

Pia Høgåsen-Manshaus

# Behandlingseffekten hos Personer med Personlighetsforstyrrelse i Ordinær Poliklinisk Behandling

En Kvasi-eksperimentell Studie

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi

Veileder: Stian Solem

Januar 2024



Pia Høgåsen-Manshaus

# **Behandlingseffekten hos Personer med Personlighetsforstyrrelse i Ordinær Poliklinisk Behandling**

En Kvasi-eksperimentell Studie

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi  
Veileder: Stian Solem  
Januar 2024

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



Kunnskap for en bedre verden



## Forord

Det har vært et spennende arbeid å fordype seg i et tema og en pasientgruppe man har hørt lite om i løpet av studiet. Jeg ble overrasket over at det ikke var mer kunnskap om personlighetsforstyrrelser, og det var interessant å få se bildet mer nyansert enn slik det har vært presentert for meg tidligere. Jeg har i perioden jeg har skrevet denne oppgaven reflektert over tidligere samtaler med helsepersonell. Når jeg ser tilbake sitter jeg igjen med en opplevelse av at det fortsatt henger igjen uproporsjonal pessimisme og negative antakelser om behandling for mennesker med personlighetsforstyrrelse. Det er synd om mangel på kunnskap tar fra mennesker som sliter reelle forsøk på å få det bedre. Ikke bare sitter jeg igjen med en tanke om at personlighetsforstyrrelser må få en større plass i forskningslitteraturen, men også at det er viktig at kunnskapen formidles videre til de som faktisk skal møte disse menneskene i behandling.

Nå som studietiden går mot sin ende vil jeg takke de fantastiske menneskene jeg har blitt kjent med disse (snart) seks årene på Dragvoll - det har vært en fryd å dele studietiden med dere og jeg er sikker på at dere blir en flott gjeng psykologer. I tillegg vil jeg rette en takk til min kjære Brage for at han alltid heier på meg, også denne gangen.

Den største takken går til min utmerkete veileder Stian Solem som har gitt meg ypperlig veiledning, raske tilbakemeldinger og gode oppklaringer på mine mange spørsmål.

*Pia Høgåsen-Manshaus  
Trondheim, januar 2024*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Personlighetsforstyrrelse (PF) er en prevalent, varig og inngripende lidelse som er assosiert med negativ effekt på en rekke psykososiale områder, i tillegg til dårligere behandlingsutfall. Generelt har forskningslitteraturen i stor grad fokusert på emosjonelt ustabil PF, mens det er mindre kunnskap om behandling for de resterende personlighetsforstyrrelsene. Man vet i dag lite om effekten av naturalistisk behandling for denne pasientgruppen.

**Metode:** Med et kvasi-eksperimentelt design ble behandlingseffekten for pasienter med PF ( $n = 70$ ) sammenlignet med en matchet klinisk sammenligningsgruppe uten PF ( $n = 70$ ). Behandlingsutfall ble vurdert med mål for angst- og depresjonssymptomer, fungering og helserelatert livskvalitet, samt tilfredshet med behandling. Alle deltakerne mottok behandling som vanlig ved Nidaros Distriktpsykiatrisk Senter.

**Resultat:** På alle behandlingsmålene ble det observert like god behandlingseffekt for de to gruppene, men gruppen med PF hadde hatt signifikant flere konsultasjoner og lengre behandlingsforløp enn sammenligningsgruppen. For helserelatert livskvalitet var effekten liten, mens det på de andre målene var moderat effekt. PF-gruppen var signifikant mindre tilfreds med behandlingen.

**Diskusjon:** Behandlingseffekten fra den naturalistiske behandlingen var på de fleste områder sammenlignbare med effektstørrelsene fra tidligere studier på psykoterapi. Resultatene tyder også på at pasienter med PF kan oppnå omtrent like god behandlingseffekt som pasienter uten PF, uten at det kan trekkes konklusjoner om hvilke variabler som er nødvendig for dette.

### Abstract

**Background:** A personality disorder (PD) is a prevalent, lasting and impairing disorder associated with negative effects on an array of psychosocial areas, as well as poorer treatment outcomes. Generally, the scientific literature has mainly regarded borderline PD, while there exists less knowledge of treatment of the remaining personality disorders. Today, we know little of the effects of naturalistic treatments for this group of patients

**Method:** By using a quasi-experimental design, the effect of treatment for patients with PD ( $n = 70$ ) was compared to a matched, clinical group of patients without PD ( $n = 70$ ). The treatment outcomes were considered by measures of anxiety and depression symptoms, functioning, health related quality of life, and treatment satisfaction. All participants received treatment as usual at Nidaros Distriktpsykiatriske Senter (Nidaros District Psychiatric Center).

**Results:** For all measures, there was observed equally favorable effect of treatment for the two groups; however, the group with PD had had significantly more consultations, as well as longer courses of treatment than the comparison group. For health related quality of life the effect was small, while the effect for the remaining measures was moderate. The group with PDs were significantly less satisfied with treatment.

**Discussion:** The treatment effect of the naturalistic treatment was, for most areas, comparable to the results of earlier studies on psychotherapy. The results also suggest that patients with PDs can achieve about as good an effect of treatment as patients without PD. Having stated this, there can be no conclusions drawn about what variables are necessary for this.

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduksjon</b> .....	<b>5</b>
<b>Metode</b> .....	<b>9</b>
Prosedyre og Utvalg .....	10
Måleinstrumenter .....	10
Statistisk analyse .....	12
<b>Resultater</b> .....	<b>12</b>
Sammenligning av behandlingseffekt for PF og ingen PF .....	15
<b>Diskusjon</b> .....	<b>17</b>
Endring i Angst- og Depresjonssymptomer .....	18
Endring i Yrke- og Sosial Fungering .....	19
Endring i Helserelatert livskvalitet.....	20
Behandlingstilfredshet.....	21
Styrker og svakheter.....	22
Implikasjoner.....	25
<b>Konklusjon</b> .....	<b>26</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>27</b>



## Introduksjon

Personlighetsforstyrrelser (PF) er en diagnosegruppe av stabil, langvarig og inngripende karakter. PF er assosiert med negative konsekvenser og nedsatt funksjonsnivå på en rekke ulike områder i vedkommende sitt liv (Budge et al., 2013). Blant de grunnleggende trekkene ved PF ser man betydelig svekkelse i interpersonlig fungering, identitetsproblemer og sosial dysfunksjon (Bateman et al., 2015). ICD-10 beskriver personlighetsforstyrrelser som «dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk gjennom rigide reaksjoner på et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner» (World Health Organization [WHO], 1999, s. 198). Sammenlignet med et gjennomsnittlig individ i kulturen utviser et individ med en PF «ekstreme eller betydelige avvik» i hvordan de forholder seg til andre mennesker, samt tenker, føler og sanser (WHO, 1999, s. 198).

Personlighetsforstyrrelser har høy komorbiditet; majoriteten med en PF tilfredsstillende diagnostiske kriterier for en annen PF, i tillegg er det høy komorbiditet med Akse-I forstyrrelser (Bateman et al., 2015). PF er forbundet med høy benyttelse av helsetjenester (Lenzenweger, 2008). På verdensbasis ses en prevalens på 7.8%, med en høyere forekomst i høyinntektsland. Denne prevalensen overgår tallene for forekomsten av stemnings- og angstlidelser (Winsper et al., 2020). Blant brukere av psykiske helsetjenester er forekomsten omdiskutert og usikker. Det er et stort sprik i hva som rapporteres fra kliniske evalueringer og forskningsdata (Pedersen & Simonsen, 2014). Forskningsstudier som undersøker denne forekomsten rapporterer om en prevalens på 40-50% (Kvarstein et al., 2023; Tyrer et al., 2015), mens prevalensen i en registerstudie fra Danmark var på rundt 10% hvor PF var primærdiagnose og 15% når PF som sekundærdiagnose ble inkludert (Pedersen & Simonsen, 2014). Dette samsvarer med tallene rapportert fra norske distriktpsikiatriske senter (DPS) (Ruud et al., 2006). Foreslåtte forklaringer på denne diskrepansen er eksempelvis at den reelle høye prevalensen blir underkjent i klinisk praksis (Lamont & Brunero, 2009; Newton-Howes et al., 2010; Winsper et al., 2020; Zimmerman et al., 2008) og en motvilje til å formelt diagnostisere PF (Beckwith et al., 2014). Manglende tid til dybdevurdering av personlighet, frykt for å stigmatisere pasienten, manglende ferdigheter i strukturert intervju for PF og manglende tro på klinisk nytte av en kategorisk diagnose var blant de foreslåtte forklaringene på en observert reduksjon i prevalensraten av PF-diagnoser (Pedersen & Simonsen, 2014).

Ofte fokuserer behandling på Akse-I forstyrrelsene (Budge et al., 2013), og det er gjerne slik at pasientene oppsøker behandling for disse plagene fremfor personlighetsforstyrrelsen (Lenzenweger et al., 2007; Pedersen & Simonsen, 2014; Tyrer et al., 2015). Ved behandling av disse plagene har en komorbid PF ofte negativ effekt på

behandling (Tyrer et al., 2015), det er blant annet sett høyere «drop-out» rater, større vanskeligheter med terapeutisk allianse og mindre gunstige behandlingsutfall (Friborg et al., 2013). En metaanalyse så at PF doblet sjansen for dårlig respons ved depresjonsbehandling (Newton-Howes et al., 2006). Den høye komorbiditeten ved PF gjør det dessuten ofte vanskelig å skille mellom bedring av den komorbide tilstanden og personlighetsforandring, i tillegg til at de grunnleggende trekkene ved PF er vanskelige å måle (Bateman et al., 2015).

Tidligere har det vært antatt at behandling ikke har effekt ved PF (Lamont & Brunero, 2009). Det er derimot i dag sterk evidens for at psykoterapi har klinisk effekt (Papaioannou et al., 2013). Dog mener Bateman et al. (2015) at det ikke finnes overbevisende evidens for reliabel og signifikant forbedring av kjernetrekkene ved behandling. Pasienter som ikke lenger oppfyller de diagnostiske kriteriene for en PF, vil ofte fortsette å slite med sosial og yrkesmessig tilpasning. De psykososiale utfordringene ser ut til å være mer stabile enn selve PF-diagnosen (Skodol, 2018).

Alle de europeiske retningslinjene for behandling av personlighetsforstyrrelser anbefaler psykoterapi som førstevalg, med variasjon i typer terapi og uten sammenfallende anbefalinger med tanke på behandlingsvarighet (Simonsen et al., 2019). Det finnes ikke en norsk, nasjonal retningslinje for personlighetsforstyrrelser (Helsebiblioteket, 2020).

Man har sett at poliklinisk psykologisk behandling er effektivt for PF symptomer (Katakis et al., 2023). Samtidig har majoriteten av studiene som er gjort sett på behandlingseffekt ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse («borderline personality disorder», BPD) og det er i dag få anbefalinger for behandling av andre personlighetsforstyrrelser (Hadjipavlou & Ogrodniczuk, 2010; Katakis et al., 2023). Metaanalyser har hatt et uproporsjonalt fokus på BPD (Budge et al., 2013), og i metaanalyser som ser på behandling av PF generelt har en stor andel av de inkluderte studiene fokus på BPD (omtrent 70% i Budge et al. (2013) og Katakis et al. (2023)). Et overfokus på enkelte PF vanskeliggjør vurderingen av behandling ved personlighetsforstyrrelser og gir et bias mot disse (Bateman et al., 2015). Dette gjenspeiles delvis i de europeiske retningslinjene. Av totalt åtte land er det fem som har retningslinjer som fokuserer på BPD, mens tre land har retningslinjer for personlighetsforstyrrelser generelt (Sverige, Tyskland og Nederland) (Simonsen et al., 2019).

Videre har majoriteten av studier som har sett på effekten av evidensbasert behandling («evidence-based treatment», EBT) ved PF sammenlignet den aktuelle behandlingen med «behandling som vanlig» («treatment as usual», TAU). I utgangspunktet skal TAU representere den psykoterapeutiske behandlingen som gis i en naturalistisk setting, altså

utenfor forskningssituasjoner og spesialiserte behandlingsforløp. Det er antatt at slik behandling i stor grad er integrativ, ikke-manualbasert behandling, gitt av klinikere på master eller doktorgradsnivå (Budge et al., 2013). I forskningslitteraturen har det vist seg at TAU-begrepet ofte er brukt under andre forutsetninger enn terapeutisk praksis. Mange studier inkluderer ikke behandling i TAU-betingelsen, men kan for eksempel gi beskjed om å oppsøke terapeutisk hjelp på egenhånd. I de tilfellene hvor TAU-gruppen faktisk mottar behandling er det sjeldent på samme nivå som behandlingen den testes opp mot, med hensyn til omfang, veiledning og trening for terapeuten (Budge et al., 2013). Det vil si at man i realiteten vet lite om effekten av den behandlingen som faktisk mottas i en naturalistisk setting for personer med PF.

Det har vært stilt spørsmål ved om resultatene fra «forskningsterapi» egentlig kan antas å overføres og generaliseres til i klinisk praksis, da forskningsterapi vil innebære spesialopplærte terapeuter med lavere arbeidsmengde og eksperimentelle prosedyrer, samt at utvalget vil være mer homogent (Shadish et al., 1997). En gjennomgang av tidligere metaanalyser vurdert opp mot grad av klinisk representativitet antydte at terapi i klinisk praksis har tilsynelatende tilsvarende effekt som de rapportert i tidligere metaanalyser (Shadish et al., 1997). En ideell studie på klinisk representativ terapi forventes å ha tilsvarende effektstørrelser som rapportert i metaanalyser ( $d = 0.41$ ) (Shadish et al., 2000). I en metaanalyse ble det sett en robust effekt av psykoterapi på tvers av spekteret fra klinisk representativt til forskningsorientert. Funn som har vist at klinisk representative studier har lavere effektstørrelse er trolig et resultat av forstyrrende variabler. Eksempelvis er det vist at selvseleksjonsbias kan få effektforskjellene mellom mer og mindre klinisk representative studier til å virke større enn de er (Shadish et al., 2000).

En metaanalyse av psykologiske og psykososiale polikliniske intervensjoner hos pasienter med PF fant ved sammenligning mot en ikke-aktiv kontrollgruppe en samlet effektstørrelse på  $g = 0.58$  for angstsymptomer,  $g = 0.57$  for depresjonssymptomer og  $g = 0.50$  for globale psykiatriske symptomer, ved endt behandling. Det var ingen signifikant assosiasjon mellom type undersøkt intervensjon og effekt (Katakis et al., 2023). Studiene var imidlertid av lav til moderat kvalitet. Det så ut til å være et publiseringsbias mot depressive og psykiatriske symptomer, noe som kan ha gitt kunstig forhøyete effektstørrelser på disse målene (Katakis et al., 2023). En eldre metaanalyse fant EBT moderat mer effektive enn TAU, med en samlet effekt på  $d = 0.40$ , men med signifikant heterogenitet mellom studiene (Budge et al., 2013).

I behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser er det flere utfallsmål enn angst og depresjon som er relevante å se på. Personer med personlighetsforstyrrelser har ofte store vansker tilknyttet arbeidslivet og sosiale arenaer, uavhengig av komorbide Akse-I-tilstander (Buer Christensen et al., 2020; Skodol, 2018; Soeteman et al., 2008). En norsk, longitudinell observasjonsstudie undersøkte behandlingsresultater fra pasienter som har fått behandling ved Nettverk for Personlighetsforstyrrelser, en enhet spesialisert på personlighetsforstyrrelser (Kvarstein et al., 2023). Det var signifikant bedring i skårer på WSAS («Work and Social Adjustment Scale») ( $d = 1.00$ ), men ikke signifikant bedring i deltakelse i arbeid/studier ( $d = 0.00$ ) (Kvarstein et al., 2023). En annen studie ved Nettverk for Personlighetsforstyrrelser fant effektstørrelse  $d = 0.90$  på WSAS (Pedersen et al., 2017).

PF er også vist som en viktigere statistisk prediktor for livskvalitet enn somatisk helse, Akse-I lidelser og sosiodemografiske variabler (Cramer et al., 2006), og har vært assosiert med tilsvarende lav livskvalitet som alvorlige somatiske lidelser (Soeteman et al., 2008). Alle formene for psykoterapi inkludert i IsHak et al. (2013) sin litteraturgjennomgang viste signifikant bedring i livskvalitet hos pasienter med BPD, målt ved bruk av ulike generiske instrumenter for mål av livskvalitet. En nyere metaanalyse støtter at spesifikke psykoterapier for BPD har signifikant, men liten effekt på livskvalitet sammenlignet med kontrollbetingelser som TAU,  $d = 0.32$  (Chakhssi et al., 2021). For andre personlighetsforstyrrelser enn BPD er det med måleinstrumentet EQ-5D (som måler helserelatert livskvalitet) sett effektstørrelser mellom  $d = 0.37$  og  $d = 0.74$  for ulike grupper av PF (Bartak, Andrea, Spreeuwenberg, Thunnissen, et al., 2011; Bartak, Andrea, Spreeuwenberg, Ziegler, et al., 2011; Bartak et al., 2010). Målt med 0-100 skalaen på EQ-5D («EQ-Visual Analog Scale»), var det for polikliniske pasienter med type («cluster») A PF så vidt en bedring ( $d = 0.04$ ) (Bartak, Andrea, Spreeuwenberg, Thunnissen, et al., 2011). Det var ingen signifikant effekt på denne 0-100 skalaen hos pasienter med BPD som fikk ukentlig gruppe- og individualterapi (skjematerapi) over et år (Fassbinder et al., 2016).

Et siste område som er viktig i behandlingen av PF er tilfredshet med behandling. Generelt har tilfredshet med behandling vist sammenheng med både tilslutning til og nytte av behandling, uavhengig av hverandre (Priebe & Miglietta, 2019). Pasienter med personlighetsforstyrrelser rapporterer gjerne lavere tilfredshet med helsetjenester (Hueston et al., 1996; Priebe & Miglietta, 2019). Etter korttids-mentaliseringsbasert behandling for PF har det blitt rapportert pasienttilfredshet målt med spørreskjemaet CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire-8) (McGowan et al., 2021). Snittskåren ( $M = 24.9$ ,  $SD = 4.3$ ) tilsvarte en

gjennomsnittlig leddskåre på 3.1 (på en 1-4 skala) som indikerer at pasientene var ganske fornøyde med behandlingen de fikk.

Hovedproblemstillingen denne oppgaven vil undersøke er derfor hvordan behandlingseffekten er for personer med personlighetsforstyrrelse i en naturalistisk poliklinisk setting. Studien vil benytte seg av en matchet sammenligningsgruppe uten PF (sammenlignbar på kjønn, alder og behandlingssted). Når det i psykiske helsetjenester er så stor tilstedeværelse av en såpass inngripende lidelse som personlighetsforstyrrelser er det høyst relevant å vite om behandlingen de mottar har noen effekt. De færreste pasienter får behandling gjennom en spesialisert behandlingsmetode som del av et forskningsprosjekt, flestparten får hjelp i helsesystemet uten at man vet effekten det har. Det er påpekt et behov for studier på representative populasjoner hos sekundærhelsetjenester for mer direkte klinisk nytte (Beckwith et al., 2014). Studier med klinisk representativitet trengs, og kvasi-eksperimenter fremstår som et alternativ (Shadish et al., 1997).

Studien vil undersøke behandlingseffekt på angstsymptomer, depresjonssymptomer, yrkes- og sosial fungering, helsereelatert livskvalitet og behandlingstilfredshet. Hypotesene er som følger:

1. Det forventes moderat effekt på symptomer for depresjon og angst
2. På yrkes- og sosial fungering forventes det å se moderat effekt
3. På helsereelatert livskvalitet forventes det liten effekt
4. Etersom studien kun inkluderer pasienter som har fullført et behandlingsløp forventes det å se en moderat tilfredshet ved behandlingen. Det forventes å se lavere tilfredshet hos pasientene med PF enn sammenligningsgruppe, da tidligere forskning rapporterer lavere tilfredshet hos denne gruppen (Hueston et al., 1996; Priebe & Miglietta, 2019).

## Metode

Denne oppgaven har et kvasi-eksperimentelt design hvor pasienter uten PF er inkludert som sammenligningsgruppe. Disse er matchet på kjønn og alder. Målet er å undersøke effekten av behandlingen pasienter med PF mottar i poliklinikker i dag, ved å analysere endring fra før behandling til etter behandling på måleinstrumenter for symptomer, fungering og helsereelatert livskvalitet, samt hvordan effekten er sammenlignet med for pasienter uten PF.

## Prosedyre og Utvalg

Oppgaven baserer seg på data samlet inn digitalt ved allmennpoliklinikk på Nidaros DPS i forbindelse med forskningsprosjekt administrert ved Institutt for Psykologi, NTNU. Som del av spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern for voksne har DPS oppgaver som utredning, diagnostikk og behandling av psykiske helseutfordringer. Nidaros DPS, en avdeling under St. Olavs Hospital, dekker en befolkning på rundt 115 000 innbyggere med opptaksområde for sentrum og østlige deler av Trondheim, i tillegg til kommunene på Fosen, Malvik, Selbu og Tydal.

Studien har godkjenning fra Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, søknadsnummer REK2019/31836) og Norsk senter for forskningsdata (NSD, søknadsnummer NSD2020/605327). Dataen ble samlet inn i perioden 2020 til 2023. Deltakerne er ordinære pasienter henvist fra fastlege eller andre med henvisningsrett, eksempelvis andre klinikker for psykisk helse. Pasientene ble invitert til å delta i studien gjennom en SMS med lenke hvor de kunne digitalt levere informert samtykke og besvare spørreskjemaene. Det elektroniske testbatteriet med selvrapporterings skjema ble sendt ut i forbindelse med behandlingen de skulle motta noen dager før oppstart og rett etter avslutning.

Inklusjonskriterier omfatter at de var henvist til Nidaros DPS for behandling i perioden, ga informert samtykke for deltakelse, var over 18 år og hadde/fikk en personlighetsforstyrrelsesdiagnose. For sammenligningsgruppen gjaldt de samme inklusjonskriteriene, men de kunne ikke ha en PF. Sammenligningsgruppen ble trukket ut ved at de matchet på alder og kjønn. Alle ved DPS er inkludert, men pasientgrupper som behandles ved spesialistavdelinger er ikke representert, eksempelvis tvangslidelse og schizofreni. Datautvalget inkludert i denne studien bestod totalt av 140 pasienter med 70 i hver av gruppene (med og uten PF). Diagnosene ble hentet fra sykehusets journalsystem.

Det ble ikke innhentet data angående hva slags behandling som ble gitt. I tidligere rapporter fra DPS har terapeuter oppgitt at polikliniske behandlingstiltak består av støttende psykoterapi (48.8%), oppfølging psykofarmaka (28.2%), kognitiv psykoterapi (22.3%), rådgivning (13.9%) psykodynamisk psykoterapi (12.9%), annen individuell behandling (12.7%), interpersonlig psykoterapi (8.7%) og kriseintervensjon (7.5%) (Gråwe et al., 2008).

## Måleinstrumenter

«Patient Health Questionnaire-9» (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) er et måleinstrument for grad av depresjon de siste to ukene. Det består av ni ledd som skåres på en firepunkts Likertskala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (nesten hver dag), med totalskårer fra 0 til 27

(minimal: 0-4, mild: 5-9, moderat: 10-14, moderat alvorlig: 15-19 og alvorlig: 20-27). Den fremstår valid og reliabel for å måle alvorlighetsgrad av depresjonssymptomer (Kroenke et al., 2001). PHQ-9 er godt testet blant psykiatriske pasienter, og den norske versjonen har også fått støtte som måleverktøy hos pasienter med psykiske lidelser (Brattmyr et al., 2022). Cronbachs alpha var .84.

«Generalized Anxiety Disorder scale-7» (GAD-7; Spitzer et al., 2006) måler grad av angstsymptomer de siste to ukene. Denne består av syv ledd også på en firepunkts Likertskala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (nesten hver dag), med totalskåre mellom 0 og 21 (minimal: 0-4, mild: 5-9, moderat: 10-14 og alvorlig: 15-21) (Spitzer et al., 2006). GAD-7 er sett som et reliabelt og valid mål på angstsymptomer hos polikliniske pasienter, også i Norge (Brattmyr et al., 2022). Cronbachs alpha var .89.

«Work and Social Adjustment Scale» (WSAS; Mundt et al., 2002) er et måleinstrument for subjektivt opplevd funksjonsnedsettelse assosiert med psykisk lidelse innenfor ulike områder ved daglig funksjon (Brattmyr et al., 2022). Det består av fem ledd som spør om evne til jobb/studier; oppgaver i hjemmet (som rydding, matlaging og betale regninger); sosiale fritidsaktiviteter; private fritidsaktiviteter; og å forme og opprettholde nære relasjoner. WSAS bruker en nipunkts Likertskala, fra 0 (ikke i det hele tatt) til 8 (alvorlig nedsatt), med en totalskåre mellom 0 og 40 (Pedersen et al., 2017). Skårer under 10 har vært assosiert med subkliniske populasjoner, skårer mellom 10-20 har blitt assosiert med signifikant funksjonsnedsettelse, men mindre alvorlig symptomtrykk, og skårer over 20 har blitt assosiert med moderat alvorlig og alvorlig psykopatologi (Mundt et al., 2002). De psykometriske egenskapene til WSAS anses som valide og sensitive for endring, også for personer med PF. Man har sett tilstrekkelig intern konsistens og test-retest stabilitet, og WSAS fremstår reliabel og klinisk relevant (Pedersen et al., 2017). Cronbachs alpha var .86.

«EQ Visual Analog Scale» (EQ-VAS; The EuroQol Group, 1990) er et ledd i EQ-5D som måler helse relatert livskvalitet. Det er en visuell analog skala hvor respondenten markerer hvor helsen befinner seg mellom den dårligste og beste helsen de kan se for seg (fra 0 til 100) på en termometerlignende skala (Feng et al., 2021). Den oppdaterte versjonen av EQ-VAS, som er brukt i denne studien, har vist tilstrekkelig validitet og responsivitet (Cheng et al., 2021). Gjennomsnittet på VAS-skårer for den voksne populasjonen under 60 år i Norge er rapportert å ligge mellom 76-86 (Stavem et al., 2018) og 75-81 (Garratt et al., 2022).

«Client Satisfaction Questionnaire-8» (CSQ-8; Larsen et al., 1979) er et instrument som måler pasienters tilfredshet med behandling, og er et av de mest brukte målene for dette (Pedersen et al., 2022). Det består av åtte ledd som skåres på en Likertskala fra 1 til 4.

Følgende ligger totalskårer mellom 8 og 32 hvor en høyere skåre tilsier høyere tilfredshet med behandling. Generelt har CSQ-8 vist god reliabilitet og validitet, samt høy intern konsistent. Dette er også demonstrert i polikliniske settinger (Kelly et al., 2018). Undersøkelse av CSQ-8 digitalt på norsk og fant her svært høy intern konsistens og reliabilitet (Pedersen et al., 2022). De psykometriske egenskapene var gode og tilsvarende den engelske papirversjonen. Det ble konkludert med at den er et akseptabelt mål på tilfredshet med behandling i voksen-polikliniske psykiske helsetjenester i Norge (Pedersen et al., 2022). Cronbachs alpha var .96.

### Statistisk analyse

Analysene ble gjort i IBM SPSS Statistics versjon 29.0. For å sammenligne de to gruppene på demografi, diagnostikk og behandlingsspesifikke variabler, så ble det gjort en uavhengig t-test for de kontinuerlige variablene og kji-kvadrat for de kategoriske. For de fire utfallsmålene som ble målt før og etter behandling ble normalitet undersøkt for skjevhet og kurtosis, uten problematiske funn eller behov for transformering. Manglende data ble imputert med metoden «expectation maximization». Det var lite manglende data i datasettet. For de fem inkluderte målene var den totale andelen manglende data 1.34% (1.4-2.1% på PHQ-9-pre, 1.4% på GAD-7-pre og 2.1% på WSAS-pre og 0.7% på WSAS post). Little's MCAR Test antydte at dette var helt tilfeldig ( $\chi^2 = 572.60$ ,  $df = 526$ ,  $p = .08$ ).

Problemstillingene ble undersøkt med fire Repeated Measures ANOVA-analyser som sammenlignet behandlingseffekt for gruppen med og uten PF. Effektstørrelsene (Cohen's  $d$ ) ble regnet ut fra gjennomsnitt og samlet standardavvik før og etter behandling. En vanlig brukt tolkning av effektstørrelsene ved Cohen's  $d$  er liten:  $d = 0.2$ ; middels:  $d = 0.5$ ; og stor  $d = 0.8$

### Resultater

Kjennetegn ved utvalgene og sammenligninger av de er gjengitt i Tabell 1. Gjennomsnittlig alder for utvalget var 28.7 ( $SD = 9$ ) og det var en overvekt av kvinner (74.3%). Det var ingen signifikante forskjeller i diagnosegrupper blant symptomlidelsene, utenom for bipolar lidelse hvor ingen i PF-utvalget hadde en bipolar diagnose, men fire i sammenligningsgruppen hadde denne diagnosen (5.7%,  $p = .042$ ). Blant personlighetsforstyrrelsesdiagnosene var engstelig unnvikende mest prevalent i utvalget (40%), etterfulgt av emosjonelt ustabil (31.4%) og «blandede og andre personlighetsforstyrrelser» (21.4%). Det



var totalt 84 PF-diagnoser (da noen ble diagnostisert med flere PF-diagnoser). Ingen i utvalget hadde dramatiserende, dyssosial, eller «andre spesifikke personlighetsforstyrrelser».

Det var en statistisk signifikant forskjell i behandlingsvarighet målt i dager fra pre-måling til post-måling hvor PF-gruppen hadde 342 (min.: 6, maks: 889) mot ingen PF som hadde 237 dager (min.: 1, maks: 673). Det var også signifikant forskjell i antall konsultasjoner hvor PF-gruppen hadde 23 (min.: 1, maks: 61) mens ingen PF hadde 13 (min.: 1, maks: 50). PF-gruppen hadde også flere sesjoner definert som psykoterapi i snitt (15, min: 0, maks: 48) enn ingen PF-gruppen (10, min: 0, maks: 28).

Ved endt behandling var det også signifikante forskjeller i tilfredshet med behandling målt ved CSQ-8 hvor PF-gruppen hadde en snittskåre på 22 (min: 8, maks: 32), mens ingen PF hadde 25 (min: 9, maks: 32), noe som tilsvarte en effektstørrelse på  $d = 0.47$ . Det var ingen signifikante gruppeforskjeller på de øvrige behandlingsmålene, hverken før eller etter behandling.

**Tabell 1***Kjennetegn og Sammenligning av Pasienter med og uten Personlighetsforstyrrelse (N = 140)*

Variabel	PF	Ingen PF	<i>t/χ<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
	<i>M (SD) / % (N)</i>			
Alder	28.7 (9.2)	28.7 (9.2)	0.01	.996
Kvinne	74.3 (52)	74.3 (52)	0.00	1.000
<b>Diagnoser</b>				
Depresjon	34.3 (24)	31.4 (22)	0.13	.719
Angst	17.1 (12)	28.6 (20)	2.59	.107
Bipolar lidelse	0.0 (0)	5.7 (4)	4.12	.042
PTSD	12.9 (9)	12.9 (9)	0.00	1.000
ADHD	10.0 (7)	18.6 (13)	2.10	.147
<b>Spesifikk personlighetsforstyrrelse</b>				
Paranoid	5.7 (4)			
Schizoid	1.4 (1)			
Emosjonelt ustabil	31.4 (22)			
Tvangspreget	7.1 (5)			
Engstelig unnvikende	40.0 (28)			
Avhengig	1.4 (1)			
Uspesifisert (F60.9)	11.4 (8)			
Andre og blandet (F61)	21.4 (15)			
Mer enn én PF	15.7 (11)			
<b>Behandling</b>				
Dager fra pre til post	342.4 (188.2)	236.6 (149.0)	3.67	<.001
Konsultasjoner	23.2 (15.4)	13.3 (9.4)	4.58	<.001
Psykoterapi-sesjoner	14.7 (12.2)	9.6 (6.6)	2.90	.004
<b>Behandlingstilfredshet</b>				
CSQ-8	22.4 (6.5)	25.2 (5.2)	2.80	.006

*Merknad.* PTSD = Posttraumatisk stresslidelse, ADHD = Attention Deficit/Hyperactive Disorder, CSQ-8 = Client Satisfaction Questionnaire-8.

### **Sammenligning av behandlingseffekt for PF og ingen PF**

For endring i symptomer på depresjon, viste analysen en statistisk signifikant forbedring med middels stor effekt i gjennomsnittsskårer for det totale utvalget ( $d = 0.63$ ). Det var ikke en signifikant forskjell mellom de to gruppene. Begge gruppegjennomsnittene gikk fra moderat-alvorlig til moderat på depresjonssymptomer.

Analysen med endring i angstsymptomer viste en signifikant, middels total effekt ( $d = 0.59$ ), men ingen forskjell mellom gruppene. Begge gruppene startet på moderate angstsymptomer, ingen PF-gruppen var ved post-måling akkurat innenfor milde symptomer, mens PF-gruppen lå på skjæringspunktet mellom milde og moderate angstplager.

Skårene for yrkes- og sosial fungering ble også signifikant forbedret, med middels stor effektstørrelse ( $d = 0.61$ ), men ikke forskjell mellom gruppene. Begge gruppene startet med å rapportere moderat-alvorlig funksjonsnedsettelse. Ved postmåling skåret ingen PF-gruppen innenfor signifikant funksjonsnedsettelse, mens PF-gruppen ligger akkurat innenfor moderat-alvorlig kategorien.

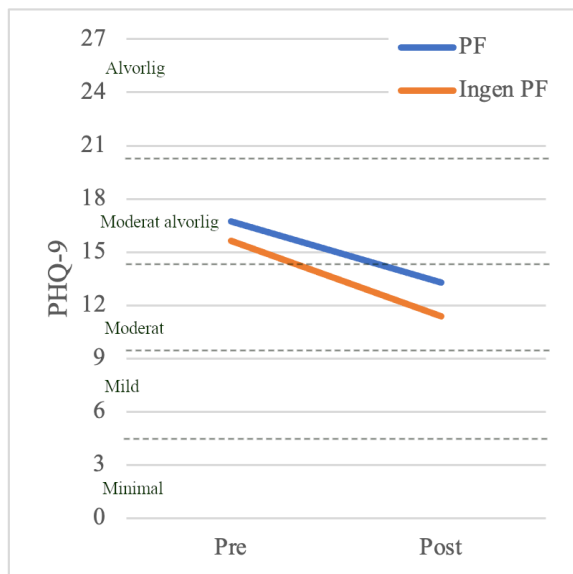
Også helserelatert livskvalitet viste signifikante resultater, men med lav effekt ( $d = 0.34$ ) og heller ikke her var det signifikant forskjell mellom gruppene. En oppsummering av analysene vises i Tabell 2 og Figur 1-4.

**Tabell 2**

*Endring i Symptomer på Depresjon, Angst, Fungereing og Helse for Pasienter med og uten PF*

Variabel	Pre	Post	tid*gruppe				
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	$\eta_p^2$	<i>p</i>
<b>Depresjon (PHQ-9)</b>							
PF	16.7 (6.5)	13.3 (6.7)			0.52		
Ingen PF	15.6 (4.8)	11.4 (6.1)			0.77		
Total	16.2 (5.7)	12.3 (6.5)	67.11	<.001	0.63	0.33	.401
<b>Generalisert angst (GAD-7)</b>							
PF	12.5 (5.4)	9.9 (4.8)			0.51		
Ingen PF	12.0 (5.1)	8.7 (4.7)			0.68		
Total	12.3 (5.2)	9.3 (4.8)	48.84	<.001	0.59	0.26	.405
<b>Yrke- og sosial fungering (WSAS)</b>							
PF	25.8 (8.7)	20.2 (9.2)			0.63		
Ingen PF	23.1 (8.7)	17.6 (9.6)			0.61		
Total	24.5 (8.8)	18.9 (9.5)	41.95	<.001	0.61	0.23	.959
<b>Helserelatert livskvalitet (EQ-VAS)</b>							
PF	47.0 (19.4)	54.4 (19.5)			0.38		
Ingen PF	50.1 (20.0)	56.5 (21.4)			0.31		
Total	48.5 (19.7)	55.4 (20.4)	14.87	<.001	0.34	0.10	.796

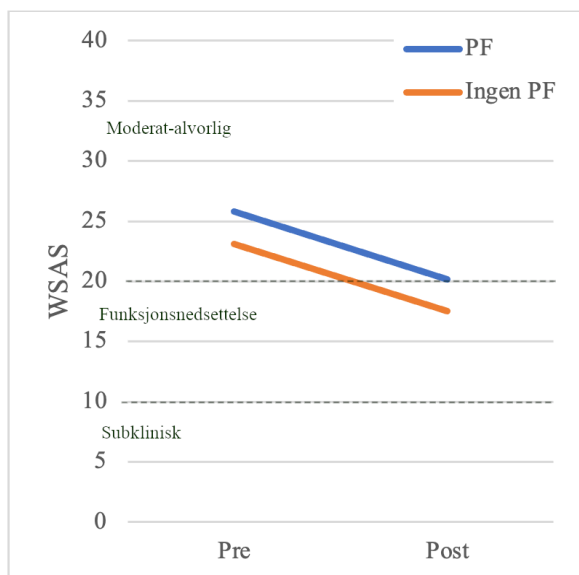
*Merknad.* PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder scale-7, WSAS = Work and Social Adjustment Scale, EQ-VAS = EQ Visual Analog Scale.

**Figur 1***Endringer i Depresjon*

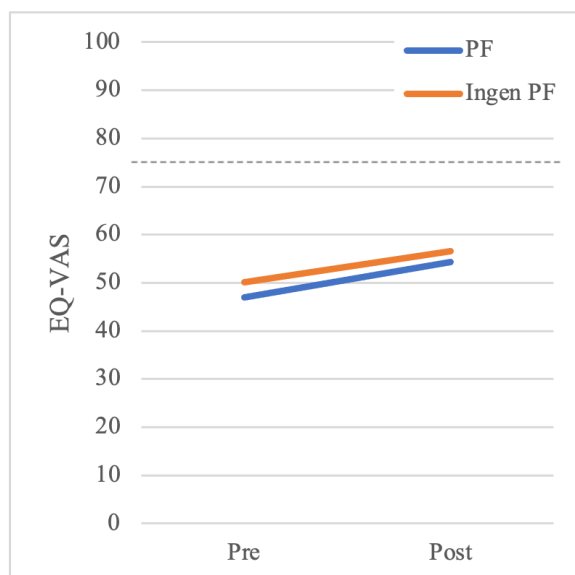
*Merknad.* Stiplet linje representerer skille mellom alvorlighetsgrad

**Figur 2***Endringer i Generelle Angstsymptomer*

*Merknad.* Stiplet linje representerer skille mellom alvorlighetsgrad

**Figur 3***Endringer i Fungereing*

*Merknad.* Stiplet linje representerer skille mellom alvorlighetsgrad.

**Figur 4***Endringer i Helserelatert Livskvalitet*

*Merknad.* Stiplet linje representerer nedre populasjonsgjennomsnitt.

## Diskusjon

Formålet med studien var å undersøke behandlingseffekten for personer med personlighetsforstyrrelse i en naturalistisk poliklinisk setting. Behandlingseffekt på angst- og depresjonssymptomer, fungering og helse relatert livskvalitet har blitt undersøkt før og etter behandling, i tillegg til tilfredshet ved endt behandling. På helse relatert livskvalitet viste behandling signifikant, men liten effekt, mens det på de øvrige målene var signifikant moderat effekt. På ingen av målene var det signifikante forskjeller i behandlingseffekt når gruppen med PF ble sammenlignet med matchede kontroller. PF gruppen rapporterte gjennomsnittlig mer symptomer og vansker på alle mål, både før og etter behandling, men denne forskjellen var ikke signifikant. PF gruppen skåret derimot signifikant lavere tilfredshet med behandling. PF-gruppen hadde flere konsultasjoner i snitt (23 versus 13) og lengre behandlingsforløp enn ingen PF-gruppen (342 versus 237).

### Endring i Angst- og Depresjonssymptomer

Effektstørrelsen for PF-gruppen i denne studien var for angstsymptomer  $d = 0.51$  og depresjonssymptomer  $d = 0.52$ . Sammenlignet med tidligere enkeltstudier var effekten på depresjonssymptomer i denne studien lavere enn hva rapportert av Kvarstein et al. (2023) ( $d = 1.4$ ) og Pedersen et al. (2017) ( $d = 0.9$ ). Tilsvarende i denne studien var unnvikende PF og BPD de vanligste spesifikke personlighetsforstyrrelsene i utvalget deres, men det er også flere forskjeller i studiene. Selv om også disse studiene var naturalistiske/observasjonelle, har behandlingen foregått innenfor Nettverk for Personlighetsforstyrrelser. Det er en naturlig antakelse at disse behandlerne har hatt mer spesialisert kompetanse rettet mot PF, noe som kan være en faktor i at disse har oppnådd større effektstørrelser. Varigheten på behandling var lenger, gjennomsnittlig behandlingstid var henholdsvis 15 måneder ( $SD = 9$ ) og 18 måneder ( $SD = 13$ ) mens snittet i denne studien lå på 11 måneder ( $SD = 6$ ). Det kan tenkes at deltakerne da også mottok flere behandlingssesjoner. Med tanke på at det ble sett bedring over tid, er det en mulighet at effektstørrelsen hadde vært likere om behandlingens lengden og -mengden hadde vært tilsvarende. Samtidig har hverken betydning av frekvens eller varighet av behandling ved PF gitt ensidige resultater i forskningslitteraturen tidligere (Bateman et al., 2015). Resultatet fra metaanalyse har også vist at behandlingsvarighet og -intensitet ikke modererte effekten for intervensjonene (Katakis et al., 2023). Lite tyder på at forklaringen på ulik effekt sammenlignet med Pedersen et al. (2017) ligger i ulik symptombelastning, da de to utvalgene hadde tilsvarende gjennomsnittlig symptomtrykk,  $t(1439) = 1.18$ ,  $p = 0.240$ .

Derimot var oppstartsskårene signifikant lavere enn utvalget til Kvarstein et al. (2023),  $t(1119) = 2.06, p = 0.039$ , hvilket kan ha spilt inn på det større spriket i effektforskjeller, eksempelvis grunnet regresjon mot snitt. Alvorlighetsgraden ved BPD er for eksempel foreslått som faktor i de robuste effektstørrelsene for denne PF-en, da de på en måte har mer «spillerom» for bedring enn de andre personlighetsforstyrrelsene (Budge et al., 2013).

Det var derimot mindre forskjell i effektstørrelsen på angstsymptomer ( $d = 0.51$ ) sammenlignet med Kvarstein et al. (2023) ( $d = 0.6$ ), som kan antyde at de ovennevnte faktorene, eller en annen ukjent faktor, har ulik effekt på ulike typer symptomer. Samtidig er det ukjent hvilke symptomer behandlingen har rettet seg mot, noe som også kan være en spille inn på at denne forskjellen er mindre. I gjennomsnittlige oppstartsskårer for angstsymptomer var de to utvalgene tilsvarende,  $t(1119) = 0.8, p = 0.420$ .

Behandlingseffekten var i denne studien like god for PF- som ingen PF-gruppen, og for både angst- og depresjonssymptomer var det signifikant moderat effekt. Likevel skilte PF-gruppen seg ut ved å ha hatt signifikant lenger behandlingsvarighet, over 100 dager lenger, og fler konsultasjoner, omtrent 10 flere i snitt. Dette kan det tolkes som at sammenlignet med pasienter uten en PF trenger pasienter med PF lenger tid og/eller høyere antall sesjoner for å oppnå den samme effekten, men dette er som nevnt en variabel med usikker betydning (Bateman et al., 2015; Katakis et al., 2023).

### **Endring i Yrke- og Sosial Fungering**

På fungering (WSAS) var effektstørrelsen ( $d = 0.63$ ) lavere enn hva tidligere studier har rapportert, hvor effektstørrelsen PF-generelt har ligget rundt  $d = 0.9-1.0$  (Kvarstein et al., 2023; Pedersen et al., 2017). De samme diskusjonspunktene som for angst- og depresjonssymptomer, med tanke på varighet, spesialisert kompetanse og antall sesjoner, gjelder også her. Utvalget i denne studien hadde tilsvarende oppstartsskårer som disse utvalgene, hvilket gjør det lite sannsynlig at symptombelastningen var en avgjørende faktor i de ulike resultatene, ( $t(1119) = 1.81, p = 0.070$ , Kvarstein et al., 2023;  $t(1439) = 1.84, p = 0.066$ , Pedersen et al., 2017). Det er gjennomgående for alle målene at hva behandlingen har fokusert på er ukjent og kan være en faktor i de ulike resultatene.

Det ble ikke sett noen forskjell i behandlingseffekt for PF-gruppen og sammenligningsgruppen. Pasientene med PF hadde dårligere skårer både før og etter behandling, men ikke signifikant annerledes. Siden det har vært rapportert at man ikke har sett bedringen i WSAS-skårer bli overført til yrkesfunksjon i PF-utvalg (Kvarstein et al., 2023), hadde det vært interessant å se om WSAS-skåren har større sammenheng med funksjon i

dagliglivet for pasienter uten personlighetsforstyrrelse eller i hvor stor grad generelt endring i WSAS-skårer kan observeres i dagligliv. En mulighet kan være at endringer i WSAS er mer overførbare til andre funksjoner enn evne til jobb. WSAS måler subjektivt oppfattet funksjonsnedsettelse, og det kan diskuteres om det viktigste ikke uansett er at individet opplever å ha det bedre, selv om det ikke kommer til syne ut fra objektive mål som arbeid.

### **Endring i Helserelatert livskvalitet**

Som ved tidligere studier var det sterkt nedsatt livskvalitet hos pasientene med PF (Narud et al., 2005; Soeteman et al., 2008). Sammenlignet med andre studier hvor helsereelatert livskvalitet har vært målt med EQ-VAS (Bartak, Andrea, Spreeuwenberg, Thunnissen, et al., 2011; Fassbinder et al., 2016), skilte resultatet her seg ut positivt da det både var signifikant og en effekt, dog liten.

Oppstartsskårene på EQ-VAS til pasientene i dette utvalget var signifikant annerledes fra de polikliniske pasientene med type A PF i Bartak, Andrea, Spreeuwenberg, Thunnissen, et al. (2011),  $t(88) = 3.06, p = 0.003$ . De var derimot tilsvarende pasientene med høy alvorlighetsgrad av BPD i Fassbinder et al. (2016),  $t(78) = 0.36, p = 0.719$  og pasientene med type A PF som var innlagt i studien til Bartak, Andrea, Spreeuwenberg, Thunnissen, et al. (2011),  $t(86) = 1.24, p = 0.217$ . Dette kan tyde på at pasientene i dette utvalget hadde spesielt lav helsereelatert livskvalitet, men kan også være grunnet sammensetningen av PF i utvalget hvor type A PF var underrepresentert. Ettersom det er sett ulik sammenheng mellom livskvalitet og forskjellige PF (Cramer et al., 2006) er det en mulighet at forskjellene i symptombelastning har sammenheng med hvilke PF som er i utvalget. Dette kan se ut til å være tilfellet da i dette utvalget unnvikende PF og BPD står for over 70% av PF-diagnosene og oppstartsskårene var tilsvarende utvalget med unnvikende PF i Kvarstein et al. (2021),  $t(516) = 0.97, p = 0.332$ , i tillegg til utvalget med BPD (Fassbinder et al., 2016).

Skjevfordelingen av personlighetsforstyrrelser i utvalget kan ha flere forklaringer, det kan eksempelvis være en reell forskjell i forekomst eller resultat av ulik hjelpesøkeratferd for ulike PF, eller en kombinasjon. Det er foreslått å skille mellom behandlingssøkende og behandlingsavvisende PF, hvor type C personlighetsforstyrrelser er signifikant mer sannsynlig å være behandlingssøkende, mens type A er signifikant mer sannsynlig å være behandlingsavvisende (Tyrer et al., 2003). BPD og unnvikende PF er mer sannsynlig å oppsøke behandling (Pedersen & Simonsen, 2014), hvilket stemmer overens med hvilke PF som er representert i denne studien. Dessuten om det er tilfellet at pasienter i type A opplever bedre livskvalitet og helse enn de andre, slik sammenlikningen av studiene over kan indikere,



er det ikke utenkelig at det også er en faktor i at det er færre innenfor type A innenfor spesialisthelsetjenesten. Subjektiv livskvalitet ser ut til å styre behandlingssøkningsatferd, overholdelse og vurdering av behandling (Soeteman et al., 2008).

De dårligere skårene i dette utvalget muliggjør regresjon mot snitt som en forklaring på de større effektstørrelsene enn tidligere rapportert. Av alle målene som ble undersøkt i denne studien var det likevel dette som hadde dårligst effekt, og selv etter behandling skårer både PF-gruppen og sammenligningsgruppen betydelig lavere enn hva normalpopulasjonen gjør, henholdsvis 54.4 og 56.5 opp mot populasjonssnittet som ligger mellom 75 og 86.

### **Behandlingstilfredshet**

På behandlingstilfredshet (CSQ-8) skåret pasientene med PF signifikant lavere enn sammenligningsgruppen, hvilket indikerer lavere tilfredshet hos denne gruppen i tråd med tidligere forskning (Hueston et al., 1996; Priebe & Miglietta, 2019), selv om behandlingseffekten var like god. PF-gruppen i denne studien var også mindre tilfreds med behandling enn utvalget i McGowan et al. (2021). Det kan spekuleres i ulike mulige forklaringer. Skårene til PF-gruppen var fortsatt høyere ved endt behandling. Mens ingen PF var kommet seg ned en alvorlighetsgrad på GAD-7 og WSAS, lå fortsatt PF-gruppen over skjæringspunktet for den mildere kategorien. I realiteten er det nok lite som oppleves kvalitativt annerledes om man er rett over eller under skjæringspunktet, men hvis man forholder seg til de satte kategoriene og går ut ifra at de gir tilfredsstillende beskrivelser på symptomtrykket så viser det at PF-gruppen på disse målene skårer kategorisk dårligere enn ingen PF-gruppen. At PF-gruppen med lavere rapportert livskvalitet også rapporterte lavere tilfredshet passer inn med funnene om opplevd livskvalitet som en faktor i evalueringen av behandling (Soeteman et al., 2008), men forskjellen er likevel større enn forventet ettersom det ikke var signifikant forskjellige skårer på livskvalitet.

Andre mulige forklaringer er om pasientene med PF hadde større forventninger om symptomlette, eventuelt symptomfrihet (McGowan et al., 2021). Det hadde vært interessant å se om gruppene skilte seg ut på forventninger til behandling, og om en forventningsavklaring før behandlingsoppstart kunne hatt effekt på tilfredshet ved endt behandling.

Selv om denne studien viste like god behandlingseffekt for de to gruppene, hadde også pasientene med PF gått signifikant mer og lenger i behandling. Det kan også være at det er vanskeligere å merke endringene når det går over såpass lang tid eller at de måtte «jobbe hardere» for å få de samme resultatene. Ettersom det er usikkerhet rundt betydningen av varighet og frekvens (Bateman et al., 2015; Katakis et al., 2023) hadde det vært interessant

med flere målinger over tid for å se hvordan effekten var for PF-gruppen når de hadde gått i behandling omtrent like lenge som ingen PF-gruppen, hvordan gikk utviklingen videre etter endt behandling og hvordan utviklingen ville fortsatt om behandlingen vedvarte. Det antas at behandlingen avsluttet enten fordi pasienten ønsket det, fordi de opplevde nok bedring eller at ikke noe effekt, eller fordi behandler har vurdert at pasienten er blitt bra nok. Fordelingen mellom disse mulighetene er uvisst og det hadde vært interessant å se om det er noen sammenheng mellom tilfredshet og hvem/hvorfor behandlingen avsluttes. Flere pasienter hadde få konsultasjoner, eksempelvis hadde tre pasienter kun én konsultasjon, om antallet konsultasjoner har sammenheng med tilfredshet kan videre være aktuelt å se på, om pasienter som «dropper ut» tidlig av behandling er mindre tilfreds.

Ettersom interpersonlige vansker og sosial dysfunksjon er sentralt ved PF er det også en mulighet at allianseutfordringer har bidratt i at pasientene med PF er mindre tilfreds til tross for like god behandlingseffekt. PF er assosiert med utfordringer med den terapeutisk alliansen, som videre er assosiert med dårligere behandlingsutfall og avbrytelse av behandling (Bender, 2005; Lingardi et al., 2005). Forskjeller i opplevd allianse og samspillet med behandlingstilfredshet er aktuelt for videre forskning. Det er også et moment at det kun er tilfredsheten til de som har besvart spørreskjemaene som er tilgjengelig, på ene siden kan man tenke at de som er mer tilfreds er mer tilbøyelige for å svare på disse skjemaene, men det kan også være en mulighet at de som er mindre tilfreds har behov for å få kommunisert det ved å gi en slik tilbakemelding.

### **Styrker og svakheter**

Diagnosene ble hentet ut fra sykehusets journalsystem, den diagnostiske vurderingen er ukjent og det er ikke gjort noen kontroll av diagnosene eller målt inter-rater-reliabilitet. Dermed er både diagnostisk validitet og reliabilitet usikker. Eksempelvis hadde én deltager i utvalget fire PF diagnoser, to spesifikke og to uspesifikke, noe man kan stille spørsmål ved reliabiliteten til.

Ulike standpunkt i diskusjonen rundt forekomsten av PF i kliniske utvalg vil gi ulike oppfatninger av studiens resultater. Mener man at klinisk praksis underkjenner den reelle forekomsten, er motvillige eller mangler kompetanse og ressurser til å sette diagnosen (Beckwith et al., 2014; Lamont & Brunero, 2009; Newton-Howes et al., 2010; Pedersen & Simonsen, 2014; Winsper et al., 2020; Zimmerman et al., 2008), kan man stille seg skeptisk til om denne studien faktisk har målt forskjeller mellom en PF- og en ingen PF-gruppe. Det er et konsistent funn at forekomsten PF er høyere ved strukturerte diagnostiske instrumenter, enn

ved ustrukturerte vurderinger eller klinikersatte diagnoser (Beckwith et al., 2014). Muligheten for at det er en andel pasienter med personlighetsforstyrrelse i sammenligningsgruppen er der, med følgende mulighet at det kunne vært forskjeller i behandlingseffekt enn PF-gruppen om disse var luket ut. At PF i dag er en kategorisk diagnose, og det er antydning til at mange tilfeller som ikke blir fanget opp går under mild PF, kan tenkes å være en årsak i diskrepansen mellom forskning og klinisk praksis (Newton-Howes et al., 2010; Pedersen & Simonsen, 2014). Det er mulig at grensetilfeller og milde tilfeller av PF i dag lettere blir avslått hvis klinikere oppfatter PF-diagnosen som for alvorlig eller stigmatiserende å sette i disse tilfellene. Når ICD-11 blir tatt i bruk med PF som en mer dimensjonell diagnose, hvor man setter mild, moderat og alvorlig (WHO, 2022), kan det være denne diskrepansen minsker.

Går man ut ifra at DPSen korrekt avdekker pasientene med PF er det en styrke at denne gruppen ble sammenlignet med en uten PF, slik at man kan si noe om behandlingseffekten utover at den finnes. Matching av sammenligningsgruppe reduserer dessuten muligheten for at seleksjonsbias skal påvirke effektstørrelsene (Bartak et al., 2009). Det kan tenkes at seleksjonsbias kan være til stede ettersom det ikke er randomisert tildeling av behandling. Likevel slik helsesystemet er lagt opp med krav om henvisning er det ikke nødvendigvis pasienten som har valgt hvor behandlingen skal finne sted, da DPS er et naturlig utgangspunkt for generell behandling av psykiske vansker i spesialisthelsetjenesten. Dette ville dessuten vært likt for begge gruppene. Om det skulle være at det er et selvseleksjonsbias til stede, kan det like så være at dette får effektstørrelsene til å se kunstig lavere ut (Shadish et al., 2000).

En annen styrke ved denne studien er at den baserte seg på naturalistisk behandling, hvilket gjør den klinisk relevant og øker sannsynligheten for at funnene er generaliserbare til annen klinisk praksis. Nidaros DPS vurderes som en representativ behandlingsinstans for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten i Norge. Studier på faktisk «behandling som vanlig» har i stor grad vært manglende i forskningslitteraturen ettersom det sjeldent har vært gitt behandling under TAU-betingelsene (Budge et al., 2013). Et «Cochrane review» på BPD konkluderte med behov for studier i den «ekte verden» (Binks et al., 2006) og klinisk representativitet ble etterspurt i behandlingsforskning allerede i 1997 (Shadish et al., 1997). Effektstørrelsene for angst- og depresjonssymptomer, samt yrke- og sosial fungering var større enn den forventede effektstørrelsen for naturalistiske studier i Shadish et al. (2000; 1997) og således sammenlignbare med effektstørrelsene fra metastudier på psykoterapi.

En svakhet er at det ikke er blitt undersøkt hva slags behandling som faktisk ble gitt. Det går dermed ikke an å si noe om *hva* med behandlingen som funket, kun *at* den funket. I forbindelse med å videre forbedre behandlingen som gis er den dermed lite informativ, utover hvilke områder som har dårligst effekt og bør fokuseres mer på i fremtiden. Tilsvarende kan man ikke si noe om hva behandlingen har fokusert på. Det er heller ikke undersøkt hvilke faktorer som er assosiert med bedre effekt innad i PF-gruppen, eksempelvis om noen personlighetsforstyrrelser er assosiert med bedre behandlingseffekt, noe utvalget i denne studien var for lite for.

Det er også positivt at denne studien har sett på PF generelt fremfor en spesifikk PF, ettersom dette også har vært savnet i forskningslitteraturen (Bateman et al., 2015; Budge et al., 2013; Hadjipavlou & Ogrodniczuk, 2010; Katakis et al., 2023; Simonsen et al., 2019). Samtidig har det gjort det utfordrende å finne forskningsdata å sammenligne funnene med, hvilket begrenser muligheten for å vurdere funnene i en større kontekst, ettersom flere mål kun kunne sammenlignes med enkeltstudier, da det er få etablerte effektstørrelser og metaanalyser som ser på generell PF. Ettersom denne studien kun ser på innengruppe-effektstørrelser får en ikke sammenlignet med effektstørrelsene fra studier som sammenligner TAU med spesialisert psykoterapi. Sammenligningsstudier med reelle TAU-betingelser vil være nyttig for å få et bilde av de faktiske effektforskjellene mellom naturalistisk terapeutisk behandling og spesialisert psykoterapi.

Det kan tenkes at enkelte fellestrekk ved pasientene som deltok har påvirket resultatene. Studien baserte seg på deltakere som frivillig har valgt å delta og besvare et utvalg av spørreskjemaer både før og etter behandling. Det er mulig at denne måten å samle inn data på eksempelvis fanger opp mer «pliktoppfyllende» og føyelige/ettergivende pasienter, som også er karakteristikk som på flere måter kan påvirke behandlingen positivt, eksempelvis allianse og aktiv deltakelse. Man kan ikke si noe om behandlingseffekt for pasientene som *ikke* har deltatt. Det kan også tenkes at det er forskjeller i hvilke PF som i større grad er villig til å delta i en slik undersøkelse.

Det er stor variasjon i antall konsultasjoner pasientene har hatt, bakgrunnen for dette og hva slags betydning det har for skårene deres er ukjent. Studien mangler også oppfølgingsdata for å kunne si noe om effekten er vedvarende. Det er flere muligheter for hvordan pasientens vansker utarter seg etter behandlingen avsluttes. De kan oppleve forverring når de ikke lenger får oppfølging, videre bedring når de bruker verktøyene de har lært under behandling eller at det holder seg på nivået det er når behandlingen avsluttes. Det hadde også vært fordel med flere målinger underveis for å følge utviklingen over tid.

Sammenligning av data fra et utvalg med og uten PF over tid vil gi bedre innblikk i om og hvordan behandlingsforløpene til pasienter med PF utarter seg annerledes. Det var noe manglende data, men dette var lite og viste seg å være tilfeldig.

### **Implikasjoner**

Flere implikasjoner følger resultatene av denne studien. Funnene belyser behovet for å ytterligere undersøke naturalistisk behandling for PF og sammenligning av behandlingseffekt hos pasienter uten PF. Resultatene er lovende i forhold til de tidligere funnene om dårligere behandlingseffekt hos pasienter med PF, men det krever flere studier for å få forståelse for disse funnene. Hvilke faktorer som påvirker behandlingseffekten er ukjent og det er sprikende funn om betydningen av behandlingsfrekvens og -varighet (Bateman et al., 2015). Det bør undersøkes *hva* i behandling hos pasienter med PF er det som fungerer. Selv om det var moderate effektstørrelser for flere mål i denne studien, var de samtidig lavere enn rapportert i andre naturalistiske studier (Kvarstein et al., 2023; Pedersen et al., 2017).

I videre forskning er det aktuelt å ha grundigere gjennomgang av det diagnostiske grunnlaget når en PF- og ingen PF-gruppe vurderes opp mot hverandre. Samtidig som det bør forskes mer på behandling av andre PF enn BPD, bør det også undersøkes hvordan de ulike PF-ene skiller seg på nytte av behandling, noe det ikke kan trekkes konklusjoner om fra denne studien da det er begrenset utvalgsstørrelse for de spesifikke personlighetsforstyrrelsene. Det er et positivt funn å se at behandlingseffekten i en naturalistisk setting kan sammenlignes med resultatene fra spesialiserte behandlingsforløp og kontrollerte betingelser. Fremover bør det undersøkes om dette er generaliserbare funn, samt hva ved behandlingen som taler for denne effekten. I tillegg trengs studier som sammenligner behandlingseffekten hos pasienter med og uten PF over tid, både under og etter endt behandling, for å se hvordan forløpene er forskjellig.

Studien belyser også hvilke områder behandlingseffekten er svakere på, spesielt livskvalitet ser ut til å være et område som bør prioriteres å undersøke hvordan kan bedres ytterligere hos både pasienter med og uten PF, ettersom begge gruppene skårer betydelig under populasjonssnittet hvilket indikerer at de opplever særlig dårlig helse. Dette kan både omfatte psykisk og somatisk helse, hva slags plager som spiller størst inn og hvordan disse kan bedres bør være i fokus. Hva som gjør at pasienter med PF skårer signifikant dårligere på tilfredshet bør også undersøkes. Selv om pasientene går ut av behandlingen med lavere symptomtrykk en de startet med, er behandlingseffekten lav til moderat og det er fortsatt et symptomtrykk til stede som ikke bør overses. Målene i denne studien baserer seg på

selvrapport og pasientens subjektive opplevelse, men i fremtiden kan det være relevant å inkludere objektive mål, som registerdata fra NAV (Arbeids- og velferdsforvaltningen) og andre helsetjenester.

Ettersom dette er en enkeltstudie, bør det selvfølgelig undersøkes mer og gjøres metaanalyser før man kan trekke noen fastbestemte konklusjoner. Samtidig kan resultatene her bidra til en behandlingsoptimisme både for pasienter med PF og klinikere. Å vite at behandling har effekt kan tenkes å i seg selv ha positiv virkning på behandlingen ved å skape motivasjon hos begge de involverte partene. Det er ikke utenkelig at det vil gå utover hjelpen som ytes om en kliniker tror at behandlingen egentlig ikke nytter.

### **Konklusjon**

Denne studien gir lovende resultater angående «behandling som vanlig» og naturalistisk behandling, med effektstørrelser mellom 0.59-0.63 på depresjon, angst og fungering. Effekten var imidlertid lavere for helserelatert livskvalitet og pasientene med PF skåret signifikant lavere på behandlingstilfredshet enn de uten.

Fremtidig forskning bør undersøke behandlingseffekten hos PF i naturalistiske settinger for å sikre klinisk relevans og øke kunnskapen om slik behandling. Effekten av behandling hos pasienter med PF generelt er noe som bør forskes mer på, og forskjellene mellom ulike PF (eventuelt ulike PF-trekk når ICD-11 blir innført) bør undersøkes. Resultatene fra studien er positive med tanke på behandlingseffekt hos pasienter med PF. Tidligere trodde man at personlighetsforstyrrelser var uten effekt i behandling. I dag sies det at de i en viss grad kan behandles, men at personlighetsforstyrrelsen gjør resultatene dårligere. Likevel kan det se ut til at det fulle bildet av behandling hos denne pasientgruppen enda ikke er på plass, og at det kan være faktorer som kan bidra til en tilsvarende behandlingseffekt som hos andre pasienter.

### Referanser

- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M. D., Thunnissen, M., Ziegler, U. M., Dekker, J., Bouvy, F., Hamers, E. F., Meerman, A. M., Busschbach, J. J., Verheul, R., Stijnen, T. & Emmelkamp, P. M. (2011). Patients with cluster A personality disorders in psychotherapy: an effectiveness study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(2), 88-99. <https://doi.org/10.1159/000320587>
- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M. D., Ziegler, U. M., Dekker, J., Rossum, B. V., Hamers, E. F., Scholte, W., Aerts, J., Busschbach, J. J., Verheul, R., Stijnen, T. & Emmelkamp, P. M. (2011). Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(1), 28-38. <https://doi.org/10.1159/000321999>
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M. D., Andrea, H., Busschbach, J. J., Croon, M. A., Verheul, R., Emmelkamp, P. M. & Stijnen, T. (2009). The Use of Propensity Score Methods in Psychotherapy Research A Practical Application. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(1), 26-34. <https://doi.org/10.1159/000162298>
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M. D., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Rossum, B. V., Hamers, E. F., Meerman, A. M., Aerts, J., Busschbach, J. J., Verheul, R., Stijnen, T. & Emmelkamp, P. M. (2010). Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: results of a large prospective multicentre study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(1), 20-30. <https://doi.org/10.1159/000254902>
- Bateman, A. W., Gunderson, J. & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
- Beckwith, H., Moran, P. F. & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personality and mental health*, 8(2), 91-101. <https://doi.org/10.1002/pmh.1252>
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73-87. <https://doi.org/10.1097/00131746-200503000-00002>
- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652>
- Brattmyr, M., Lindberg, M. S., Solem, S., Hjemdal, O. & Havnen, A. (2022). Factor structure, measurement invariance, and concurrent validity of the Patient Health Questionnaire-9

- and the Generalized Anxiety Disorder scale-7 in a Norwegian psychiatric outpatient sample. *BMC Psychiatry*, 22, 461. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04101-z>
- Budge, S. L., Moore, J. T., Del Re, A., Wampold, B. E., Baardseth, T. P. & Nienhuis, J. B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1057-1066. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.003>
- Buer Christensen, T., Eikenaes, I., Hummelen, B., Pedersen, G., Nysæter, T.-E., Bender, D. S., Skodol, A. E. & Selvik, S. G. (2020). Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning—Concurrent validity of criterion A. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(2), 79-90. <https://doi.org/10.1037/per0000352>
- Chakhssi, F., Zoet, J. M., Oostendorp, J. M., Noordzij, M. L. & Sommers-Spijkerman, M. (2021). Effect of psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of personality disorders*, 35(2), 255-269. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_439](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_439)
- Cheng, L. J., Tan, R. L.-Y. & Luo, N. (2021). Measurement properties of the EQ VAS around the globe: a systematic review and meta-regression analysis. *Value in Health*, 24(8), 1223-1233. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.02.003>
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>
- Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I., Farrell, J., Arntz, A. & Schweiger, U. (2016). Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study with three year follow-up. *Frontiers in Psychology*, 7, 1851. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01851>
- Feng, Y.-S., Kohlmann, T., Janssen, M. F. & Buchholz, I. (2021). Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. *Quality of Life Research*, 30, 647-673. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02688-y>
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T. & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of affective disorders*, 145(2), 143-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.004>
- Garratt, A. M., Hansen, T. M., Augestad, L. A., Rand, K. & Stavem, K. (2022). Norwegian population norms for the EQ-5D-5L: results from a general population survey. *Quality of Life Research*, 31(2), 517-526. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02938-7>



- Gråwe, R. W., Hatling, T. & Ruud, T. (2008). *Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? : resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007* (SINTEF A6169). SINTEF Helse. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1269070/>
- Hadjipavlou, G. & Ogrodniczuk, J. S. (2010). Promising psychotherapies for personality disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 202-210. <https://doi.org/10.1177/070674371005500403>
- Helsebiblioteket. (2020). *Retningslinjer for personlighetsforstyrrelser – oppdatert samling på Helsebiblioteket*. Hentet 10.10.2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/retningslinjer-for-personlighetsforstyrrelser-oppdatert-samling-pa-helsebiblioteket>
- Hueston, W. J., Mainous, A. & Schilling, R. (1996). Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *Journal of Family practice*, 42(1), 54-61. [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1996-volume\\_42-43/JFP\\_1996-01\\_v42\\_i1\\_patients-with-personality-disorders-func.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1996-volume_42-43/JFP_1996-01_v42_i1_patients-with-personality-disorders-func.pdf)
- IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassmassi, B. & Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, 21(3), 138-150. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182937116>
- Katakis, P., Schlieff, M., Barnett, P., Rains, L. S., Rowe, S., Pilling, S. & Johnson, S. (2023). Effectiveness of outpatient and community treatments for people with a diagnosis of ‘personality disorder’: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23, 57. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04483-0>
- Kelly, P. J., Kyngdon, F., Ingram, I., Deane, F. P., Baker, A. L. & Osborne, B. A. (2018). The Client Satisfaction Questionnaire-8: Psychometric properties in a cross-sectional survey of people attending residential substance abuse treatment. *Drug and alcohol review*, 37(1), 79-86. <https://doi.org/10.1111/darr.12255222>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kvarstein, E. H., Antonsen, B. T., Klungsøyr, O., Pedersen, G. & Wilberg, T. (2021). Avoidant personality disorder and social functioning: A longitudinal, observational study

- investigating predictors of change in a clinical sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(6), 594.
- Kvarstein, E. H., Frøyhaug, M., Pettersen, M. S., Carlsen, S., Ekberg, A., Fjermestad-Noll, J., Ulvestad, D. A., Gikling, E. L., Hjermann, E., Lindberget, K., Omvik, S., Eikenaes, I., Hummelen, B., Morken, K. T. E., Wilberg, T. & Pedersen, G. (2023). Improvement of personality functioning among people treated within personality disorder mental health services. A longitudinal, observational study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1163347. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1163347>
- Lamont, S. & Brunero, S. (2009). Personality disorder prevalence and treatment outcomes: A literature review. *Issues in mental health nursing*, 30(10), 631-637. <https://doi.org/10.1080/01612840902995288>
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 395-403. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.003>
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Lingiardi, V., Filippucci, L. & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45-53. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327047>
- McGowan, N. M., Syam, N., McKenna, D., Pearce, S. & Saunders, K. E. (2021). A service evaluation of short-term mentalisation based treatment for personality disorder. *BJPsych Open*, 7(5), e140. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.974>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Narud, K., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005). Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. *BMC Psychiatry*, 5, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-10>
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O. & Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social*

- psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45, 453-460. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0084-7>
- Newton-Howes, G., Tyrer, P. & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 13-20. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.1.13>
- Papaioannou, D., Brazier, J. & Parry, G. (2013). How to measure quality of life for cost-effectiveness analyses of personality disorders: A systematic review. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 383-401. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_075](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_075)
- Pedersen, G., Kvarstein, E. & Wilberg, T. (2017). The Work and Social Adjustment Scale: Psychometric properties and validity among males and females, and outpatients with and without personality disorders. *Personality and mental health*, 11(4), 215-228. <https://doi.org/10.1002/pmh.1382>
- Pedersen, H., Havnen, A., Brattmyr, M., Attkisson, C. C. & Lara-Cabrera, M. L. (2022). A digital Norwegian version of the client satisfaction questionnaire 8: factor validity and internal reliability in outpatient mental health care. *BMC Psychiatry*, 22, 671. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04281-8>
- Pedersen, L. & Simonsen, E. (2014). Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark—a register study. *Nordic journal of psychiatry*, 68(8), 543-548. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.884630>
- Priebe, S. & Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry*, 18(1), 30-31. <https://doi.org/10.1002/wps.20585>
- Ruud, T., Gråwe, R. W., Lilleeng, S. & Bjørngaard, J. H. (2006). *Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsikiatriske sentre fra 2002 til 2005*. SINTEF Helse. [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport\\_stf78\\_a055028.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_stf78_a055028.pdf)
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 126(4), 512-529. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.126.4.512>
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M. & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 355-365. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.355>

- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H. J., Doering, S., Kaera, A., Moran, P., Renneberg, B., Ribaudi, J. S. & Taubner, S. (2019). European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>
- Skodol, A. E. (2018). Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Current Opinion in Psychology*, 21, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.006>
- Soeteman, D. I., Verheul, R. & Busschbach, J. J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of personality disorders*, 22(3), 259-268. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.259>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stavem, K., Augestad, L. A., Kristiansen, I. S. & Rand, K. (2018). General population norms for the EQ-5D-3 L in Norway: comparison of postal and web surveys. *Health and quality of life outcomes*, 16, 204. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1029-1>
- The EuroQol Group. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*, 16(3), 199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Tyrer, P., Mitchard, S., Methuen, C. & Ranger, M. (2003). Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *Journal of personality Disorders*, 17(3), 263-268. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.263.22152>
- Tyrer, P., Reed, G. M. & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A. & 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser - kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Norsk Forlag.
- World Health Organization. (2022, 01/2023). *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. Hentet 10.10.2023 fra <https://icd.who.int/browse11/>

Zimmerman, M., Chelminski, I. & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405-420.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.015>

