

# Uten indre agens – Hvordan opplever kvinnelige pasienter med personlighets forstyrrelse og ruslidelse sine psykologiske vansker?

Katharina T.E. Morken, Kari Lossius og Nina Arefjord

## Sammendrag

**Problemstilling:** Hvordan er det å leve med alvorlig personlighetsforstyrrelse og komorbid ruslidelse; hvordan beskriver og opplever pasientene sine egne psykologiske vansker? Hvordan beskriver og opplever pasientene sin egen rusbruk og årsaken til at de ruser seg?

**Utvalg:** Semi-strukturerte kvalitative intervju ble gjennomført med 13 kvinnelige pasienter med komorbid personlighetsforstyrrelse og ruslidelser to år etter fullført mentaliseringsbasert terapi (MBT).

**Metode:** Kvalitative intervjuer ble analysert med tematisk analyse innenfor en hermeneutisk-fenomenologisk epistemologi.

**Resultater:** Følgende tema ble funnet: "Jeg bare gjør det", "Jeg er for mye", "Jeg er fæl", "Jeg er redd andre", og "Jeg ruser meg for å holde ut".

*Katharina T.E. Morken: Psykologspesialist/stipendiat, Stiftelsen Bergensklinikken, Vestre Torggt 11, 5013 Bergen, Norge; Universitetet i Bergen, Institutt for klinisk psykologi, Christies gate 12, 5015 Bergen. Kari Lossius: Psykologspesialist/fagdirektør, Stiftelsen Bergensklinikken, Vestre Torggt 11, 5013 Bergen, Norge. Nina Arefjord: Psykologspesialist, Kompetansesenter rus – Region Vest, Stiftelsen Bergensklinikken, Vestre Torggt 11, 5013 Bergen, Norge*

*Kontakt: All korrespondanse kan adresseres til førsteforfatter Katharina T.E Morken, [kthm@bergenclinics.no](mailto:kthm@bergenclinics.no), Vestre Torggt 11, 5013 Bergen, Norge*

Konklusjon: Personlighetsforstyrrelse med samtidig ruslidelse oppleves av pasientene som en lidelse med en gjensidig selvforsterkende spiral av vansker med selv og andre hvor rus er en strategi for å regulere disse vanskene.

## Introduksjon

Det er en veldokumentert og sterk sammenheng mellom skadelig bruk av rusmidler ("substance use disorders", SUD) og personlighetsforstyrrelser (PF) (Grant et al., 2004; Verheul, 2001). Det er vanlig at pasienter med rusproblematikk også har personlighetsproblematikk. Det er da paradoksalt at det å ha en rusdiagnose er noe som ofte fører til eksklusjon fra spesialiserte behandlingsprogrammer for PF, samt at innen rusfeltet så er kunnskap om PF manglende (Bosch & Verheul, 2007; Karterud, Arefjord, Andresen, & Pedersen, 2009). Det er fortsatt lite dokumentert evidens vedrørende hva som er effektiv terapi for samsykeligheten ruslidelser og PF (Lee, Cameron, & Jenner, 2015). Flere forskere og psykoterapeuter anbefaler tosidig fokusert behandling, hvor rusbruk og personlighetsproblematikk jobbes med samtidig (Bosch & Verheul, 2007; Ross, Dermatis, Levounis, & Galanter, 2003). Det er dog fortsatt noe uklart hva dette doble fokuset skal innebære i møtet med pasienter som sliter med alvorlig rusavhengighet, relasjonsvansker og selvreguleringsvansker. For å kunne skreddersy behandling er det sentralt å forstå hvordan pasienter selv opplever sine psykologiske vansker. Det er også avgjørende å ha en grunnleggende modell for årsakene til rusmiddelbruk og hvordan denne henger sammen med pasientens øvrige psykiske problemer. Kvalitativ forskning vil kunne øke kunnskapen vår om pasientenes egne opplevelser av sin lidelse. Kunnskap om pasienters egenopplevelse gjør det lettere å skreddersy hensiktsmessige behandlingstilnærminger. Fokus på pasienters egen opplevelse kan belyse hva som er viktige fokus i behandling. Kvalitative perspektiver er viktig for at psykoterapiforskning skal holde seg levende og i kontakt med fenomenet som studeres (Binder et al., 2016).

Det eksisterer få kvalitative studier på gruppen PF/SUD. Vi har ikke funnet noen studier som undersøker PF/SUD-pasienter sin opplevelse av egne psykologiske vansker. Noen studier har vært rettet mot pasienter med emosjonelt ustabil PF (borderline) og har utforsket deres opplevelse av egen patologi. I én studie fant de en splitt mellom hvordan deltakerne opplever seg selv versus andre, hvor de opplevde seg selv som altruistiske og offer for uheldige omstendigheter, mens andre ble oppfattet som egoistiske og selvtilfredse (Dammann et al., 2011). I en annen studie fant man at selvskading og overdoser hadde

forskjellige funksjoner, selvskading som selvregulering og overdoser som suicidforsøk (Brooke & Horne, 2010). En tredje studie fant diskrepans mellom diagnosekriteriene i DSM IV og pasientene sin opplevelse av egne vansker; her var sentrale tema for pasientene fremmedgjøring, tilkortkommenhet og fortvilelse (Miller, 1994).

Noen kvalitative studier eksisterer på PF-pasienter og PF/SUD-pasienter innenfor MBT (Johnson, Mutti, Springham, & Xenophontes, 2016; Morken, Binder, Arefjord, & Karterud, 2017; O Lonargain, Hodge, & Line, 2017). I disse studiene har fokuset vært på hvordan pasienter opplever endring i MBT, samt hvordan deltakerne opplever MBT som behandling. Mentalisering er funnet som en viktig endringsmekanisme, noe som også støttes i kvantitative prosess-studier (De Meulemeester, Vansteelandt, Luyten, & Lowyck, 2017; Möller, Karlgren, Sandell, Falkenström, & Philips, 2016). Så langt vi kjenner til har ingen studier sett på PF/SUD-pasienters opplevelse av egen patologi, og hvordan rusbruk og personlighetsproblematikk oppleves å henge sammen. Fokus på pasienters opplevelse av egne vansker kan bidra til å utvide vår forståelse av kjerneproblematikken til denne pasientgruppen, samt gi oss en pekepinn på hvor fokuset i behandling bør rettes.

## Hva vet vi om fenomenologien til samtidig PF og ruslidelser?

Noen studier indikerer at pasienter med PF eller ruslidelser alene versus pasienter med samsykeligheten PF / SUD, er forskjellige. Disse forskjellene kan potensielt sett ha påvirkning på hvordan de opplever seg selv, hvordan vi møter dem terapeutisk, og hva deres hjelpebehov er. Studier har funnet forskjeller i alvorlighetsgraden av rusbruken, hvor pasienter med ruslidelser alene har mindre alvorlig rusbruk enn pasienter som har komorbid PF/SUD (Darke, Williamson, Ross, Teesson, & Lynskey, 2004; Langås, Malt, & Opjordsmoen, 2012; Wapp et al., 2015). I tillegg har studier funnet at PF / SUD pasienter har mer alvorlig psykisk problematikk, oftere vansker med vold, lavere funksjonsnivå og mer alvorlige traumehistorier (Karterud et al., 2009; Langås et al., 2012; Wapp et al., 2015). Også behandlingsutfordringene er større når pasientene har begge diagnoser samtidig. Studier har vist at utfall av behandling forverres (Thomas, Melchert, & Banken, 1999), alliansen er vanskeligere å etablere (Olesek et al., 2016), distansert motoverføring er et større problem for hjelpere (Thylstrup & Hesse, 2008), faren for behandlingsavbrudd (drop-out) er høyere (Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006), og risiko for utagering under behandling, f.eks. ved suicidforsøk, er høyere (Yen et al., 2003).

Forskjellige modeller har forsøkt å forklare hvorfor mennesker med personlighetsforstyrrelser ruser seg. Den hyppige samsykeligheten tyder på at de deler etiologiske årsaker (Verheul & van den Brink, 2005). Det er godt forankret i både befolknings-studier og i studier med pasienter fra både psykisk helsevern og fra rusfeltet, at PF/SUD hyppig samvarierer (Verheul, 2001). Det har vært forskjellige modeller for rusbruk opp igjennom tidene, fra modeller med en moralsk forståelse som anerkjenner PF som underliggende risikofaktor, til mer sykdoms- eller biologiske modeller hvor PF ikke sees på som relevant for ruslidelser. Den mest understøttete modellen i dag for ruslidelser er en biopsykososiale modellen. Her er debut og livsløp av rusavhengigheten et resultat av en kontinuerlig gjensidig interaksjon mellom individets biologiske og psykologiske nedarvete egenskaper i tillegg til psykososialt miljø (Verheul, 2001). I en slik modell vil det være innforstått at PF interagerer med ruslidelsen og påvirker begge lidelsenes fremtoning og forløp. Det er sterkest evidens for at PF er primær i en kausalitetsmodell for hvordan PF og rus henger sammen (Verheul & van den Brink, 2005). Mye tyder på at PF gir spesifikke utfordringer for mennesker, og at rusmidler har stort psykologisk potensiale for å lindre disse vanskene. Som kausale agenter har både impulsivitet og affektregulering vært foreslått; det er også flere studier som finner disse mekanismene (Bornovalova, Lejuez, Daughters, Rosenthal, & Lynch, 2005; Coffey, Schumacher, Baschnagel, Hawk, & Holloman, 2011; Gratz, Tull, Baruch, Bornovalova, & Lejuez, 2008; James & Taylor, 2007; Krueidelbach, McCormick, Schulz, & Grueneich, 1993; Verdejo-García, Bechara, Recknor, & Pérez-García, 2007).

Mentaliseringsbasert teori forstår skadelig rusbruk som en måte å regulere tilknytningsaktivering på, noe som pasienter med emosjonelt ustabil PF ofte strever med (Philips, Kahn, & Bateman, 2012). Rusbruk sees på som en av flere regulerende strategier som mennesker med PF benytter seg av i mangel av mentale strategier (evne til mentalisering) for å regulere og håndtere sine indre tilstander. Rusbruk er spesifikt kompliserende da det er mulig at avhengighet til rusmidler kan fordekke og tilsløre tilknytningsbehov (Flores, 2004; Insel, 2003). I tillegg til store vansker med å forstå og regulere sitt eget indre, kompliserer rusmiddelavhengighet ved effektivt å tildekke behov for andre mennesker. Pasientene er sårbare fordi de ikke ser verdien av eller kjenner et subjektivt behov for å knytte seg til andre mennesker. I mentaliseringsbasert terapi (MBT) er selve endringsmekanismen å arbeide med mentaliseringsevnen innenfor tilknytningsrelasjonen til terapeuten. Til nå er det manglende evidens for hvorvidt MBT er en terapi som fungerer for PF/

SUD. I vår egen pilotstudie på samme pasientgruppen fant vi indikasjoner på at MBT kan se ut til å ha effekt i behandling av PF, rus, interpersonlig problematikk, funksjonsnivå og symptomtrykk (Morken, Binder, Molde, Arefjord, & Karterud, 2017). I en randomisert kontrollert studie fra Stockholm var det ingen forskjell mellom kontrollgruppe og MBT gruppen, og på noen av utfallsmålene (GSI og rus) ble pasientene verre. Forfatterne spekulerte i om disse funnene kunne forklares med at terapeutene hadde problemer med å følge manualen (adherence) (Philips, Wennberg, Konradsson, & Franck, 2018). Det sier uansett noe om at pasienter med samsykelighet byr på terapeutiske utfordringer.

I denne studien ønsket vi å belyse nærmere hvordan pasienter med alvorlig PF og ruslidelser opplever sine psykologiske vansker, og vi ønsket spesifikt å forstå mer av hvorfor disse pasientene ruser seg.

## Forskningsspørsmål

1. Hvordan beskriver og opplever pasientene sine egne psykologiske vansker?
2. Hvordan beskriver og opplever pasientene sin egen rusbruk og årsaken til at de ruser seg?

## Metode

### *Pilotprosjektet*

I 2009 bestemte Stiftelsen Bergensklubben seg for å etablere en pilotstudie for å undersøke om MBT kunne være en god tilnærming for kvinnelige pasienter med alvorlig personlighetsforstyrrelse og komorbid ruslidelse. MBT ble tilbudt til 18 kvinnelige pasienter i opptil tre år. Alle terapeuter var utdannet innen MBT med både introduksjons- og fordypningskurs gjennom Institutt for mentalisering i Norge. Teamet hadde ukentlig videoveiledning med intern MBT-veileder og månedlig videoveiledning med ekstern MBT-veileder. Tre artikler er allerede publisert fra denne pilotstudien (Morken, Binder, Molde, et al., 2017; Morken, Binder, Arefjord, et al., 2017; Morken, Karterud, & Arefjord, 2014). For en grundigere beskrivelse av pilotstudien se (Morken, Binder, Molde, et al., 2017). Det ble bestemt at MBT skulle inngå som en del av det ordinære behandlingstilbudet i Stiftelsen Bergensklubben, og per i dag driver et MBT-team fire parallelle kombinasjonsbehandlinger separat for menn og kvinner med dobbeltdiagnoser PF/SUD

## Utvalg

I en etterundersøkelse ble 13 kvinnelige pasienter rekruttert til å delta ca. to år etter fullført MBT behandling, der de ble både kartlagt med testprotokollen fra pilotstudien og dybdeintervjuet med kvalitative intervjuer. De kvalitative intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 64 minutter. Alle pasientene hadde ved behandlingsstart en PF/SUD-diagnose. Inklusjonskriterier var rusavhengighet eller misbrukslidelse samt trekk fra diagnosen emosjonelt ustabil PF diagnostisert med SCID-II (Gibbon, Spitzer, & First, 1997). Den fulle diagnosen emosjonelt ustabil PF var ikke nødvendig for å bli med i pilotstudien. Eksklusjonskriterier var diagnosen schizofreni og deltakelse i legemiddel-assistert rehabilitering (LAR). Alle pasientene hadde personlighetsforstyrrelse med samtidig rusavhengighet, og alle hadde emosjonelt ustabile trekk definert i SCID-II. Se tabell 1 og tabell 2 for diagnostisk profil på de 13 deltakerne.

Tabell 1. Rusdiagnoser ved behandlingsstart

| Diagnostisk profil ruslidelse ved behandlingsstart | N (%)   |
|--|---------|
| Alkohol, skadelig bruk el. avhengighet             | 7 (54%) |
| Benzodiazepiner, skadelig bruk el. avhengighet     | 5 (39%) |
| Opiater, skadelig bruk el. avhengighet             | 4 (31%) |
| Cannabis, skadelig bruk el. avhengighet            | 3 (23%) |
| Amfetamin, skadelig bruk el. avhengighet           | 3 (23%) |

## Rekruttering

Pasienter ble kontaktet per brev og så oppringt over telefon. For deltakelse i etterundersøkelsen fikk de utdelt et gavekort på 500 kr. Fem pasienter ble av forskjellige grunner ikke med i etterundersøkelsen.

Tabell 2. Personlighetsforstyrrelser ved behandlingsstart

| Diagnostisk profil PF ved behandlingsstart | N (%)    |
|--|----------|
| Emosjonelt ustabil PF                      | 10 (77%) |
| Antisosial PF                              | 2 (15%)  |
| Unnvikende PF                              | 3 (23%)  |
| Avhengig PF                                | 1 (8%)   |
| Schizotyp PF                               | 1 (8%)   |
| Paranoid PF                                | 2 (15%)  |
| Tvangspreget PF                            | 1 (8%)   |
| Histrionisk PF                             | 1 (8%)   |
| Narsissistisk PF                           | 0 (0%)   |
| Schizoid PF                                | 0 (0%)   |
| PF NOS                                     | 2 (15%)  |

### *Datainnsamling*

Kvalitative dybdeintervju ble gjennomført for 13 kvinnelige pasienter med komorbid PF\SUD omtrent to år etter gjennomført MBT behandling. Tema i intervjuene var: "Behandlingserfaring før MBT og forskjeller/likheter med MBT", "Deltakernes opplevelse av psykologiske vansker før behandling", "Endringer etter behandling", "Endringer i evnen til å mentalisere", "Evaluering av kombinert psykoterapi og opplevelse av gruppeterapien" og "Opplevelse av terapien som helhet".

## Dataanalyse

Intervjuene ble transkribert og analysert ved hjelp av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) innenfor en hermeneutisk-fenomenologisk epistemologi (Binder, Holgersen, & Moltu, 2012; Van Manen, 2016). Tematisk analyse er en teoretisk uavhengig metode innen kvalitativ forskning som kan brukes innenfor forskjellige epistemologiske rammeverk. I tematisk analyse identifiserer, analyserer og presenterer man mønster i data. Det anbefales å gjøre ens epistemologiske forutsetninger kjent i beskrivelsen av analysen for å øke oppgjennomsløsthet og troverdighet (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse består av seks faser: Bli kjent med data (1), generere de første kodene (2), finne tema i datasettet (3), evaluere tema (4), definere og navngi tema (5), og produsere artikkelen (6). De første tre fasene ble gjort av førsteforfatter alene, mens første- og tredjeforfatter sammen gjorde fase fire og fem, og fase seks inkluderte også arbeid fra andreforfatter. Som epistemologisk rammeverk valgte vi å bruke en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming for analysen, fordi vi anerkjenner at 1) våre profesjonelle og personlige pre-antakelser vil påvirke funnene vi gjør i analysen og 2) vi er interessert i det fenomenologiske aspektet av pasientenes erfaringer, og ønsker å komme deres opplevelse så nær som mulig. Hermeneutisk-fenomenologisk metode er en metode hvor man anvender en lyttende tilnærming og reflekterer over de grunnleggende strukturer av levd liv og menneskelige erfaring (Van Manen, 2016). I en hermeneutisk-fenomenologisk analyse vil refleksjon rundt våre pre-antakelser og beskrivelser av pasientenes levde erfaringer inngå i en dialektisk prosess med hverandre som til sammen former våre funn og resultater (Binder et al., 2012). Gjennom å være undrende og lyttende til pasientens erfaringer på et fenomenologisk nivå vil våre pre-antakelser gradvis komme til syne. Når deres erfaringer trer tydeligere frem, vil også være pre-antakelser bli tydeligere. Dette kalles for refleksivitet innen kvalitativ terminologi (Binder et al., 2012; Finlay & Gough, 2008). Refleksivitet var et viktig verktøy gjennom hele analyseprosessen.

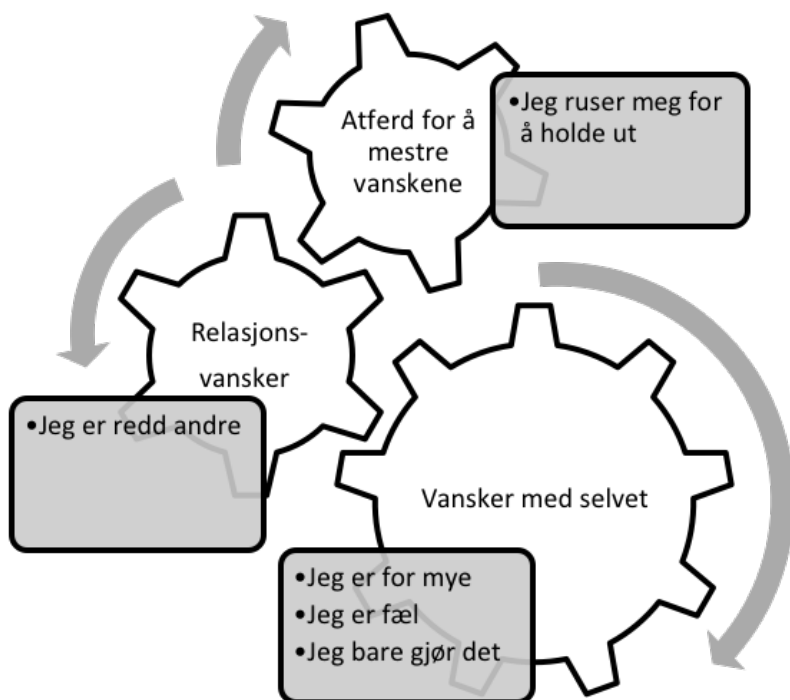
### *Etikk*

Pilotstudien og etterundersøkelsen ble godkjent av Regional etisk komite. Pasientene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og samtykket til deltakelse. Alle de kvalitative intervjuene ble foretatt av kliniske psykologer. Vi vurderte at dette ivaretok pasientenes eventuelle behov for ivaretagelse hvis intervjuene ble opplevd som vanskelig.



## Resultater

Vårt forskningsspørsmål bestod av to ledd: 1) Hvordan opplever pasientene sine egne psykiske vansker? og 2) Hvordan opplever pasientene sin egen rusbruk og hvordan den henger sammen med deres psykiske vansker? I analysen av de kvalitative intervjuene fant vi fem tema som kan belyse forskningsspørsmålene ovenfor. Disse er: «Jeg ruser meg for å holde ut», «Jeg bare gjør det», «Jeg er for mye», «Jeg er redd andre» og «Jeg er fæl». Alle fem tema er infiltrert i og har en gjensidig påvirkning på hverandre. Til sammen utgjør disse temaene pasientenes egen opplevelse av de viktigste momentene i det å ha en alvorlig personlighetsforstyrrelse sammen med en ruslidelse, slik det fremkom i intervjuene. Temaene er kategorisert i tre tema som beskriver selvproblematikk, et tema som beskriver interpersonlig problematikk, samt det siste temaet som beskriver en atferdsproblematikk (rus) for å hankses med vanskene beskrevet ovenfor. I sum fant vi at fenomenologien av å ha PF/SUD oppleves som en gjensidig forsterkende negativ spiral av vansker med selv-og-andre-



fungering. Rus oppleves som en mestringsstrategi som lindrer, men som også forverrer de allerede nevnte vanskene. Se figur 1 for en grafisk fremstilling av funnene.

## Jeg er for mye

Dette temaet handler om pasientenes opplevelse av å ha for smertefulle følelser. Følelsene oppleves som for intense eller for sterke. De er redd for å miste kontrollen eller på andre måte miste seg selv i følelsenes grep. Ord som "atombomber" og "eksplosjoner" ble brukt av pasientene for å beskrive hvor vanskelig det er å ha intense følelser. Sinne er spesielt nevnt som en vanskelig følelse, og sinne fører for noen av pasientene også til vold mot andre mennesker. Camilla beskriver hvordan det å være sint kunne oppleves:

*"Jeg følte liksom topplokket skulle lette, jeg følte at hodet mitt kom til å eksplodere"*

Videre er følelsene skiftende, det går fra en følelse til en annen på en uforutsigbar måte. Dette oppleves som å være i en berg-og-dal-bane. Det er også slik at de hverken har kontroll over hva de føler eller hva konsekvensene av følelsene er. De kan ikke styre følelsene sine. Følelsene varer også for lenge og forekommer for ofte. Et slikt hektisk og intenst følelsesliv oppleves som skremmende. Likegyldighet og apati nevnes som viktige mentale tilstander som fungerer som en motpol til disse heftige rundreisene av følelser. Behovet for å få disse forferdelige og smertefulle følelsene vekk er sterkt tilstede hos pasientene, og en desperat opplevelse av at noe må gjøres oppstår. Suzannah beskriver denne desperasjonen, og hun tydde ofte til alkohol for å få følelser vekk:

*"Jeg kunne oppleve en liten ting, og det opplevdes for meg som ekstrem krise, atombombe-krise, og det var så, jeg ble så desperat for å ikke føle at jeg kunne gjøre hva som helst"*

Noen pasienter løser dette med å la være å vende oppmerksomheten sin innover, av frykt for hvilket kaos som kan møte dem der. De er da fokusert på andre og andres behov, noe som igjen fører til skjevhet i relasjoner til andre og manglende håndtering av indre mentale tilstander. Her beskriver Diana hvordan hun alltid omga seg med andre for å unngå å komme i kontakt med følelser og tanker inni seg selv:

*"Jeg tålte jo ikke å være alene sant, jeg var redd at jeg skulle finne ut hvem jeg egentlig var sant, så det hatet jeg, hatet å være alene, måtte alltid ha folk lik-som rundt meg"*

Rus oppleves for de fleste som en nødvendighet for å få fred eller for å håndtere de voldsomme indre opplevelsene.

For å oppsummere: Pasienter opplever følelsene sine som for intense. De beskriver at følelsene forekommer for ofte, med for sterk intensitet, at de varer for lenge og skifter raskt og uforutsigbart. Sinne er spesielt hyppig forekommende, og noen av dem mister kontrollen og utøver vold. Det å ha slike følelser innebærer en opplevelse av sterkt ubehag, desperasjon etter å få dem vekk og redsel for å vende oppmerksomheten innover. Likegyldighet er en ønsket mental tilstand, og det å rette oppmerksomheten utover hjelper mot opplevelsen av indre kaos.

## Jeg bare gjør det

Dette temaet handler om pasientenes opplevelse av mangel på kontroll på egen atferd og følelser. Impulsivitet er et ord som ble hyppig brukt av pasientene. Her opplever pasientene at de bare gjør ting, uten at de selv foretar et aktivt valg i forkant av handlingen. Evnen til å tenke gjennom et hendelsesforløp på forhånd, før man velger å gjøre en gitt handling, eksisterer ikke for dem. Flere nevner at tenkningen først skjer etter at hendelsen har skjedd. Her beskrevet av Maria som ofte kom hjem fra butikken med øl i posen:

*"Altså nå kan jeg gå i butikken og hvis jeg har lyst å kjøpe drikke, kjøpe drikke, før så bare gjorde jeg det sånn (knipser med fingrene), og så, det var bare gjort, plutselig var det gjort"*

I tillegg til å handle blindt på impulser, og gjerne selv bli overrasket over hva man plutselig har gjort, så handler dette temaet også om plutselig å oppleve sterke følelsesmessige reaksjoner uten selv å ha valgt dette eller tenkt i den retning. Pasienter beskriver at det svartner for dem, og at de bare reagerer. For Camilla ble ukontrollerte sinne-utbrudd et problem blant annet i møte med NAV (Arbeids og velferdsforvaltningen):

*"Jeg hadde meg jo noen runder nede på NAV da, der rullegardinen gikk ned (...) det å ikke klare å styre hva man føler det er forferdelig, det er en forferdelig*

*følelse i seg selv, å kunne stå der og så har du ikke kontroll på hva som egentlig skjer med hodet eller kroppen din i det hele tatt”*

Her skjer bare følelser og her gjøres bare handlinger. Rusmidler inntas plutselig og anskaffes uten tanke på konsekvensene. Etterpå kan de tenke ”hva skjedde her, hva gjorde jeg nå”, for dem er overraskelsen like stor som hos omgivelsene. For Robyn var rusinntak bare noe som skjedde henne:

*”Jeg drakk til jeg stupte, så det var, det var mitt største problem, det var det at jeg stoppet aldri, det var liksom jeg tenkte ikke over at jeg kan faktisk dø, så jeg har jo vært død et par ganger”*

Noen opplever liten toleranse for hverdagslige problemer, før lunten tennes. Andre beskriver at selv veldig farlig og destruktiv atferd bare skjer dem og at de ikke klarer å tenke gjennom konsekvensene på forhånd. Det å mangle eierskap til egne handlinger og følelsesmessige reaksjoner er sentralt i opplevelsen av impulsivitet. De er uten kontroll og opplever ingen agens over egen atferd og reaksjoner.

I sum så beskriver dette temaet at pasientene opplever vansker med impulsive handlinger og plutselige følelser. De har ikke kontroll på egen atferd og klarer ikke å reflektere over konsekvenser og utfall av eventuelle handlinger på forhånd. Etterpå er de selv overrasket over hva som har skjedd, og hva de har gjort. Handlingene er ofte destruktive, og konsekvensene er i verste fall alvorlige.

## Jeg er fæl

Dette temaet handler om pasienters selvfølelse og at de opplever å være fæle mennesker. De opplever skam over hvem de er, og hvordan de oppfører seg. Her er det å ikke ha kontroll på egen atferd medvirkende til skamfølelse. Caroline strevde veldig med dårlig selvfølelse:

*”Verdens største skittflekk, belastning, uønsket, krevende, ja og hvis du tenker på hva jeg fysisk så på meg selv så var jo ikke det altså, jeg så en, altså det var en flodhest på 500 kg, sant altså alt var gale”*

I tillegg er selvforakt og det å dømme seg selv hardt en vanlig erfaring for pasientene. De opplever at de ikke har noen verdi. De opplever å ha lav selvtilit. Intensiteten av denne negative selvfølelsen er sterk, og både et ønske om å dø

Uten indre agens

og et ønske om å straffe seg selv ble beskrevet av pasientene. Julia sier det på denne måten, hun strevde med alkohol og selvskading:

*"Jeg tror jeg var helt på tur, jeg tenkte at jeg ikke var verd noe, og at jeg måtte straffe meg selv"*

Dette temaet innebærer en interpersonlig komponent, hvor pasientene beskriver at de i relasjon til andre mangler empati og er selvsentrerte. Noen beskriver det å være slem mot andre som et problem. I tillegg behandles andre mennesker nådeløst. Hvis andre gjør en feil, så blir relasjonen avsluttet, og de får ingen nye sjanser. Dette er en måte å behandle andre på som speiler hvordan de behandler seg selv, nådeløst og uten aksept for nyanser. For Suzannah var det vanlig å avslutte relasjoner brått:

*«Jeg hadde ikke noe problem med å kutte folk ut av livet mitt, hvis de gjorde meg en gale ting så var det bare kutt konstant, altså det var helt, i dag når jeg ser tilbake på det så er det jo helt vilt, det er jo ekstremt å bare være så beinhard, men for meg så var det alt eller ingenting"*

Oppsummert beskriver pasientene en lav følelse av verdi og en global følelse av å være et fælt menneske. Det fører til interpersonlige vansker fordi de avviser andre for selv å slippe å bli avvist.

## Jeg er redd andre

I dette temaet beskriver pasientene at de er redd andre mennesker, og at de ofte mistolker andre. Her er det flere aspekter ved å være redd andre som beskrives. For det første så er det flere som opplever andres ansikter og blick som vanskelig i seg selv. Her kan de, gjennom å se mimikken i et ansikt, ofte oppleve misbilligelse fra andre, eller raskt konkludere med om den andre har gode intensjoner eller ei. Natalie som hadde en bakgrunn med mye traumer opplevde dette:

*"Når jeg treffer noen nye mennesker sant så liksom føler jeg bare så på dem, jeg trengte ikke å snakke med dem, ingenting, jeg bare så på dem og da bestemte jeg meg for om jeg skulle like de eller ikke sant, for da så jeg på dem og da liksom tenkte jeg, da kunne jeg se om de var snille eller om de ikke var det sant"*

Mistenksomhet til andre er en måte å være på når man er sensitiv på andres

intensjoner. Kara strevde også med andres ansikter alene og kom ofte opp i situasjoner med sinne-utbrudd:

*«Hvis noen kan ha en type holdning eller hva jeg skal kalle det, og så sier fjeset eller munnen noe helt annet og så kan jeg, jeg hadde tendenser til å klikke på folk før, (...) jeg kunne skjelle ut folk»*

Andre beskriver det å være i relasjon til andre mennesker som en naken og sårbar posisjon hvor de ikke har klare grenser mellom seg selv og andre, eller hvor de opplever å være gjennomsiktige. Her er også det å bli dømt av andre det sårbare i opplevelsen. En opplevelse av å være uten beskyttelse er sentral. Det tredje som dukker opp er redselen for å bli forlatt eller avvist som noen av pasientene opplever. De har antakelser om at andre vil forlate eller avvise dem, og blir derfor redd for å knytte seg til andre. Eva strevde spesielt med å tørre å slippe folk innpå seg:

*"Jeg er så dårlig på å gjette sant om hvorvidt folk liker meg eller ikke, jeg går ut fra at alle misliker meg"*

En vanlig tanke å få i nære relasjoner var en plutselig opplevelse av at "nå blir jeg forlatt, nå avslutter den andre meg".

I sum så opplever pasientene at andre mennesker generelt er skumle og farlige, de mistolker ofte andre i negativ retning, og de er redd for bli forlatt eller avvist av andre. I relasjoner til andre kan de være preget av mistenksomhet eller en følelse av sårbarhet/gjennomsiktighet.

## Jeg ruser meg for å holde ut

Når pasientene beskriver rusbruken sin, både alkohol og illegale rusmidler, vektlegger de ikke den fysiske eller biologiske komponenten av det å være avhengig. Rus beskrives først og fremst som en strategi for holde ut seg selv og de aspektene ved å være dem som er ulevelig og vanskelig. Rusbruken har flere komponenter hvorav den viktigste er å få bort ubehag. Dette kan være sterke og intense følelser, disse både forsvinner, letter og flater ut gjennom inntak av rusmidler. Her beskrevet av Camilla som opplevde at rus hjalp på hennes heftige følelsesliv:

*«Det var vel min måte å slippe å føle på, å slippe å kjenne etter på alle følelsene, for det var, det hadde en bedøvende effekt på denne berg-og-dal-banen»*

Selvfølelse endres gjennom å ruse seg, det å ha lav selvtillit, det å være sjenert og det å oppleve seg som annerledes eller fæl, er alle eksempler på mentale opplevelser som kan håndteres gjennom inntak av rusmidler. Tanker og tankekjør er også fenomener som kan dempes eller håndteres via rusinntak. For Caroline ble dette en viktig belønning ved alkohol og rusmiddelinntak:

*"Når jeg ikke klarte å mentalisere eller tenke så måtte jeg regulere meg ned og da var rusen lett å regulere seg ned med, eller stoppe hodet på, ikke bare å regulere følelsene men og stoppe det der evige kverningen oppi hodet"*

I tillegg opplever flere at man kan oppnå den mentale tilstanden av likegyldighet gjennom rusmidler og at dette hjelper for å unngå sterke følelser og for å unngå sammenbrudd/kontrolltap. De beskriver også at de ruser seg for å glemme det vonde. Det overordnede er at rusmidler brukes for å holde ut egne vansker, og for noen beskrives rus som et alternativ til å ta livet av seg selv. Kara beskriver hvordan rusen hjalp mot smertefulle følelser:

*"Jeg slet bare innvendig, jeg hadde utrolig vondt, alt var bare forferdelig og når jeg da kom over rusen så var det løsningen"*

I sum har rusmiddelbruk for disse pasientene en viktig opplevd funksjon vedrørende å holde ut sterke følelser, tankekjør og dårlig selvfølelse. Interpersonlig har rusmiddelbruk også en funksjon vedrørende det å få selvtillit og klare å håndtere det å være med andre gjennom f.eks. å sette grenser. Rus brukes både for å lette ubehag og for å oppnå en tilstand av likegyldighet.

## Diskusjon

Resultatene indikerer at pasienter opplever at alvorlig PF/SUD er som en gjensidig selvforsterkende spiral av vansker med selvet og vansker med andre, hvor rus brukes for å få vekk eller håndtere det følelsesmessige ubehaget disse problemene forårsaker (figur 1). Tre tema ble funnet på indre psykologiske problemområder (følelser, impulsivitet og selvfølelse), et tema på interpersonlig problemområde (vansker med intimitet og frykt for kritikk/misbilligelse),

et tema ble funnet på rus som atferdsmessig mestringsstrategi (rus som regulering og demping av indre ubehag). Disse temaene henger sammen og påvirker hverandre. Sterke følelser kan bidra til impulsivitet og kontrolltap som igjen kan bidra til en dårlig selvfølelse. Den dårlige selvfølelsen bidrar til en opplevelse av at andre umulig kan ha positive tanker om en selv. Rus demper ubehaget ved samtlige problemområder, men kan også forårsakes av for eksempel impulsivitet. Rus vil også forverre noen av disse vanskene, som for eksempel sterke følelser, negativ selvfølelse, mistenksomhet til andre, mindre selvkontroll og så videre. Spiralen er derved komplett, og mangelen på mestringsstrategier som løser opp i disse negative sirkelene er en stor utfordring for pasientene. De kan hverken søke støtte hos andre eller regulere seg selv med refleksjon og undring, og er således fanget i et patologisk mønster av destruktive krefter og impulsive handlinger.

### Hva forteller funnene om mentaliseringssvikt hos denne pasientgruppen?

En spesifikk mentaliseringssvikt som kommer frem i data er at sterke følelser er vanskelig å regulere for disse pasientene. Dette støtter opp under antakelsen om at det er en særlig utfordring for BPD-pasienter å mentalisere når tilknytningssystemet aktiveres og følelsene er sterke (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012). Pasientenes beskrivelser av negative følelser knyttet til andres ansikter bekrefter at tilknytningssystemet raskt aktiveres. Disse pasientene beskriver også at de opplever kontrolltap over evnen til å tenke klart hyppigere enn kun i sammenhenger hvor tilknytningssystemet aktiveres. Det tyder på at all aktivering av følelser skaper problemer, og at selve evnen til å regulere følelser, evnen til å forstå innholdet i følelser og evnen til å verbalisere følelser ovenfor både en selv og andre, er svekket på et mer overordnet nivå. Aleksitymi er foreslått som et problem for mennesker med emosjonelt ustabil PF (New et al., 2012). Det kan se ut til også å være gjeldende for pasientene i dette studiet. Det kan også se ut til at det er noe sammenfall mellom impulsivitet (det å plutselig innta rusmidler eller kjøpe inn rusmidler) og sterke følelser, selv om også begge mentale tilstander forekommer isolert fra hverandre. Våre resultater underbygger det som ulike studier har beskrevet, nemlig at regulering av (negative) følelser og impulsivitet er sterke medvirkende agenter til PF/SUD-pasienters rusmiddelbruk (Bornovalova et al., 2005; Coffey et al., 2011; Gratz et al., 2008; James & Taylor, 2007; Kruegelbach et al., 1993; Verdejo-García et al., 2007).

Bedre evne til ekstern mentalisering av andre sammenlignet med intern



mentaliseringsprofil for BPD pasienter. En typisk mentaliseringsprofil for BPD pasienter, er at de vektlegger det ytre, som ansiktsuttrykk mer enn det indre/mentale, når de fortolker en annen (Luyten et al., 2012). Funnene fra disse intervjuene tyder på at dette også er gjeldende for disse pasientene. Flere beskriver andres ansikter, andres blikk og andres mimikk som en egen kilde til vonde opplevelser av fordømmelse og avvisning. Det å ha en dreining mot å fortolke andre utfra det ytre fremfor deres indre, gjør pasientene sårbare. Kilden til misforståelse er stor, spesielt hvis det å se en grimase fortolkes som et sikkert bevis på andres misbilligelse.

Det er tydelig at rusinntak, uavhengig av type rusmidler, har for pasientene en klar funksjon ved å ta bort ubehagelige indre mentale tilstander. Rusens primære funksjon handler om å "glemme", og oppnå "likegyldighet". Det at likegyldighet er en ønsket modus, sier noe om hvor smertefullt og vanskelig pasientenes eget indre mentale liv oppleves. Det å ha gjennomgående vansker med mentalisering på et mer globalt nivå, vil nødvendigvis innebære at tanker og følelser oppleves kaotiske og uregulerbare. Mentaliseringsevnen gir opplevelsen av et koherent selv, og hjelper oss med å stå i plutselige impulser og følelsesmessige reaksjoner, og samspillet mellom oss selv og andre (Batesman & Fonagy, 2016). Mentaliseringsevnen har en agentiv funksjon i vår psyke, og når denne er svekket er den subjektive opplevelsen av indre tilstander, tanker og følelser kaotisk. Dette kommer tydelig frem i pasientenes beskrivelser, og i mangel av evnen til en indre regulering og styring, er rus en effektiv løsning for dem. Hvis dette er et riktig bilde av fenomenologien til PF/SUD-pasienter, vil det også være nærliggende å anta at det kan være ekstra utfordrende å redusere rusbruken før man har styrket evnen til selvregulering og håndtering av egne selvtilstander. Da bruk av rusmidler har en negativ effekt på mentaliseringsevnen, beskrives en kompleks og utfordrende klinisk virkelighet hvor kvikke løsninger sannsynligvis ikke har en reell effekt. Både den enkelte terapeut og systemet må ta de behandlingmessige konsekvensene av dette. Det kreves at terapeuten motiverer, formidler håp og optimisme og godt forklarer rasjonale for psykoterapi for disse pasientene som i utgangspunktet frykter sitt eget indre fordi de ikke forstår det.

## Hva forteller funnene om mulige sammenhenger mellom PF og ruslidelser?

Våre funn støtter hypotesen om at PF er primær i en modell om sammenhengen mellom PF og ruslidelser (Verheul & van den Brink, 2005). Rusbruk henger

opplevingsmessig sammen med regulering av følelser, håndtering av selvbylde, interaksjon med andre mennesker, og det å oppnå likegyldighet og avstand til følelsesmessige ubehag. Alle disse fenomenene vil kunne forstås som deler av det å ha en personlighetsproblematikk. Den høye forekomsten av samsykkelighet (Grant et al., 2004; Verheul, 2001) mellom PF og ruslidelser gir mening, når vi ser hvordan pasientene selv beskriver rusmidlers potente virkning på de smertefulle erfaringene ved selv og andre problematikk. Rus er rett og slett en effektiv reguleringsstrategi mot indre ubehag, og hvis man ikke evner å være i nære relasjoner med andre, så kan selve behovet for tilknytning effektivt dempes med hjelp av rusmidler eller alkohol (Insel, 2003). Hvis rusbruk er så potent som vi tror etter å ha intervjuet pasientene våre, er det et viktig spørsmål å få avklart hva som skiller gruppen av PF pasienter som ikke tyr til rus, men heller bruker selvskadning, spiseforstyrrelser eller andre atferds-strategier. Hva er forskjellene på disse gruppene av pasienter, og hvordan kan vi forstå mer av fenomenologien til PF ved å utforske disse gruppen mot hverandre?

## Mulige konsekvenser for terapi med PF/SUD pasienter

I møte med pasienter med dobbeltdiagnose-problematikk har spesialiserte programmer for personlighetsproblematikk vært den anbefalte tilnærmingen, sammen med ekstra tiltak for å sikre liv og helse når pasienter har alvorlig og livstruende rusmiddelbruk (Bosch & Verheul, 2007). Det er likevel fortsatt noe uklart hva dette doble fokuset skal innebære og hva det skal rettes mot. I våre resultater ser det ut til at pasienter bruker rusmidler for å regulere følelser, vansker med selvbylde og selvfølelse, samt vansker med å misforstå / kjenne seg sårbar med andre mennesker. Pasientene formidler at rusens funksjon blant annet er å holde ut smerten av å leve med disse vanskene. Resultatene indikerer også at impulsivitet, det å ikke kunne foreta gjennomtenkte bevisste valg, men hoppe på impulser, fører til økt rusinntak selv når pasientene selv ikke ønsker det. De opplever liten agens og kontroll over egen atferd. Til slutt kommer det også frem at likegyldighet beskriver hva rusinntak gjør med dem på et mer overordnet nivå, og at relasjoner får en endret betydning når man er i aktiv rusbruk. Disse funnene støtter hypoteser om rusmidlers påvirkning på tilknytningssystemet, og de understøtter også det at rusmiddelbruk kan være så potent at det til og med kan erstatte menneskers behov for tilknytning til andre mennesker (Flores, 2004; Insel, 2003). Dersom psykoterapien ikke er strukturert og organisert i forhold til dette, er faren for drop-out stor. Psykoterapi, og mer spesifikt MBT, vektlegger relasjonen til terapeuter (og medpasienter i grup-

pen), og intervensjonene som antas å ha effekt på personlighetsproblematikk, gis innenfor rammene av en tilknytningsrelasjon. Dette gir oss et potensielt terapeutisk dilemma og understreker viktigheten av å jobbe med stabilisering av rusmiddelbruk innledningsvis i et terapeutisk forløp, samt sette tydelige grenser for pasienters oppmøte i terapi i ruspåvirket tilstand. I tillegg kan dette kanskje indikere at det å fokusere på relasjonen mellom terapeut og pasient, er ekstra viktig med PF/SUD pasienter. Disse pasientene profiterer på «passe dosert» overføringsarbeid samtidig som mestring av rusmiddelbruk adresseres. På den andre siden så vil det muligens for pasientene oppleves som vanskelige å redusere sin rusmiddelbruk så lenge de ikke har ervervet andre måter å håndtere sterke følelser på, andre måter å være i relasjon til andre mennesker, evnen til å mentalisere i øyeblikk av impulser og behov. Terapeutene må ha solid kunnskap om dette, terapeutiske intervensjoner bør rettes mot disse vanskene, og behandlingsplaner legges rundt dette.

## Konklusjon

Dette er den første kvalitative studien så vidt vi kjenner til, som har sett på opplevelsen av samsykeligheten PF / SUD. Basert på funnene i denne studien foreslår vi følgende:

PF/SUD pasienter har en svært alvorlig selv-problematikk som fører til smertefulle indre tilstander fordi de ikke forstår seg selv og andre. Likegyldighet og flukt fra sitt indre via rusbruk oppleves som en potent løsning. De kan hverken regulere seg selv via nære tilknytningsrelasjoner eller bruke selvrefleksjon for å håndtere indre tilstander, og er således fanget i et patologisk mønster av uregulerte indre tilstander og impulsive affektstyrte handlinger. Disse pasientene trenger skreddersydd terapi som sammen med pasienten lager mening ut av de mentale vanskene og av rusmiddelbruken. Terapeuter må ha solid kunnskap om fenomenologien i PF/SUD og må kunne adressere disse vanskene kontinuerlig gjennom behandlingsforløpet. Stabilisering av rus, adressering av pasient-terapeut relasjonen er sentrale områder for menings- skapende psykoterapi for denne gruppen pasienter. MBT gir et godt ramme- verk for strukturert og systematisk fokus på mentalisering.

## Anbefalt videre forskning

Det vil være viktig å finne endringsmekanismer i terapiforløp med PF/SUD-pasienter for å kunne understreke hva et dobbelt fokus i MBT skal inne-

holde. Videre vil det være interessant å avklare hvilken type vansker med affektregulering disse pasientene sliter med, og på hvilken måte disse pasientene sliter med aleksitymi. I tillegg er vi nysgjerrige på hvorfor noen pasienter med PF tyr til bruk av rusmidler/alkohol mens andre PF-pasienter tyr til andre regulerende strategier. Hva er forskjellene på disse gruppene av pasientene? Det er også sentralt å finne ut om MBT som terapiform egner seg til å arbeide med disse pasientene. Vi har noen indikasjoner på dette (Morken, Binder, Molde, et al., 2017), men trenger større studier med RCT-format.

## Begrensninger

Med 13 personer i en kvalitativ intervjustudie så er forutsetningene for en dybdeforskning av tema gode, men samtidig vil antallet sette noen begrensninger på muligheten for å generalisere funnene. Det var fem pasienter som ikke stilte på etterundersøkelsen. Disse fem kunne potensielt sett ha gitt oss andre svar på hvordan PF/SUD oppleves. I tillegg ble pasientene intervjuet på tidspunkt for etterundersøkelse, deres opplevelse av egne vansker kan derved være preget av den overordnede terapeutiske modellen som finnes i MBT, da alle hadde gjennomgått terapi og psykoedukasjon innen MBT. Videre er alle forfattere knyttet opp mot MBT-behandlingen i Stiftelsen Bergensklubben, førsteforfatter som individualterapeut og forsker, andreforfatter som faglig direktør og tredjeforfatter som individualterapeut og -veileder. Vår tilhørighet til metoden preger selvsagt funnene, og vi har forsøkt gjennom refleksivitet å komme så nært fenomenologien til pasientene som mulig, samtidig er det uunngåelig at våre teoretiske preferanser og kjennskap til pasientene ikke har preget funnene våre. Våre funn må derfor forstås i betraktning av dette.

## Abstract

*Objective: The aim of this study was to explore the phenomenology of having severe personality disorder (PD) and substance use disorder (SUD) and how patients experience the relationship between SUD and their PD.*

*Method: Semi-structured qualitative interviews with 13 participants were conducted. Participants were interviewed on how they experience their own psychological difficulties prior to MBT. Interview material was analysed within a hermeneutical-phenomenological epistemology, with emphasis on researcher reflexivity.*

*Results: The following themes regarding the phenomenology of PD/SUD were found:*

Uten indre agens

"I just do it, it just happens", "I am too much (feeling)", "I am bad", "I am scared of others", and "I use drugs to endure myself".

*Conclusions: The phenomenology of PD/SUD was experienced as a mutually enhancing negative spiral of difficulties with self and others. Substance use functions as a coping strategy that also exacerbates the previously mentioned difficulties.*

*Keywords: Personality disorder, substance use disorder, phenomenology, mentalization, psychotherapy, qualitative interviews*

## Referanser

- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for drop-out from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive behaviors*, 31(2), 320-330.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders - A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An exploratory and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103-117.
- Binder, P.-E., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G. H., Hjeltnes, A., Stige, S. H., . . . Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist*, 3.
- Bornovalova, M. A., Lejuez, C., Daughters, S. B., Rosenthal, M. Z., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical psychology review*, 25(6), 790-812.
- Bosch, L. M. C. v. d., & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 67-71.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brooke, S., & Horne, N. (2010). The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for 'borderline personality disorder'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 113-128.
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Baschnagel, J. S., Hawk, L. W., & Holloman, G. (2011). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 128.
- Dammann, G., Hügli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz, D., Sollberger, D., Wiesbeck, G. A., . . . Walter, M. (2011). The Self-Image in Borderline Personality Disorder: An in-depth qualitative research study. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 517-527.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Teesson, M., & Lynskey, M. (2004). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and alcohol dependence*, 74(1), 77-83.
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., & Lowyck, B. (2017). Mentalizing as a Mechanism of Change in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Parallel Process Growth Modeling Approach. *Personality disorders*.

- Finlay, L., & Gough, B. (Eds.). (2008). *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences*. John Wiley & Sons.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Plymouth: United Kingdom: Jason Aronson.
- Gibbon, M., Spitzer, R. L., & First, M. B. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders: SCID-II*: American Psychiatric Pub.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, *61*(4), 361-368.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: The roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive psychiatry*, *49*(6), 603-615.
- Insel, T. R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior*, *79*(3), 351-357.
- James, L. M., & Taylor, J. (2007). Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and Cluster B personality in college students. *Addictive behaviors*, *32*(4), 714-727.
- Johnson, E. L., Mutti, M.-F., Springham, N., & Xenophontes, I. (2016). Mentalizing after mentalization based treatment. *Mental Health and Social Inclusion*, *20*(1), 44-51.
- Karterud, S., Arefjord, N., Andresen, N. E., & Pedersen, G. (2009). Substance use disorders among personality disordered patients admitted for day hospital treatment. Implications for service developments. *Nordic journal of psychiatry*, *63*(1), 57-63.
- Kruegelbach, N., McCormick, R. A., Schulz, S. C., & Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *7*(3), 214.
- Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC psychiatry*, *12*, 1-10.
- Lee, N. K., Cameron, J., & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and alcohol review*, *34*(6), 663-672.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 43-65.
- Miller, S. G. (1994). Borderline Personality Disorder From the Patient's Perspective. *Psychiatric Services*, *45*(12), 1215-1219.
- Morken, K. T., Binder, P. E., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy Research*, 1-16.
- Morken, K. T., Binder, P. E., Molde, H., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017). Mentalization based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder - A pilot study. *Scandinavian Psychologist*.
- Morken, K. T., Karterud, S., & Arefjord, N. (2014). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *44*(2), 117-126.
- Möller, C., Karlgren, L., Sandell, A., Falkenström, F., & Philips, B. (2016). Mentaliza-

- tion-based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in psychotherapy for borderline personality disorder with co-morbid substance dependence. *Psychotherapy Research*, 1-17.
- New, A. S., Rot, M. a. h., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., . . . Siever, L. J. (2012). Empathy and Alexithymia in Borderline Personality Disorders: Clinical and Laboratory Measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660-675.
- O Lonergain, D., Hodge, S. M., & Line, R. (2017). Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 16-27.
- Olesek, K. L., Outcalt, J., Dimaggio, G., Popolo, R., George, S., & Lysaker, P. H. (2016). Cluster B Personality Disorder Traits as a Predictor of Therapeutic Alliance Over Time in Residential Treatment for Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10), 736-740.
- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *European Addiction Research*, 24(1), 1-8.
- Philips, B., Kahn, U., & Bateman, A. (2012). Drug Addiction. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. London: American Psychiatric Publishing.
- Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(2), 263-279.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of studies on alcohol*, 60(2), 271-277.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC psychiatry*, 8(1), 21.
- Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*: Routledge.
- Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Pérez-García, M. (2007). Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and alcohol dependence*, 91(2), 213-219.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282.
- Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Australian Psychologist*, 40(2), 127-136.
- Wapp, M., van de Glind, G., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Verspreet, S., Carpentier, P. J., . . . Franck, J. (2015). Risk factors for borderline personality disorder in treatment seeking patients with a substance use disorder: an international multicenter study. *European Addiction Research*, 21(4), 188-194.
- Yen, S., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., . . . Gunderson, J. G. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 375.