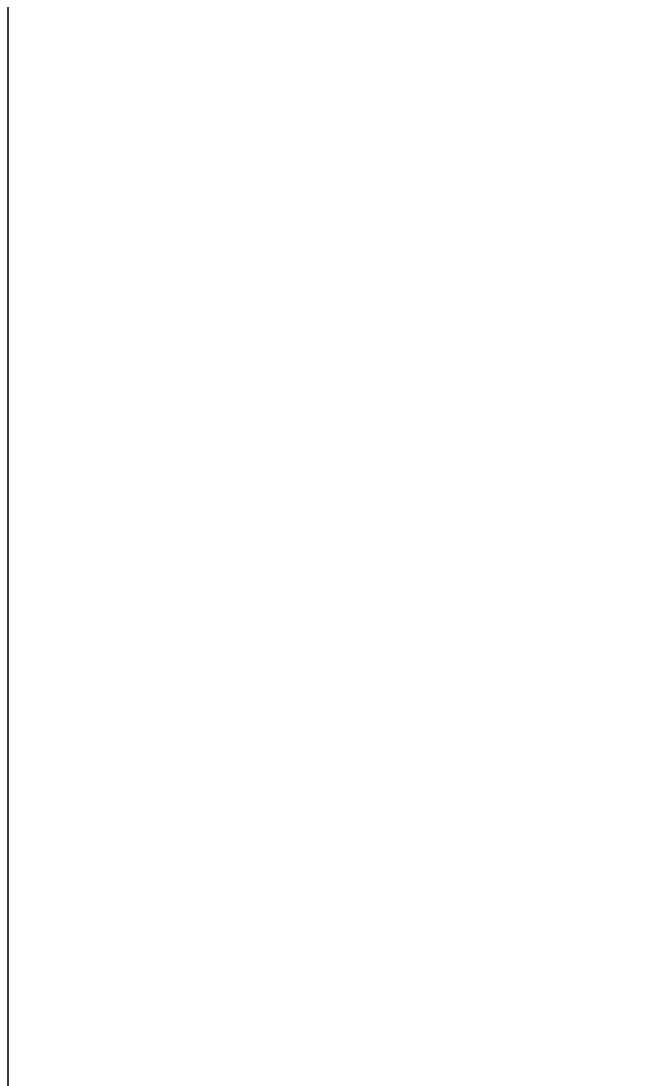
«Lisa har mottatt behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun er vurdert som å ha hatt noe effekt når det gjelder symptomer knyttet til å være manipulerende, ustabil, impulsiv og fiendtlig. Lisa avsluttes med dette etter eget ønske.»

Hvordan ser du for deg Lisas liv det neste året?  
Vennligst bruk minst 10 minutter på å skrive en historie om Lisas liv.

(På PC kan tekstboksen forstørres ved å dra i det nederste høyre hjørnet)

28.5.2020

SurveyXact



Vi takker for din deltakelse i dette prosjektet. Du har vært til stor hjelp!  
Av hensyn til prosjektet ber vi deg om å ikke diskutere din besvarelse med dine medstudenter.

Ved spørsmål kan du ta kontakt med ansvarlig student Thea Grepperud  
([thea.grepperud@student.uib.no](mailto:thea.grepperud@student.uib.no)/48030281).

Kommentarer:

