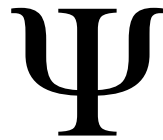




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Skjematerapi ved borderline personlighetsforstyrrelse

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Ida Erlien

Høst 2018

Veileder

Anita Lill Hansen

Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

Forord

I løpet av studietiden har jeg fattet en genuin interesse for klinisk arbeid og psykoterapi. Erfaringer og kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom profesjonsstudiet og deltidsarbeid har inspirert meg til å skrive om behandling av personlighetsforstyrrelser. Med inspirasjon fra en dyktig veileder endte jeg opp med en oppgave som undersøker effekten av skjematerapi for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelser. Etter å ha skrevet denne oppgaven sitter jeg igjen med inngående kjennskap til det kliniske bildet hos borderlinepasienter og skjematerapi som metode. Jeg tror at kunnskap fra denne oppgaven vil være svært nyttig å ha med seg inn i det kommende arbeidslivet som psykolog. Oppgaven markerer både slutten på seks flotte studieår og starten på arbeidslivet som psykolog, og leveres med økt motivasjon for det kommende arbeidslivet samt ytterligere interesse for klinisk arbeid.

En stor takk rettes til Anita Lill Hansen som har delt sin kunnskap samt gitt meg inspirasjon, raske tilbakemeldinger og god veiledning, til tross for at vi har befunnet oss på hver vår kant av landet. Jeg vil også takke kjæresten min, medstudenter, venner og familie som har støttet og motivert meg i en tidkrevende og utfordrende prosess.

Oslo, desember 2018.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) is a serious and highly prevalent mental disorder among outpatient and inpatient individuals treated in health clinics. Psychotherapy is the treatment of choice and currently there are different psychotherapies for the treatment of BPD with studies that support their effectiveness. There is however still a great need to increase the evidence. A literature review conducted by Sempertegui, Karreman, Arntz and Bekker (2013) found evidence that supports schema therapy (ST) as a promising and comprehensive treatment approach for BPD. However, the number of efficacy studies were small. Furthermore, only one of the studies included a theory-specific outcome. The aim of this thesis was to provide a summarized and updated review of studies regarding the effectiveness of ST for the treatment of BPD. A literature search was conducted with the search words (schem*) OR (EMS) AND ("borderline personality disorder"). The search engines used were PsycInfo, Web of Science (WoS) and Medline. A total of six studies were included. All of the included studies found ST to be effective in the treatment of BPD. The effect sizes were large. Three of the studies included theory-specific outcomes, which have shown declines in early maladaptive schemas (EMS) and dysfunctional modes and increases in functional modes. Evidence also suggests that ST is cost-efficient. Further research should be executed in order to replicate the results and increase the evidence of ST as an efficient treatment of BPD.

Keywords: Borderline personality disorder, schema therapy, early maladaptive schema, mode

Sammendrag

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er en alvorlig psykisk lidelse med høy forekomst både i polikliniske sammenhenger og i psykiatrien. Psykoterapi anbefales som primær behandling for BPF hvor enkelte psykoterapier har vist behandlingseffekt. Det er imidlertid behov for å øke evidensgrunnlaget. En litteraturgjennomgang av Sempertegui, Karreman, Arntz og Bekker (2013) fant evidens for skjemat terapi (ST) som en lovende og helhetlig behandlingstilnærming for BPF. Et lite antall effektstudier, hvor kun en av studiene inkluderte et teorispesifikt utfallsmål, begrenser generaliserbarheten av disse funnene. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var dermed å gi et samlet og oppdatert bilde av hva forskning viser av behandlingseffekt for ST for BPF. Litteraturgjennomgangen har blitt utført ved et systematisk litteratursøk, med søkeordene (schem*) OR (EMS) AND ("borderline personality disorder"). Søket har blitt utført i databasene PsycInfo, Web of Science (WoS) og Medline. Seks empiriske studier er inkludert i oppgaven, som alle har vist reduksjon i BPF-symptomer med store effekter. Tre av studiene inkluderte teorispesifikke utfallsmål, som har vist nedgang i tidlig maladaptive skjema (TMS) og dysfunksjonelle moduser og økning i funksjonelle moduser. Det er videre evidens for at behandlingen er kostnadseffektiv. Med henhold til viktige begrensninger i metode og design som er adressert i oppgaven bør funnene imidlertid tolkes med forsiktighet. Mer forskning er nødvendig for å replikere funnene og øke evidensgrunnlaget for ST for BPF.

Nøkkelord: Borderline personlighetsforstyrrelse, skjemat terapi, tidlig maladaptive skjema, modus

Innledning

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er en alvorlig psykisk lidelse som har omfattende, negativ innvirkning på personens liv i form av lavt funksjonsnivå, hyppige selvmordsforsøk og høy grad av komorbide lidelser og problemer (Samuels, 2011; Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014). BPF blir betraktet som en av de psykiske lidelser som utgjør størst kostnader for samfunnet, både i form av direkte kostander ved hyppige innleggelse, individualterapi og medisiner, og ved indirekte kostander som følge av dårlig psykososial fungering (van Asselt, Dirksen, Arntz & Severens, 2007; Wunsch, Kliem, Kröger, 2014; Zanarini, Frankenburg, Khera & Bleichmar, 2001). Behovet for å finne gode metoder for å behandle BPF har lenge vært kjent, og til tross for at enkelte psykoterapier har vist behandlingseffekt, er det fremdeles behov for å øke evidensgrunnlaget (Juanmarti & Lizeretti, 2017; Oud, Arntz, Hermens, Verhoef & Kendall, 2018). En systematisk litteraturgjennomgang av Sempertegui, Karreman, Arntz og Bekker (2013) identifiserte fire empiriske studier som tilbyr evidens for skjematapi (ST) som en lovende og helhetlig behandlingstilnærming for BPF. To av studiene hadde imidlertid lav metodisk kvalitet og kun en av studiene inkluderte et teorispesifikt utfallsmål. Det er ikke gjennomført noen litteraturgjennomganger eller metaanalyser som undersøker effekten av ST for BPF etter Sempertegui, et al., (2013). Hensikten med denne oppgaven er derfor å gi et samlet og oppdatert bilde av hva forskning viser av behandlingseffekt for ST for BPF. Mer kunnskap om terapimodellens evidensgrunnlag og de effektive elementene ved terapien kan ha viktige implikasjoner med henhold til å effektivisere metoden ved implementering i klinikk.

Borderline personlighetsforstyrrelse

Borderlinebegrepet oppstod innenfor psykoanalytisk tradisjon på 1930-tallet. Adolp Stern introduserte begrepet i 1938, da han observerte en gruppe pasienter som befant seg i en tilstand mellom psykososer og nevrososer, derav begrepet borderline (Gunderson, 2009; NICE

2009). Otto Kernberg (1967) presenterte senere begrepet om borderline personlighetsorganisering, hvor han beskrev et vedvarende mønster av ustabil atferd som han mente reflekterte en dysfunksjonell psykologisk selvorganisering. Symptomene og atferden assosiert med en borderline personlighet ble etter hvert anerkjent som en tilstand kjennetegnet ved hyppige humørsvingninger og fluktueringer mellom høy selvtilitt og stor fortvilelse, vedvarende frykt for avvisning, et markert ustabil selvilde samt hyppig forekomst av selvmordstanker og suicidal atferd. Det kunne også forekomme forbigående psykotiske symptomer, inkludert vrangforestillinger og hallusinasjoner (Gunderson, 2009; NICE, 2009). Da DSM-III ble innført i 1980 av American Psychiatric Association (APA) ble borderline opprettet som en type personlighetsforstyrrelse.

Diagnostiske kriterier. BPF finnes som en diagnose i DSM-IV (APA, 2013) og ICD-10 (World Health Organization [WHO] 1992). ICD-10 opererer med diagnosen F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, spesifisert med underkategorien F60.31 Borderline-type (WHO, 1992). Juni 2018 publiserte WHO en revidert versjon av ICD-10, ICD-11, som vil bli tatt i bruk fra og med januar 2020. Her har det skjedd vesentlige endringer, fra å operere med ulike typer av personlighetsforstyrrelser, til å nå operere med en hoveddiagnose for personlighetsforstyrrelser, som videre blir kategorisert som mild, moderat eller alvorlig. Her vil personlighetsforstyrrelsen videre kunne klassifiseres med et borderline mønster (WHO, 2018).

En stor andel av forskning på BPF har imidlertid tatt utgangspunkt i DSM-kriteriene. APA (2013) beskriver at en BPF-diagnose er karakterisert av et gjennomgående mønster av ustabilitet i mellommenneskelige relasjoner, selvilde og affekter samt markert impulsivitet fra begynnelsen av tidlig voksen alder. Disse mønstrene er til stede i en rekke sammenhenger. I DSM-IV (APA, 2013, s. 663) inkluderes ni kriterier for BPF, hvor minimum fem av følgende kriterier skal oppfylles for en diagnose: 1) Desperate forsøk på å unngå å bli forlatt,

2) Et mønster av ustabile og intense mellommenneskelige relasjoner som er preget av vekslning mellom ekstrem idealisering og devaluering, 3) Identitetsforstyrrelse: markert og vedvarende ustabil selvbylde eller selvfølelse, 4) Impulsivitet på minst to områder som er potensielt selvdestruktive (f.eks. ukritisk pengebruk, sex, overspising, rusmisbruk), 5) Tilbakevendende suicidal atferd, trusler eller selvskading, 6) Affektiv ustabilitet på grunn av reaktivitet i stemningsleie (f.eks. intens episodisk dysfori, irritabilitet eller angst som vanligvis bare varer noen få timer til få dager), 7) Kronisk følelse av tomhet, 8) Upassende, intenst sinne eller problemer med å kontrollere sinne, 9) Forbigående, stressrelaterte paranoide tanker, vrangforestillinger eller alvorlige dissosiative symptomer.

Prevalens og komorbiditet. BPF har en estimert forekomst på rundt 1,6 % i den generelle befolkningen. I kliniske sammenhenger er prevalensen langt høyere, med en forekomst på rundt 10 % i poliklinikker og 20 % blant innlagte pasienter (APA, 2013). Tilstedeværelse av en eller flere komorbide lidelser hos pasientgruppen er høy og alvorlig, og særlig prevalente lidelser i sammenheng med BPF er depresjon, spiseforstyrrelser, sosial fobi, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), relasjonelle problemer eller andre personlighetsforstyrrelser. Videre har forskning vist at suicidal atferd forekommer hos opp til 84 % av pasientene, og at så mange som rundt 10 % en gang vil gjennomføre et selvmord (Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004; Goodman, Roiff, Oakes & Paris 2012; NICE, 2009). BPF er dermed en svært heterogen lidelse, hvor lidelsens symptomer ofte overlapper med symptomer på depresjon, schizofreni, impulsive- og dissosiative lidelser og identitetsforstyrrelser. I klinisk praksis kan det dermed være vanskelig å skille hvorvidt symptomene presenterer en del av det kliniske BPF-bildet eller er en komorbid tilstand. Et viktig skille mellom en BPF-diagnose og en eventuelt komorbid tilstand, er imidlertid at symptomene ved BPF vil være preget av store svingninger og variabilitet, slik som at selvmordstanker eller depressive symptomer kan endres dramatisk over en kort periode,

psykotiske og paranoide symptomer er forbigående og identitetsforstyrrelser og ustabile selvopplevelser kan oppstå i kortere perioder. Tilstedeværelsen av en komorbid lidelse vil medføre en mye større konsistens i symptomer (Arntz & van Genderen, 2009, *Borderline Personality Disorder*, avsn. 2; NICE, 2009).

Etiologi. Det finnes den dag i dag ingen klar konsensus rundt etiologien til BPF, til tross for at lidelsen er underlagt mange år med intensiv forskning. Over lang tid har traumatisering i barndommen blitt belyst som en mulig forklaringsmekanisme. Majoriteten av pasienter med BPF har rapportert om en trøblete oppvekst preget av fysisk, seksuelt eller emosjonelt misbruk eller vært vitne til vold i hjemmet (Herman, Perry & van der Kolk, 1989; Paris, 2009; Weaver & Clum, 1993). Det er imidlertid mye som tyder på at traumatisering alene ikke gir en tilstrekkelig forklaring for utviklingen av en BPF-diagnose. Det har i senere tid blitt funnet at alvorlig mishandling kun forekommer hos minoriteten av BPF-pasienter. Traumatiske oppvekstminner er dessuten er risikofaktor som kan knyttes til et bredt spekter av psykopatologi, og blir slik ikke en spesifikk risikofaktor som ligger til grunn for å utvikle BPF. Studier har ytterligere vist at barn har god evne til å utvikle resiliens i møte med traumatiske erfaringer, og på en annen side at vanskelig temperament hos barnet kan fungere som en relevant risikofaktor ved at barnet innehar en sårbarhet i møte med traumatisering. Det er også funnet støtte for nevrobiologiske markører assosiert med BPF, i hovedsak i relasjon til impulsivitet og impulsive trekk (Paris, 2007; Paris, 2009; Winsper, 2018).

Den dag i dag ser det ut til å være en generell enighet om at diatese-stress modellen ligger til grunn for utvikling av en BPF-diagnose. Ulike modeller som forsøker å adressere BPF varierer i fokus, ved å inkludere kognisjon, tilknytning, emosjoner, traumer eller sosial kontekst, men felles for alle at de vektlegger viktigheten av psykososiale risikofaktorer (Paris, 2009; Winsper, 2018). Felles for diatese-stress tilnærmingene er at det vektlegges et utviklingsperspektiv, der det antas at risikofaktorer påvirker psykologiske prosesser, som

igjen vil svekke personlig og mellommenneskelige funksjon på tvers av utviklingsstadier (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Winsper, 2018).

Behandling av BPF

I 2005 ble prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) godkjent av APA, og to år senere også av Norsk Psykologforening. Denne bygger på *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* (Levant, 2005), og lyder som følger «Evidensbasert psykologisk praksis er integrering av den best tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og preferanser» (Levant, 2005, s. 5). Hensikten med EBPP er å fremme effektiv psykologisk praksis, med et mål om å bedre folkehelsen. EBPP tilstreber at empirisk underbygge prinsipper skal ligge til grunn for psykologisk utredning, kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon. På generelt grunnlag skal evidens som stammer fra klinisk relevant forskning på psykologisk praksis, baseres på systematiske litteraturgjennomganger, statistisk og klinisk signifikans, hensiktsmessige effektstørrelser og omfattende underbyggende evidens (Norsk Psykologforening, 2007).

I tråd med EBPP, anbefaler internasjonale retningslinjer psykoterapi som den primære behandlingstilnærmingen for pasienter med BPF. Til tross for at farmakologisk behandling av BPF-pasienter er svært vanlig, eksisterer det imidlertid lite empirisk evidens for at farmakologisk behandling er en effektiv, helhetlig behandling for denne pasientgruppen (NICE, 2009; Stoffers & Lieb, 2014). Pasienter med BPF har lenge blitt betraktet som en særlig vanskelig pasientgruppe, som ikke har respondert fordelaktig på terapi, eller vist lite bedring som følge av terapi (Arntz & van Genderen, 2009, Introduction, avsn. 1). Gjennom de siste tiår har det imidlertid blitt utviklet spesialiserte terapiformer designet for å behandle BPF (Bateman, 2012). De terapiformene som har vist best effekt er dialektisk atferdsterapi (DBT; Bloom, Woodward, Susmaras & Pantalone, 2012), mentaliseringsbasert terapi (MBT;

Bateman & Fonagy 2004), overføringsfokusert terapi (TFP; Kernberg, Yeomans, Clarkin & Levy, 2008) og skjemat terapi (ST; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Oud et al., (2018) gjennomførte en metaanalyse der målet var å sammenfatte en konklusjon rundt behandlingseffekten av spesialiserte psykoterapier for BPF, herunder DBT, MBT, ST og TFP. Denne metaanalysen fant at spesialiserte psykoterapier hadde bedre effekt enn ordinær behandling, men det ble ikke funnet noen klare forskjeller i effekt mellom de ulike retningene. På bakgrunn av dette kan det være vel så nyttig å undersøke effekten av hver metode grundigere samt de terapeutiske mekanismene for endring (Lynch, Trost, Salsman & Linehan, 2007).

Teoretisk grunnlag for ST

Den terapeutiske modellen for ST ble introdusert som en ny form for kognitiv atferdsterapi (KAT) av Jeffrey Young på 1990-tallet, som et resultat av at forskning viste at pasienter med underliggende personlighetsforstyrrelser ikke responderte like godt på tradisjonell KAT. Tradisjonell KAT har imidlertid vist god effekt i behandling av et bredt spekter av lidelser, deriblant stemningslidelser, angst, spiseforstyrrelser, smertetilstander og avhengighet (Arntz & van Genderen, 2009, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 1; Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 1). ST skiller seg fra tradisjonell KAT, som primært har et fokus på tankens kraft med et her og nå perspektiv (Berge & Repål, 2015, s. 21), ved å i større grad belyse og vektlegge psykologiske problemer med rot i barndom og oppvekst, emosjonelle teknikker, den terapeutiske relasjon og dysfunksjonelle mestringsstrategier. ST er en integrativ terapimodell som kombinerer elementer fra KAT med elementer fra tilknytningsteori, gestaltterapi, psykodynamisk terapi og emosjonsfokusert terapi (Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 2).

Tidlig, maladaptive skjema. Innenfor det teoretiske rammeverket ved ST belyses *kognitive skjema* som et viktig begrep. Skjemaer er organiserte tankesystemer som baserer seg på erfaringer og hendelser, og hjelper en til å navigere seg i hverdagen. Når en gjennom livet møter på nye erfaringer og tilegner seg ny kunnskap, vil en utvikle og revidere skjemaene i takt med dette. Et skjema kan være funksjonelt eller dysfunksjonelt og det kan formes i tidlig barndom eller senere i livet. Innenfor kognitiv teori blir det foreslått at mennesker har et grunnleggende ønske om forutsigbarhet og opplevelse av kontroll i hverdagen, som antas å redusere opplevelser av angst. Slik vil en ofte preferere kjente og trygge omgivelser. Motivasjonen for å søke etter kjente omgivelser og opprettholde et stabilt bilde av seg selv og verden har blitt kalt prinsippet om *kognitiv konsistens*, hvor det blir foreslått at en tar i bruk kognitive skjema for å prosessere informasjon og oppnå den ønskede konsistensen (Barazandeh, Kissane, Saeedi, & Gordon, 2016; Reeves, & Taylor, 2007; Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 3).

Young hypotetiserte at noen av disse skjemaene kan ligge til grunn for å utvikle samt være med på å opprettholde personlighetsforstyrrelser. På bakgrunn av disse antakelsene ble det identifisert et sett av skjema definert som *tidlig maladaptive skjema* (TMS). TMS defineres av Young et al., (2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 3) som et bredt og gjennomtrengende mønster bestående av minner, følelser, tanker og kroppslige fornemmelser. Disse mønstrene utvikles i barndommen og gjentas gjennom livet, er betydelig dysfunksjonelle, og angår personen selv og ens forhold til andre. Young identifiserte 18 ulike TMS, inndelt i fem skjemadomener (se appendix A for en full oversikt). Med inspirasjon fra tilknytningsteori (Bowlby, 1977), fremheves det at TMS utvikles som et resultat av at universelle, grunnleggende behov i barndommen ikke har blitt ivaretatt. Disse behovene inkluderer 1) trygg tilknytning, 2) autonomi, kompetanse og identitetsfølelse, 3) frihet til å

uttrykke behov og emosjoner, 4) spontanitet og lek og 5) grenser og selvkontroll (Arntz & van Genderen, 2009, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 4)

Dysfunksjonelle mestringsstrategier. Det teoretiske rammeverket presiserer et skille mellom skjemaet i seg selv og strategier en person benytter seg av for å håndtere skjemaet, herunder personens individuelle mestringsstrategi. TMS vil i mange tilfeller medføre intense og overveldende emosjoner og med hensikt å tilpasse seg skjemaene og unngå disse emosjonene vil personen fra tidlig barndom utvikle dysfunksjonelle mestringsstrategier. Under barnets oppvekst vil TMS representere tilstedeværelse av en *fare*, herunder frustrasjon som følge av at barnets grunnleggende behov ikke har blitt møtt eller frykt for å oppleve de overveldende emosjonene. Alle organismer har tre, grunnleggende responser i møte med fare; *fight*, *flight* og *freeze*, som i veldig grove trekk samsvarer med de dysfunksjonelle mestringsstrategiene *overkompensasjon*, *unngåelse* og *overgivelse*. I møte med farer vil barnet som regel benytte seg av en av disse strategiene, som blir uttrykt i ulike former for atferd.

I mange tilfeller vil TMS formes i barndom og ungdomsalder som ganske nøyaktige representasjoner av barnets omgivelser, og mestringsstrategier barnet utviklet i takt med dette kan herunder betraktes som adaptive overlevelsesmekanismer. De dysfunksjonelle sidene ved skjemaene vil ofte ikke bli synlige før senere i livet, ettersom personen typisk vil vise de samme mestringsstrategier de har tilegnet seg som barn, og slik fortsette å drives av samme TMS til tross for at miljøet endrer seg. I tråd med prinsippet om kognitiv konsistens vil TMS gi pasienten en opplevelse av forutsigbarhet og kontroll, til tross for at de også medfører vanskeligheter i hverdagen og er smertefulle. Skjemaene vil ha stor påvirkning i forhold til en persons tanker, følelser, handlinger og relasjoner til andre samt at de kan drive personen til å søke etter samme type erfaringer som var mest skadelige i barndommen. Eksempler kan være at personen ved overkompensasjon reagerer med å misbruke andre dersom de har blitt misbrukt som barn, ved unngåelse utøver atferd som å bruke rusmidler og ved overgivelse lar

skjemaene styre livet sitt på ulike måter (Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 4, avsn. 10).

ST for pasienter med BPF

Den originale ST-modellen kan grovt sett deles opp i to faser; kartlegging og edukasjonsfase og endringsfase. I den første fasen vil terapeuten hjelpe pasienten med å identifisere TMS, forstå hvordan de har utviklet seg gjennom oppveksten samt relatere TMS til nåværende problemer. I endringsfasen vil terapeuten benytte seg av kognitive, atferdsmessige, eksperimentelle og interpersonlige strategier for å lege skjemaer og erstatte dysfunksjonelle mestringsstrategier med mer funksjonelle former for atferd (Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 13). ST benyttet i arbeid med BPF-pasienter presenterte imidlertid vesentlige utfordringer til den originale ST-modellen. BPF-pasienter viste brå endringer i følelser, tanker og atferd. Det ble tydelig at disse pasientene hadde et stort antall aktiverte skjema på en og samme tid, noe som ble overveldende både for pasienten og terapeuten. Som et resultat av arbeid med BPF-pasienter, ble konseptet om *moduser* utviklet (Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 12).

Moduser. Til enhver tid vil noen skjemaer (inkludert mestringsstrategier) være inaktive, mens andre har blitt aktivert av livshendelser og vil slik være dominerende i atferd og humør på et gitt tidspunkt. Den originale trekkmodellen, herunder skjema, vil kunne gi informasjon om pasientens fungering over tid, men ikke om pasientens nåværende tilstand. Moduser er emosjonelle tilstander som utspiller seg i øyeblikket, og drives av underliggende, aktiverte skjema og mestringsstrategier. Modusene kan være både funksjonelle og dysfunksjonelle. Modusmodellen er mindre teoretisk og abstrakt, og mer fleksibel og konkret. Som terapeut blir det lettere å jobbe med det som skjer i øyeblikket (Arntz & van Genderen, 2009, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 5; Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 11).

Young et al., (2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 11) identifiserte 10 moduser inndelt i fire hovedkategorier. Den første er *barnemodus*, som beskrives å være universale og medfødte. Disse inkluderer *det sårbare barnet*, *det sinte barnet*, *det impulsive barnet* og *det lykkelige barnet*. Neste kategori omfatter *dysfunksjonelle mestringsmodus*, som har oppstått som et resultat av umøtte grunnleggende behov. Disse tilsvarer mestringsstrategiene, og inkluderer *den frakoblede beskytteren*, *den overkompenserende beskytteren* og *den unnvikende beskytteren*. Den tredje kategorien inneholder moduser som er tilknyttet *dysfunksjonell internalisering* av foreldre, og omfatter *den straffende forelderen* og *den krevende forelderen*. Den siste kategorien omfatter *sunn voksen modus*, som skal forhindre uønsket atferd samt modere de andre modusene.

Friskere pasienter kan oppleve to eller flere moduser samtidig samt oppleve en modus over lengre tid, i motsetning til BPF-pasienter som kontinuerlig skifter fra en modus til en annen, og bare er i stand til å oppleve en modus om gangen. Basert på det teoretiske rammeverket, vil de brå endringer i følelser, tanker og atferd som er typisk for BPF-pasienter være et resultat av at pasienten skifter hurtig mellom ulike moduser. Innenfor dette rammeverket anses de kontinuerlige endringene mellom sterke emosjonelle tilstander hos BPF-pasientene å skyldes en mer eller mindre alvorlig grad av et dissosiativt selv. Modusene hos pasientene presenterer ulike deler av personligheten som ikke har blitt fullt integrert som en helhet. Alvorlighetsgraden av BPF-diagnosen vil slik være knyttet til alvorlighetsgraden av den dissoisative personligheten, ved at de dysfunksjonelle modusene vil være mer adskilt fra hverandre og en sunn og integrert del av personligheten (Bamber, 2004; Johnston, Dorahy, Courtney, Bayles & O'Kane, 2009; Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 11).

Young identifiserte fem moduser som han mente var særlig viktig i arbeid med BPF-pasienter; *det forlatte barnet*, *det sinte og impulsive barnet*, *den straffende forelderen*, *den*

frakoblede beskytteren og sunn voksen modus. Hos pasienter med BPF er det forlatte barnet versjonen av det sårbare barnet. Det forlatte barnet ”bærer” pasientens grunnleggende skjema, hvor angst og smerte relatert til at grunnleggende behov i barndommen ikke har blitt møtt, aktiveres. I denne modusen vil pasienten fremstå svært sårbar, oppføre seg barnslig samt ha en opplevelse av å være hjelpeløs og alene. I det sinte og impulsive barnet blir det antatt at de samme TMS som i det forlatte barnet trigges, men at emosjonen som oppleves ofte er sinne. Modusen karakteriseres av at pasienten uttrykker sinne på upassende måter, ved å fremstå svært krevende, kontrollerende, devaluerende eller krenkende. For å oppnå ønskede behov begås det impulsive handlinger, og pasienten vil typisk komme med trusler om suicid eller utføre selvmordsforsøk og selvskading. Den straffende forelderen involverer en dysfunksjonell internalisering av en eller begge foreldre, som følge av at foreldrene har uttrykt sinne, hat, avsky og liknende eller misbrukt pasienten. Pasienten blir sin egen straffende forelder, ved å fremstå svært kritiserende ovenfor seg selv og kan videre reagere med å straffe seg selv eksempelvis med selvskading. I den frakoblede beskytteren vil pasienten mer eller mindre fungere som en *robot*, ved å undertrykke emosjoner og bryte relasjoner (Young et al., 2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 11).

Hos de fleste BPF-pasienter er sunn voksen modus underutviklet, særlig i begynnelsen av et terapiforløp. Gjennom terapiforløpet vil terapeuten modellere sunn voksen modus for pasienten, gjennom såkalt *avgrenset nyomsorg*, som defineres ved at terapeuten opptrer som en foreldrefigur for pasienten og dermed forsøke å imøtekomme de grunnleggende behov som ikke har blitt ivaretatt under oppveksten. Målet er at pasienten etter hvert internaliserer terapeutens holdninger, reaksjoner, emosjoner og atferd som sin egen sunn voksen modus. Kjerneelementet i terapien knyttes nemlig til relasjonen mellom pasient og terapeut. Med tanke på at de fleste BPF-pasienter har rapport om vanskelige oppvekstforhold, vil det være ekstra viktig å danne en trygg, terapeutisk allianse, som videre anses som en vesentlig faktor

for å kunne oppnå endring. Pasientens progresjon i terapien kan på mange måter reflektere et barns utvikling. Det teoretiske rammeverket belyser at pasienten begynner terapien som et lite barn, og at pasienten som følge av avgrenset nyomsorg hos terapeuten vil vokse opp i løpet av terapiforløpet (Young et al., 2003, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 2).

Etiologi belyst fra et kognitivt perspektiv

Young et al., (2003, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 1) belyser et etiologisk perspektiv som er i tråd med diatese-stress modellen for utvikling av BPF. Det belyses at majoriteten av BPF-pasienter har en biologisk predisposisjon for utvikling av lidelsen, *et følelsesmessig intenst, labilt temperament*. Det blir identifisert fire typer av omgivelser innad familien som antas å være uheldig hos barn med et vanskelig temperament. Familiemiljøet kan ha vært preget av *usikkerhet og ustabilitet*, der pasienten har blitt fysisk, verbalt eller seksuelt misbrukt eller vært vitne til vold i hjemmet. Pasienten kan også ha blitt forlatt alene over lengre perioder eller hatt ustabile omsorgspersoner. Familiemiljøet kan også være preget av *svikt*, der pasientens omsorgspersoner typisk har vært emosjonelt utilgjengelige, vist lite empati, støtte og veiledning, hvorav pasienten har kjent seg emosjonelt alene. Et tredje familiemiljø som trekkes frem involverer *avvisning og straff*. Det er funnet at en stor andel BPF-pasienter har vokst opp under omgivelser der de har blitt møtt med mye kritikk og avvisning, noe som kan resultere i en opplevelse av verdiløshet. Miljøet kan også ha vært *underkastende*, der pasientens følelser og behov har blitt undertrykt. Her har pasienten levd etter implisitte regler for hva som er lov å føle og si, hvor en typisk ikke har hatt lov til å vise følelser.

Det blir antatt at pasienter med BPF har en desorganisert tilknytningsstil, som har blitt utviklet som følge av den uløselige situasjonen de har opplevd som barn, der foreldrene opplevdes både som en trussel og en potensielt trygg base. Det blir foreslått at en

kombinasjon av et vanskelig temperament, de nevnte uheldige oppvekstsvilkår, utrygg tilknytning, utviklingsstadier barnet befinner seg i like fult som den sosiale situasjonen erfaringene har tatt plass, vil resultere i dysfunksjonelle antakelser tilknyttet seg selv og andre. Sett i lys av kognitive begreper, vil dermed en kombinasjon av TMS og mestringsstrategier resultere i en BPF-diagnose (Arntz & van Genderen, 2009, Borderline Personality Disorder, avsn. 3; van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999; Zanarini, 2000).

Terapiforløpet

Young et al. (2003, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 2) beskriver tre hovedstadier i terapien: 1) *stadiet for tilknytning og emosjonell regulering*, 2) *stadiet for modusendring* og 3) *stadiet for autonomi*. I det første stadiet er det fokus på å danne en trygg tilknytning mellom terapeuten og pasienten. Målet er å skape et trygt og beskyttende miljø, der pasienten blir oppfordret til å uttrykke behov og emosjoner. Videre vil terapeuten lære pasienten teknikker for å håndtere emosjonelt stress samt frykten for å bli forlatt, assosiert med det forlatte barnet. Det vil videre være viktig å sette grenser med henhold til terapeutens tilgjengelighet ovenfor pasienten, med en balansegang mellom å ivareta pasientens sikkerhet og samtidig terapeutens personlige rettigheter. Terapeuten vil hjelpe pasienten med å håndtere kriser og sette grenser ved selvdestruktiv atferd slik som selvskading og selvmordsatferd. Terapeuten vil også begynne å arbeide med de ikke-traumatiske aspektene ved pasientens barndom, hvor eksperimentelle teknikker som forestillingsbilder og dialoger vil tas i bruk. I det andre stadiet vil terapeuten kontinuerlig modellere sunn voksen modus gjennom avgrenset nyomsorg. Modusarbeidet er selve essensen i terapien. Terapeuten vil kontinuerlig følge pasientens moduser slik de utspiller seg i øyeblikket, og benytte seg av strategier utarbeidet for hver av modusene, med hensikt å fungere som *den gode forelder*. Det vil også arbeides med de traumatiske aspektene ved

pasientens barndom. Fokuset i det tredje stadiet vil rettes mot relasjoner utenfor terapirommet. Terapeuten vil hjelpe pasienten til å inngå i mer funksjonelle forhold og utvikle evne til å uttrykke følelser og behov på en adekvat måte. Etter hvert som pasienten blir mer stabil, vil terapeuten føre fokuset over på selvrealisering og identifisering av livsmål samt givende aktiviteter i livet. Mot slutten av terapiforløpet vil terapeuten gradvis trappe ned på hyppigheten av timene, til behandlingen avsluttes.

Kort oppsummert vil terapiforløpet handle om at terapeutene setter pasientenes behov i fokus, og herunder innehar en fleksibel tilnærming til å benytte seg av kognitive, eksperimentelle og atferdsmessige teknikker i endringsarbeidet. Ved bruk av nevnte teknikker er det fokus på den terapeutiske relasjon, det daglige livet utenfor terapien og tidligere livserfaringer, inkludert traumatiske erfaringer (Zanarini, 2009). Målet med et behandlingsforløp for BPF-pasienter er å hjelpe pasientene til å få møtt sine grunnleggende behov, ved å innarbeide sunn voksen modus modellert av terapeuten gjennom avgrenset nyomsorg. Hensikten vil være å beskytte det forlatte barnet samt hjelpe det til å gi og motta kjærlighet, bekjempe den straffende forelderen, bekjempe atferd som følge av det sinte og impulsive barnet samt hjelpe pasienten til å uttrykke emosjoner og behov på funksjonelle måter, og gradvis erstatte den frakoblede beskytteren med sunn voksen modus. I så måte vil bedring av psykopatologi finne sted når TMS og moduser erstattes med mer adaptive skjema og moduser. Bedring oppnås når TMS ikke lenger kontrollerer pasientenes liv (Young et al., 2003, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 2; Zanarini, 2009).

Det er anbefalt at behandlingsforløp med BPF-pasienter gis i form av langtidsbehandling, gjerne to til tre år, for å kunne oppnå vesentlige endringer (Young et al., 2003, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 3). Det er imidlertid verdt å merke seg at det eksisterer visse kontraindikasjoner for å kunne behandle BPF-pasienter med ST. Tilstedeværelse av en eller flere av følgende komorbide lidelser; alvorlig depresjon,

rusmisbruk av så alvorlighetsgrad at det vil være behov for avrusning, alvorlig anoreksi, bipolare lidelser, psykotisk lidelse utover psykotiske forestillinger som kan være fluktuerende hos BPF-pasienter eller ADHD, må i så tilfelle behandles først, da de kan komplisere et ST-behandlingsforløp (Arntz & van Genderen, 2009, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 3).

ST gitt i form av individualterapi og gruppeterapi

ST ble først utviklet som individualterapi. I de senere år har det også blitt utviklet en gruppemodell av ST (Group Schema Therapy; GST), som har blitt publisert i en behandlingsprotokoll av Farrell og Shaw (2012). Behandlingen i denne protokollen er konsistent med det teoretiske rammeverket, komponenter ved behandlingen og mål i terapien som foreligger ved individuell ST, presisert av Young et al., (2003). GST vil kunne tilby viktige aspekter i behandling av pasientene som går utover individualterapi, slik som følelse av tilhørighet og støttende samhandlingsinteraksjoner. Pasientene har mulighet til å være støttende, konfronterende og validerende ovenfor hverandre. Ofte kan reaksjoner pasientene gir hverandre oppleves som mer ekte enn fra terapeutene, og slik kan GST ha en ytterligere effekt i endringsprosessen samt føre til raskere og dypere endringer enn ST alene (Farrell, Shaw & Webber, 2009).

Tidligere forskning

Det er per i dag kun Sempertegui et al., (2013) som har gjennomført en litteraturgjennomgang der behandlingseffekten av ST for BPF-pasienter har blitt undersøkt. Litteraturgjennomgangen undersøkte også metodens implementeringsmuligheter og evidensgrunnlaget for det teoretiske rammeverket presentert av Young. Behandlingseffekten for ST ble sammenfattet ved fire empiriske studier, som samlet sett viste reduksjon i BPF-symptomer og assosierte problemer. Det var kun en av disse studiene som inkluderte et teorispesifikt utfallsmål for endringer i TMS, hvor det ble funnet nedgang i TMS ved post-

behandling. Da evidensgrunnlaget er basert på et lite antall studier hvor to av studiene også hadde lav metodisk kvalitet, begrenses generaliserbarheten av funnene.

Litteraturgjennomgangen fant varierende evidens for det teoretiske rammeverket presentert av Young. Noe av forskningen støttet opp om at det fantes et mønster av spesifikke TMS hos BPF-pasienter, mens annen forskning ikke identifiserte et spesifikt mønster. Når det gjelder evidensgrunnlaget for tilstedeværelse av spesifikke moduser, ble det samlet sett funnet støtte for at BPF-pasienter hadde lavere skårer på sunn voksen modus og høyere skårer på det forlatte barnet, det sinte og impulsive barnet, den straffende forelderen og den frakoblede beskytteren, sammenliknet med andre pasientgrupper eller kontrollgrupper. Det ble imidlertid også funnet at BPF-pasienter sammenliknet med andre grupper hadde høye skårer på mange andre moduser utover de teorispesifikke presentert av Young et al., (2003).

Litteraturgjennomgangen konkluderte med at ST for BPF-pasienter var en lovende behandlingstilnærming, men at replikasjon av funnene både ved behandlingseffekten for ST og empirisk forankring av det teoretiske rammeverket, ville være nødvendig for å øke evidensgrunnlaget for ST for BPF.

Avgrensning og problemstilling

BPF er en diagnose som kan utarte seg på mange ulike måter. DSM-IV (APA, 2013) operasjonaliserer en BPF-diagnose ut i fra minimum fem av ni diagnostiske kriterier, noe som muliggjør et stort antall kombinasjoner av symptomer. I sammenheng med høy forekomst av komorbide symptomer og lidelser gjør dette BPF til en svært heterogen lidelse. Det er dermed svært krevende å tilrettelegge for god, individuell behandling av den enkelte pasient (Bateman, Gunderson & Mulder, 2015; Lieb et al., 2004). På bakgrunn av lidelsens kompleksitet har det lenge vært en overbevisning blant klinikere om at behandling av BPF-pasienter kun er i stand til å medføre en viss form for stabilitet i pasientens liv. ST er imidlertid en terapiform som bryter med denne overbevisningen, ved å tilby pasienten og

terapeuten gode verktøy for å bryte gjennom dysfunksjonelle mønstre og oppnå et bedre liv, der målet er å oppnå varige personlighetsendringer (Arntz & van Genderen, 2009, Conclusion, avsn. 1).

Med utgangspunkt i at det ikke er gjennomført noen litteraturgjennomganger eller metaanalyser som undersøker evidensgrunnlaget av ST for BPF-pasienter etter Sempertegui et al., (2013), er hensikten med denne oppgaven å gi et samlet og oppdatert bilde av hva forskning viser av behandlingseffekt for ST for BPF. Den primære målsettingen med denne oppgaven er å se om ST har effekt for pasienter med BPF? Kun en av studiene som undersøkte behandlingseffekten av ST for BPF-pasienter i Sempertegui et al., (2013) inkluderte et teorispesifikt utfallsmål for endringer i TMS, og ingen av studiene inkluderte utfallsmål for endringer i moduser. En sekundær målsetning er dermed å undersøke om ST medfører endringer i TMS og moduser for pasienter med BPF?

Metode

Denne litteraturgjennomgangen ble utført ved et systematisk litteratursøk, innhentet fra databasene PsycInfo, Web of Science (WoS) og Medline, til og med 14.09.18. Oppgaven har tatt for seg relevante studier publisert i tidsrommet 1990 - 2018.

Usystematisk, bredt litteratursøk

Med hensikt å generere en teoretisk forståelse rundt oppgavens tema, ble det i første omgang benyttet et bredt og usystematisk søk i databasene Google Scholar, PsycInfo og WoS. Søkeordene “borderline personality disorder”, “schema” og “schema therapy” ble benyttet. Et slikt usystematisk og bredt søk medførte en bredere forståelse for teorien tilknyttet både ST og BPF. Det ble deretter søkt etter litteraturgjennomganger og metaanalyser som tar for seg empiriske studier av ST for BPF, med hensikt å få oversikt over eksisterende kunnskap om behandlingseffekten av ST for BPF.

Fremgangsmåte for systematisk søkestrategi

Etter å ha fått et innblikk i teori og begreper knyttet til problemstillingen, ble følgende ord ansett som relevante med tanke på videre søk; “schema”, “schema therapy”, “schema-focused therapy”, “schema based therapy”, “schema mode”, “early maladaptive schema”, “EMS”. Etersom denne oppgaven kun var ute etter å se på effekten av ST for BPF, ble kun “borderline personality disorder” inkludert i søkestrategien, og ”borderline” alene ekskludert.

Med hensikt å fange opp alle varianter knyttet til de ovennevnte begrepene tilknyttet skjema, ble trunkering (*) benyttet. Forkortelsen for early maladaptive schema (EMS) vil ikke dukke opp ved slik bruk av trunkering, og ble derfor inkludert. Endelig søkestrategi benyttet i alle tre databaser ble dermed (schem*) OR (EMS) AND (“borderline personality disorder”).

Som en kvalitetssikring siktet mot å fange opp alle relevante treff, ble det også søkt etter emneknagger (“Subject Headings”, SH) i PsycInfo og Medline, men ikke i WoS, som ikke har denne tilleggsfunksjonen i databasen. I PsycInfo og Medline ble “borderline personality disorder” benyttet som en individuell SH og i PsycInfo ble “schema therapy” benyttet som en individuell SH. Det ble ikke funnet noen SH for “early maladaptive schema” i hverken PsycInfo eller Medline, og det fantes heller ikke en SH for “schema therapy” i Medline. I alle tre databasene ble søket begrenset til å være artikler publisert på engelsk, i tidsrommet 1990-2018, begrenset til tidsrommet da ST først ble beskrevet i litteraturen.

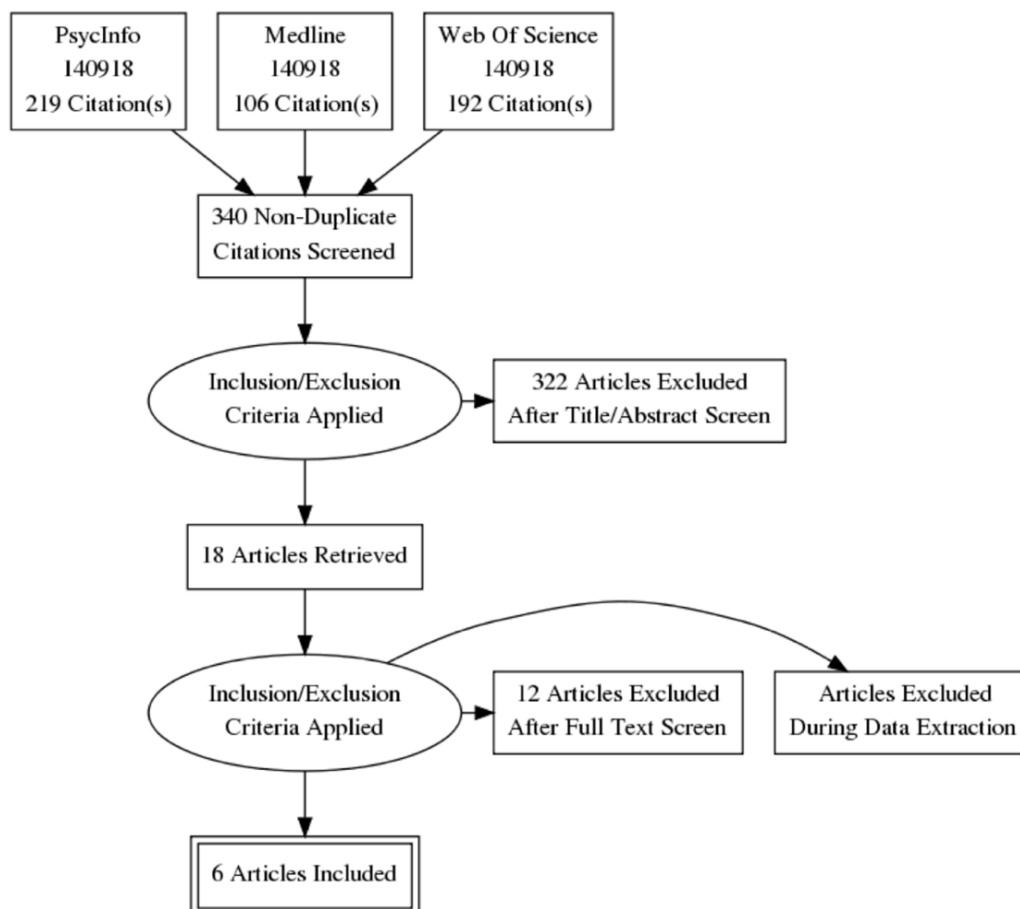
Inklusjons og eksklusjonskriterier

De empiriske studiene inkludert i denne litteraturgjennomgangen ble innhentet etter utarbeidede inklusjons- og eksklusjonskriterier. For å bli inkludert i litteraturgjennomgangen, måtte studiene undersøke effekten av ST for pasienter som var diagnostisert med BFP som hoveddiagnose. Kun empiriske studier ble benyttet, dersom det var en randomisert kontrollert studie (RCT) eller pilotstudie med repeterte pre til post målinger, uten kontrollgruppe. Studien måtte inkludere et utfallsmål som undersøkte symptomer relatert til BPF-diagnosen som følge av ST. Studien ble ikke ekskludert som følge av komorbide lidelser. De empiriske

artiklene ble ekskludert dersom BPF ikke var hoveddiagnose i studien og dersom studien ikke var en RCT eller en pilotstudie med repeterte pre til post målinger.

Resultat av systematisk søkestrategi

Søkestrategien resulterte i til sammen 517 artikler i de ulike databasene. Dublettsjekk i Endnote resulterte i 340 unike artikler. Tittel og sammendrag ble lest i alle disse artiklene. Hele teksten ble lest og gjennomgått dersom det var indikasjoner på ST for BPF, noe som endte i 18 artikler som ble gjennomgått i fulltekst. Basert på ovennevnte inklusjons- og eksklusjonskriterier, tilfredsstilte seks artikler kriteriene for denne litteraturgjennomgangen. Referanselistene til de inkluderte studiene ble gjennomgått etter samme inklusjons- og eksklusjonskriterier (Se appendix B for detaljert litteratursøk).



Figur 1. Fremgangsmåte litteratursøk

Resultater

Giesen-Bloo et al., (2006).

Hensikt: Studien ble utført for å sammenlikne effekten av ST med TFP for polikliniske pasienter med BPF. Studien var en RCT i Nederland.

Metode: Utvalget i studien bestod av 86 pasienter diagnostisert med BPF som hoveddiagnose. Alle deltakerne i studien oppfylte kriteriene for en BPF-diagnose basert på The Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II personality Disorders (SCID-II) og hadde en skåre høyere enn 20 på Borderline personality Disorder Severity Index, fourth edition (BPDSI-IV). 90 % av deltakerne var kvinner med en gjennomsnittlig alder på 30 år. Behandlingen ble gitt over tre år, med to sesjoner i uken på 50 minutter, der deltakerne ble randomisert til å motta enten ST eller TFP. Utfall ble målt ved pre-behandling og videre hver tredje måned til post-behandling, med BPDSI-IV, EuroQol thermometer og the World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Studien inkluderte også et samlet mål for *psyko- og personlighetspatologi* som ble målt pre-behandling og videre hver sjettemåned til post-behandling, inkludert Symptom Checklist-90 (SCL-90), Rosenberg Self-Esteem Scale, Miskimins Self-Goal-Other Discrepancy Scale, Young Schema Questionnaire (YSQ), Personality Disorder Beliefs Questionnaire BPD Section (PDBQ-Q), Inventory of Personality Organization og Borderline Defense Style Questionnaire (DSQ).

Resultater: Studien viste at både ST og TFP resulterte i signifikante innen-gruppeskjeller, vist ved reduksjon i BPF-symptomer og generelle psykiske symptomer, økt livskvalitet og endringer i assosierte personlighetstrekk ved post-behandling. Effektene var synlige allerede etter et år og vedvarte etter tre år med behandling. Imidlertid viste resultatene også signifikante mellomgruppeskjeller, der ST var overlegen over TFP i form av reduksjon av BPF-symptomer, generelle psykiske symptomer og endringer i teorispesifikk personlighetspatologi. Utfallsmål for livskvalitet viste ingen signifikante forskjeller mellom

gruppene. Ved post-behandling viste 45,5 % av pasientene i ST-gruppen klinisk bedring mot 23,8 % av pasientene i TFP-gruppen.

Konklusjon: Begge behandlingstilnærmingene viste effekt, men ST hadde enda bedre effekt enn TFP. ST viste større effektstørrelser enn TFP.

Farrel et al., (2009).

Hensikt: Forfatterne ønsket å undersøke effekten av GST for polikliniske pasienter med BPF. Studien var en RCT utført i USA, der GST ble sammenliknet med treatment as usual (TAU).

Metode: Utvalget i studien bestod av 32 kvinner diagnostisert med BPF som hoveddiagnose, bekreftet gjennom the Diagnostic Interview for Personality Disorders-Revised (DIB-R) og Borderline Syndrome Index. Gjennomsnittsalder var 35 år. Behandlingen ble gitt over en periode på åtte måneder. Deltakerne ble randomisert til å motta enten GST og TAU eller kun TAU. TAU bestod her av ukentlig individuell psykoterapi, primært støtteterapi med eklektisk tilnærming. GST ble gitt i form av ukentlige sesjoner på 90 minutter. Utfall ble målt ved pre-behandling, post-behandling og ved seks måneders oppfølging, med Borderline Syndrome Index, DIB-R, SCL-90 og Global Assessment of Function Scale (GAFS).

Resultater: Studien fant signifikante mellomgruppeskjeller mellom GST og TAU. Gruppen som fikk GST viste signifikant nedgang i BPF-symptomer og generelle psykiske symptomer samt økt funksjonsnivå, med store effektstørrelser. De positive effektene var opprettholdt eller økte ved seks måneders oppfølging. TAU-betingelsen viste ingen innen-gruppeskjeller fra pre-behandling til post-behandling, og heller ikke ved oppfølging. Basert på DIB-R, viste 94 % av pasientene i gruppen som fikk GST klinisk bedring ved post-behandling, som videre økte til 100 % ved oppfølging. Målinger ved post-behandling av gruppen som mottok TAU viste imidlertid at 75 % av pasientene oppfylte DIB-R kriteriene for en diagnose, som videre økte til 83 % ved oppfølging.

Konklusjon: Studien konkluderte med at GST hadde langt bedre effekt enn TAU. GST ble foreslått som en lovende og kostnadseffektiv behandlingstilnærming for pasienter med BPF.

Nadort et al., (2009).

Hensikt: Forfatterne ønsket å undersøke effekten av ST for polikliniske pasienter med BPF, i vanlig allmennpsykiatrisk praksis og sammenlikne resultatene med studien utført av Giesen-Bloo et al. (2006). Sekundært ønsket forfatterne å undersøke om det å tillegge ekstra telefonstøtte fra terapeuten utenom kontortid i krisetilfeller (TTA), hadde en effekt på resultatene. Studien var en RCT utført i Nederland.

Metode: Utvalget i studien bestod av 62 pasienter diagnostisert med BPF som hoveddiagnose. Alle deltakerne i studien oppfylte SCID-II kriteriene for en BPF-diagnose og hadde en skåre høyere enn 20 på BPDSI-IV. 96,8 % av deltakerne var kvinner med en gjennomsnittlig alder på 30 år. Behandlingen ble gitt over en periode på ett og et halvt år, og bestod av 45 minutters sesjoner to ganger i uken det første året, og en gang i uken det andre året. Alle deltakerne mottok ST, det var ingen kontrollgruppe på venteliste eller som mottok TAU. Deltakerne ble imidlertid randomisert til å inngå i en av to grupper: ST + TTA eller kun ST. Utfall ble målt ved pre-behandling, og videre hver sjette måned til og med post-behandling, med BPDSI-IV, the EuroQol-thermometer, EQ 5D, WHOQOL, BPD-checklist-47 (BPD-47), SCL-90 og Young Schema Questionnaire (YSQ).

Resultater: Studien fant hovedeffekter fra pre-behandling til post-behandling basert på begge gruppene, vist i form av signifikant reduksjon i BPF-symptomer, nedgang i generelle psykiske symptomer og nedgang i TMS. Utfallsmål for livskvalitet gav varierende resultater. Det ble funnet en liten effektstørrelse basert på EQ 5D, en moderat effektstørrelse basert på WHOQOL, men ingen signifikant effekt for økt livskvalitet basert på EuroQol. Det

ble ikke funnet noen signifikante mellomgruppeskjeller mellom ST + TTA gruppen og ST-gruppen.

Konklusjon: Studien konkluderte med at ST implementert i vanlig allmenpsykiatrisk praksis viste god effekt i behandling av BPF-pasienter, og at resultatene var sammenliknbare med studien av Giesen-Bloo et al. (2006). Studien fant ingen effekt som tilsier at TTA er et nødvendig aspekt ved ST.

Dickhaut & Arntz (2014).

Hensikt: Forfatterne ønsket å undersøke effekten av kombinert ST og GST for polikliniske pasienter med BPF. Studien var en pilotstudie med repeterte pre til post målinger i Nederland.

Metode: Utvalget i studien bestod av 18 kvinner diagnostisert med BPF som hoveddiagnose, med en gjennomsnittsalder på 28,5 år. Alle deltakerne i studien oppfylte SCID-II kriteriene for en BPF-diagnose og hadde en skåre høyere enn 20 på BPDSI-IV. Behandlingen ble gitt over en periode på to år. Deltakerne i studien ble delt i to kohorter, der begge kohorter mottok ukentlig GST på 90 minutter kombinert med ukentlig ST på 60 minutter. Deltakerne var nødt til å følge både GST og ST for deltakelse i studien. En viktig forskjell mellom de to kohortene var at terapeutene i den andre gruppen mottok veiledning i GST for BPF, mens terapeutene i den første gruppen utviklet sine egne metoder. Et sekundært mål ble dermed å undersøke hvorvidt denne veiledningen hadde betydning for utfallet. Utfall ble målt ved pre-behandling, hver sjette måned gjennom studiet og ved oppfølging etter to og et halvt år, med BPDSI-IV, Borderline Personality Disorder Checklist (BPD-checklist), EuroQool, WHOQOL, 1-item happiness question, SCL-90, YSQ og Schema Mode Inventory (SMI).

Resultater: Studien fant signifikante innen-gruppeskjeller fra pre-behandling til oppfølging, vist ved reduksjon i BPF-symptomer, nedgang i generelle psykiske symptomer,

nedgang i TMS og dysfunksjonelle modus, økning i funksjonelle modus og økt livskvalitet. Det kliniske inntrykket var at pasientene i den andre kohorten oppnådde raskere bedring enn den første kohorten. Det ble hypotetisert at dette var en konsekvens av at terapeutene i den andre kohorten mottok trening i GST. Resultatene viste en trend til signifikans som støttet dette inntrykket, men langtidseffekter viste imidlertid ingen forskjeller mellom kohortene.

Konklusjon: Kombinert ST og GST utført for polikliniske BPF-pasienter viste reduksjon i BPF-symptomer med stor effekt. Studien tilbyr en replikasjon av funnene til Farrell et al. (2009), og bidrar dermed til å øke evidensgrunnet for kombinert ST og GST. Det ble foreslått at det kan være nyttig å gi terapeutene veiledning og trening i metoden for å oppnå raskere resultater.

Reiss, Lieb, Arntz, Shaw & Farrell (2014).

Hensikt: Forfatterne ønsket å undersøke effekten av intensiv ST for innlagte pasienter med BPF, gitt i form av kombinert ST og GST. Dette ble utført ved tre pilotstudier med repeterte pre til post målinger i USA.

Metode: De tre studiene fulgte det samme behandlingsprogrammet, inkludert både ST og GST. Studiene var sammenlignbare i henhold til fordeling mellom ST og GST, gruppestørrelse og format, men varierte i henhold til lengde på behandling, antall terapeuter og trening av terapeutene. Pilotstudie 1 inkluderte 41 BPF-pasienter, diagnostisert gjennom klinisk intervju og Borderline Syndrome Index. 98 % av deltakerne var kvinner og gjennomsnittlig alder var 36 år. Behandlingen ble gitt over en periode på 18 uker, og utfall ble målt ved pre-behandling og post-behandling, med Borderline Syndrome Index og GAFS. Pilotstudie 2 inkluderte 36 BPF-pasienter, diagnostisert med SCID-II. Studien bestod av 98 % kvinner, og gjennomsnittlig alder blant deltakerne var 35 år. Behandlingen ble gitt over en periode på 12 uker, og utfall ble målt ved pre-behandling og post-behandling, med Borderline Symptom List (BSL) og SCL-90. Pilotstudie 3 inkluderte 15 BPF-pasienter diagnostisert via

SCID-II. Deltakerne var alle kvinner med en gjennomsnittlig alder på 25 år. Behandlingen ble gitt over en periode på 10 uker, og utfall ble målt ved pre-behandling, post-behandling og ved oppfølging etter tre måneder, med BSL og SCL-90.

Resultater: Samlet sett viste de tre pilotstudiene signifikante endringer hos pasientene fra pre-behandling til post-behandling, vist ved nedgang i både BPF-symptomer og generelle psykiske symptomer. Pilotstudie 3 viste signifikante endringer i BPF-symptomer og generelle psykiske symptomer fra pre-behandling til post-behandling. Ved tre måneders oppfølging ble det imidlertid ikke funnet signifikante endringer, kun en tendens til reduksjon i BPF-symptomer, noe som indikerer tilbakefall etter behandlingsslutt.

Konklusjon: De tre pilotstudiene viste samlet sett reduksjon i BPF-symptomer og generelle psykiske symptomer, fra pre-behandling til post-behandling. Effektstørrelsene varierte imidlertid på tvers av studiene, og studie 3 viste tilbakefall.

Fassbinder et al., (2016).

Hensikt: Forfatterne ønsket å undersøke effekten av ST for polikliniske pasienter med alvorlig BPF og høy grad av komorbide lidelser. Behandlingen ble gitt i form av kombinert ST og GST. Studien ble gjennomført som en pilotstudie med repeterte pre til post målinger i Tyskland.

Metode: Utvalget i studien bestod av 10 kvinner med en gjennomsnittlig alder på 35 år. De oppfylte alle SCID-II kriteriene for en BPF-diagnose og hadde en skåre høyere enn 20 på BPDSI-IV. Alle deltakerne hadde hatt mange innleggelses i fortiden og de hadde høy grad av komorbide lidelser. Behandlingen ble gitt over en periode på et år, der pasientene mottok ukentlige sesjoner med GST på 100 minutter kombinert med ukentlige sesjoner med ST på 60 minutter. Utfall ble målt ved pre-behandling, etter tre måneder, post-behandling og ved oppfølging etter ett år, med BPDSI-IV, BPD-checklist, Brief Symptom Inventory, GAFS, Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), Work and Social

Adjustment Scale (WSAS), WHOQOL, EuroQoL, 1-item happiness question, SMI og YSQ. I tillegg ble antall dager med innleggelse per år målt ved pre-behandling, under behandling, post-behandling og ved oppfølging etter et år.

Resultater: Studien fant signifikante innen-gruppeforskjeller vist ved reduksjon i BPF-symptomer, generelle psykiske symptomer og økt funksjonsnivå. Pasientenes opplevde livskvalitet og egne opplevelse av glede økte. Resultater fra EuroQol viste imidlertid ingen innen-gruppeforskjeller. Det mest bemerkelsesverdige funnet var antall innleggelser per år, som ble redusert fra gjennomsnittlig 93 dager i året til 4 dager i året, en stor signifikant effekt.

Konklusjon: Studien konkluderte med god effekt av kombinert ST og GST i poliklinisk arbeid med pasienter som har alvorlig BPF og høy grad av komorbide lidelser. Sett i lys av den store reduksjonen i antall innleggelser vist gjennom studien og ved oppfølging, ble det foreslått at et slikt program kan være svært kostnadseffektivt.

Tabell 1

Detaljert beskrivelse av inkluderte studier

Forfatter/land (år)	Design	Utvalg*	Diagnostiske mål for BPF	Behandling	Utfallsmål	Hovedfunn	*Effektstørrelser (cohens <i>d</i>)
Giesen-Bloo et al/Nederland (2006)	RCT	86/30/90 %	SCID-II, BPDSI-IV	3 år med ST eller TFP for polikliniske pasienter	BPDSI IV, EuroQol thermometer, WHOQOL, psyko- og personlighetspatologi *	Både ST og TFP viste signifikant bedring på samtlige utfallsmål. ST hadde enda bedre effekt enn TFP	ST: BPDSI IV <i>d</i> = 2.96, EuroQol <i>d</i> = 1.84, WHOQOL <i>d</i> = 1.46, psyko- og personlighetspatologi <i>d</i> = 2.02 TFP: BPDSI IV <i>d</i> = 1,85, EuroQol <i>d</i> = 0.64, WHOQOL <i>d</i> = 1.16, psyko- og personlighetspatologi <i>d</i> = 0.84
Farrell et al/USA (2009)	RCT	32/35/100 %	DIB-R, Borderline Syndrome Index	8 måneder med GST + TAU versus TAU for polikliniske pasienter	Borderline Syndrome Index, SCL-90, DIB-R, GAFS	GST resulterte i signifikant bedring på alle utfallsmål. 94 % av pasientene i ST-gruppen nådde klinisk bedring ved post-behandling, som økte til 100 % ved oppfølging	Borderline Syndrome Index (post-behandling: <i>d</i> = 1.97, oppfølging: <i>d</i> = 2.81), DIB-R (post-behandling: <i>d</i> = 2.22, oppfølging: <i>d</i> = 2.42), SCL-90 (post-behandling: <i>d</i> = 1.35, oppfølging: <i>d</i> = 2.20) og GAFS (post-behandling: <i>d</i> = 1.39, oppfølging: <i>d</i> = 3.13)
Nadort et al/Nederland (2009)	RCT	62/30/96,8 %	SCID-II, BPDSI-IV	1,5 år med ST med eller uten TTA for polikliniske pasienter i vanlig allmennpsykiatriske poliklinikk	BPDSI IV, EQ 5D, EuroQol, WHOQOL, BPD-47, SCL-90, YSQ	BPF-symptomer ble redusert med stor effekt. TTA-betingelsen viste ingen mellomgruppeskjeller	BPDSI-IV <i>d</i> = 1.55, BPD-47 <i>d</i> = 0.80, SCL-90 <i>d</i> = 0.57, YSQ <i>d</i> = 0.69, EQ 5D <i>d</i> = 0.35, WHOQOL <i>d</i> = 0.58, EuroQol <i>d</i> = 0.23

Dickhaut et al/Nederland (2014)	Pilotstudie med pre til post målinger	18/28,5/100 %	SCID-II, BPDSI-IV	2 år med ST og GST for polikliniske pasienter	BPDSI IV, BPD-checklist, SCL-90, EuroQol, WHOQOL, "the 1-item happiness question" YSQ, SMI	BPF-symptomer ble betraktelig redusert, med stor effekt	BPDSI $d = 2.72$, BPD-checklist $d = 2.34$, SCL-90 $d = 1.49$, 1-item happiness question $d = 1.77$, EuroQool $d = 0.94$ WHOQOL $d = 1.31$, SMI dysfunctional scales $d = 1.16$, SMI functional scales $d = 1.48$, YSQ $d = 1.64$
Reiss et al/USA (2014)	Pilotstudie med pre til post målinger	Studie 1: 41/36,4/98 % Studie 2: 36/31,6/89 % Studie 3: 15/25,5/100 %	Studie 1: Klinisk intervju, Borderline Syndrome Index Studie 2: SCID-II Studie 3: SCID-II	Intensivt ST og GST-program for innlagte pasienter Studie 1: 18 uker, Studie 2: 12 uker, Studie 3: 10 uker	Studie 1: Borderline Syndrome Index, GAFS Studie 2: BSL 21, SCL-90-R Studie 3: BSL 95, SCL-90-R	Resultater samlet fra alle tre pilotstudiene viste signifikant forbedring i BPF-spesifikke og generelle psykiske symptomer	Studie 1: Borderline Syndrome Index $d = 2.15$, GAFS $d = 2.84$ Studie 2: BSL 21 $d = 1.34$, SCL-90-R $d = 0.98$ Studie 3: behandlingslutt: BSL 95 $d = 0.73$, SCL-90-R $d = 0.96$, oppfølging: BSL 95 $d = 0.5$, SCL-90-R $d = 0.43$
Fassbinder et al/Tyskland (2016)	Pilotstudie med pre til post målinger	10/35/100 %	SCID-II, BPDSI-IV	1 år med ST og GST for polikliniske pasienter	BPDSI-IV, BPD-checklist, Brief Symptom Inventory, GAF, SOFAS, WSAS, WHOQOL, EuroQoL, "the 1-item happiness question, SMI, YSQ	Resultatene viste signifikant forbedring med store effektstørrelser, vist ved symptomreduksjon og antall innleggelser per år	BPDSI-IV $d = 1.81$ BPD-checklist $d = 1.17$ Brief Symptom Inventory $d = 1.55$ WSAS $d = 1.09$ GAF $d = 1.37$ SOFAS $d = 0.84$ WHOQOL $d = 1.9$ 1-item happiness question $d = 1.7$ EuroQoL $d = 0.71$ SMI, dysfunctional modes $d = 1.51$ SMI, functional modes $d = 1.51$ YSQ $d = 1.34$ Antall innleggelser per år $d = 5.13$

Notat. *Utvalgsstørrelse (N)/gjennomsnittlig alder/prosentandel kvinner. *Effektstørrelser (cohens d , liten = 0,2, medium = 0,5, stor = 0,8). SCID-II - The Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II personality Disorders; BPDSI-IV - Borderline personality Disorder Severity Index, fourth edition; DIB-R - the Diagnostic Interview for Personality Disorders-Revised; BSI - Borderline Syndrome Index; EuroQol - the EuroQol-thermometer; WHOQOL - the World Health Organization quality of life assessment; psyko- og personlighetspatologi* SCL-90, Rosenberg Self-Esteem Scale, Miskimins Self-Goal-Other Discrepancy Scale, YSQ, Personality Disorder Beliefs Questionnaire- BPD Section (PDBQ-Q) Inventory of Personality Organization, Borderline Defense Style Questionnaire (DSQ); SCL-90 - Symptom Checklist-90; GAFS - Global Assessment of Function Scale; EQ 5D - et standardisert måleinstrument for å måle helsetilstand, utviklet av EuroQol group; BPD-47 - BPD-checklist-47; YSQ - the Young Schema Questionnaire; BPD-checklist - et selvrapportskjema som adresserer pasientens egne opplevelse av borderline-symptomene; 1-item happiness - et selvrapportskjema hvor det besvarer hvorvidt en føler glede generelt i livet; SMI - the Schema Mode Inventory; BSL-21 - Borderline Symptom List, short version; BSL-95 - Borderline Symptom List, long version; BSI - Brief Symptom Inventory; SOFAS - Social and Occupational Functioning Assessment Scale; WSAS - the Work and Social Adjustment Scale.

Diskusjon

Det primære målet med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke effekten av ST for pasienter med BPF. Da hensikten med denne oppgaven var å gi et samlet og oppdatert bilde av hva forskning viser av behandlingseffekt for ST for BPF, er to av studiene inkludert i denne litteraturgjennomgangen også inkludert i Sempertegui et al., (2013). Samlet sett peker resultatene i retning av at både ST og kombinert ST og GST har effekt hos BPF-pasienter, og samsvarer herunder med funn av Sempertegui et al., (2013). Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen viste at BPF-symptomer ble redusert med stor effekt. Sekundært ønsket denne litteraturgjennomgangen å undersøke om ST medfører endringer i TMS og moduser hos BPF-pasienter. Sempertegui et al., (2013) inkluderte kun en studie som hadde et teorispesifikt utfallsmål for TMS, og ingen av studiene hadde utfallsmål for endringer i moduser. Denne litteraturgjennomgangen har identifisert tre nye studier som inkluderer teorispesifikke utfallsmål. Resultatene herfra peker i retning av nedgang i TMS og dysfunksjonelle moduser samt økning i funksjonelle moduser. Samlet sett har studiene imidlertid visse begrensninger med henhold til metode og design, som vil bli diskutert.

Har ST effekt for pasienter med BPF?

Fire av artiklene (Dickhaut et al., 2014; Fassbinder et al., 2016; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009) brukte BPDSI-IV som primært utfallsmål i studien, et semistrukturert intervju basert på DSM-IV som evaluerer forekomst og alvorlighetsgrad av BPF-symptomer i løpet av de siste tre måneder. Instrumentet har vist seg å være både reliabelt og valid, og anses for å være godt egnet til å evaluere alvorlighetsgrad av BPF-diagnosen samt også hvert DSM kriterie separat (Giesen-Bloo, Wachters, Schouten & Arntz, 2010). Pre til post målinger av innen-gruppeforskjeller i Giesen-Bloo et al., (2006) og Nadort et al., (2009) fant nedgang i symptomer med stor effekt. Giesen-Bloo et al., (2006) fant også en medium effektstørrelse mellom ST og FTP, der ST-gruppen viste større reduksjon i

symptomer. Dickhaut et al., (2014) og Fassbinder et al., (2016) målte endringer fra pre-behandling til oppfølging. Begge studiene fant symptomreduksjon med stor effekt.

Alle studiene som har inkludert BPDSI-IV som utfallsmål har beregnet en cut-off skåre på mindre enn 15 som klinisk bedring, da empiriske studier har vist at skårer over 15 skiller BPF-pasienter fra friske kontroller (Dickhaut et al., 2014; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). I studien av Giesen-Bloo et al., (2006) viste 45,5 % av pasientene i ST-gruppen klinisk bedring ved post-behandling mot 23,8 % av pasientene i TFP-gruppen. Innen-gruppeforskjeller i Nadort et al., (2009) viste klinisk bedring hos 42 % av pasientene ved post-behandling. Dickhaut et al., (2014) viste klinisk bedring hos 77,4 % av pasientene i studien ved oppfølging. I studien av Fassbinder et al., (2016) var det til tross for signifikant nedgang i symptomer ingen av pasienten som nådde kriteriet for klinisk bedring av BPF-diagnosen etter et år. En foreslått årsak til dette kan være at behandlingen ble gitt over kortere tid enn de andre studiene, og at deltakerne hadde høy grad av komorbide lidelser noe som kan komplisere behandlingen ytterligere.

Farrel et al., (2009) benyttet seg av DIB-R, et semistrukturert intervju som måler fire brede aspekter ved BPF, inkludert følelser, tanker, impulsive handlinger og mellommenneskelige forhold (Tragesser, Solhan, Brown, Tomko, Bagge & Trull, 2010). Det ble funnet signifikante mellomgrufforskjeller mellom GST og kontrollgruppen, med store effektstørrelser fra pre til post målinger og ved oppfølging. I etterkant av behandlingen viste det seg at 94 % av pasientene i ST-gruppen ikke lenger oppfylte DIB-R kriteriene for en BPF-diagnose, i kontrast til kontrollgruppen der 75 % fremdeles oppfylte de samme kriteriene for en diagnose. Ved seks måneders oppfølging var det ingen av pasientene i ST-gruppen som møtte DIB-R kriteriene for en BPF-diagnose, mens antallet i kontrollgruppen økte til 83 %.

Farrel et al., (2009) og pilotsudie 1 av Reiss et al., (2016) benyttet Borderline Syndrome Index, et selvrapportskjema som måler tilstedeværelse av 52 borderline symptomer

i løpet av de siste to uker (Conte, Plutchik, Karasu & Jerrett 1980). Farrel et al. (2009) fant signifikante mellomgruppeskjeller mellom GST og kontrollgruppen, med stor effekt, både fra pre til post behandling og ved oppfølging. I pilotstudie 1 av Reiss et al., (2016) ble det også funnet stor effekt fra pre til post behandling. Pilotstudie 2 og 3 av Reiss et al., (2016) brukte Borderline Symptom List, et selvrapportskjema som adresserer typiske borderline symptomer basert på DSM-IV kriteriene (Bohus, Limberger, Frank, Chapman, Kühler & Stieglitz, 2007). Signifikant reduksjon i symptomer ble funnet i begge studier, med stor effekt i pilotstudie 2 og medium effekt i pilotstudie 3. Pilotstudie 3 viste imidlertid indikasjoner på tilbakefall, da det fra pre-behandling til oppfølging ikke ble funnet signifikant effekt, kun tendens til reduksjon i symptomer. Utover BPDSI-IV, benyttet Dickhaut et al., (2014) og Fassbinder et al., (2016) seg også av BPD-checklist, et selvrapportskjema som er basert på DSM-IV kriteriene og måler pasientenes egne opplevelser av BPF-symptomer den siste måneden (Bloo, Arntz & Schouten, 2017). Begge studiene fant nedgang i pasientenes egne opplevelser av symptomene, med stor effekt.

Foruten pilotstudie 3 av Reiss et al., (2016) som viste tilbakefall ved oppfølging, ble det på tvers av de inkluderte studiene funnet reduksjon i BPF-symptomer med store effekter. Videre har en stor andel av pasientene innad i flere av studiene nådd kriterier for klinisk bedring. Det er imidlertid utfordrende å direkte sammenlikne studiene grunnet variasjon i både utfallsmål og tidspunkter målinger har blitt utført.

Utover overnevnte symptomendringer relatert til BPF-diagnosen, ble det på tvers av de inkluderte studiene også funnet endringer basert på sekundære utfallsmål. Fire av artiklene (Dickhaut et al., 2014; Farrel et al., 2009; Nadort et al., 2009; pilotstudie 2 og 3 i Reiss et al., 2016) benyttet seg av SCL-90, et instrument som anses for å være godt egnet til kunne gi et mål på en persons generelle psykiske symptomer. Gjennom 90 spørsmål kartlegges pasientens nivå av psykiske symptomer, som gir et mål på pasientens opplevde psykiske symptomer den

siste uken (Evenson, Holland, Mehta & Yasin, 1980). I alle studiene ble det funnet signifikante forskjeller, med medium til stor effekt, fra pre til post målinger eller ved oppfølging. Fassbinder et al., (2016) benyttet seg av kortere versjon av SCL-90; Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983) der det ble funnet signifikant nedgang i generelle psykiske symptomer fra pre til post målinger, med stor effekt.

Fire av studiene (Dickhaut et al., 2014; Fassbinder et al., 2016; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009) adresserte endringer i opplevd livskvalitet gjennom selvrapportskjemaene EuroQol og WHOQOL. Førstnevnte angir et mål på pasientens egne, opplevde helsestatus ved å adressere opplevelsen av beste (100 poeng) og verste (0 poeng) tenkelige helsestatus (EuroQol Group, 1990). WHOQOL består av 100 spørsmål som adresserer livskvalitet gjennom områdene fysisk helse, psykisk helse, omgivelser, personlige overbevisninger, sosiale forhold og grad av uavhengighet (Whoqol Group, 1998). Utfallsmål for livskvalitet gav varierende resultater. I studien av Gisen-Bloo et al., (2006) ble det funnet indikasjoner for økt livskvalitet ved innen-gruppeforskjeller i gruppen som mottok ST, men ingen forskjeller i livskvalitet ble funnet mellom ST og TFP. I Nadort et al., (2009) ble det funnet en medium effekt basert på WHOQOL, men imidlertid ingen effekt basert på EuroQol. Fassbinder et al., (2016) fant en signifikant, stor effekt basert på WHOQOL, men ingen signifikant effekt basert på EuroQol. I Dickhaut et al., (2014) ble det imidlertid funnet økt livskvalitet med stor effekt, basert på begge utfallsmål. Et interessant funn å trekke frem under økt livskvalitet, er at to av artiklene fant av pasientens opplevelse av glede økte i løpet av studien. Fassbinder et al. (2016) og Dickhaut et al., (2014) målte pasientens opplevelse av glede ved 1-item happiness question, et selvrapportskjema hvor det besvares hvorvidt en føler glede generelt i livet, på en skal fra 1-7 (Abdel-Khalek, 2006; Dickhaut & Arntz, 2014). Begge studiene fant signifikante forskjeller i pasientenes opplevelse av glede med stor effekt.

Ved at enkelte av studiene inkluderte utfallsmål for global fungering, sosial og funksjonell svekkelse, er det mulig å si noe om pasientenes funksjonsnivå har økt i løpet av studiene. Farrel et al., (2009), Fassbinder et al., (2016) og pilotstudie 1 og 2 av Reiss et al., (2016) benyttet seg av GAFS, et instrument som måler psykiske symptomer, sosial- og yrkesmessig fungering (Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995). Her ble det i alle tre studiene funnet nedgang i psykiske symptomer og økt funksjonsnivå med stor effekt. Fassbinder et al., (2016) benyttet seg også av SOFAS og WSAS. Førstnevnte sikter mot å måle sosial og yrkesmessig fungering som ikke direkte er påvirket av alvorlighetsgraden av psykiske symptomer. WSAS er et selvrapportskjema som måler funksjonell svekkelse innenfor områdene arbeid, husstand, sosial fritid, privat fritid og familie- og andre personlige forhold (Hilsenroth et al., 2000). Innenfor begge utfallsmål ble det funnet signifikante endringer i funksjonsnivå med stor effekt.

Det kan også nevnes at Giesen-Bloo et al., (2006) foreslo at et av de effektive elementene som bidro til de gode resultatene i studien, var muligheten til å kontakte ST-terapeutene mellom terapitimene. Nadort et al., (2009) kontrollerte for denne betingelsen i sin studie, ved å randomisere deltakerne i to grupper der den ene fikk tilbud om ekstra telefonstøtte fra terapeuten utenom kontortid i krisetilfeller (TTA). Denne studien fant ingen ytterligere effekt av TTA. Studien ble imidlertid gjennomført i Nederland, der det er mulighet for å henvende seg andre steder dersom en befinner seg i en krise, slik som legevakten ved et sykehus eller en allmennlege. Det ble dermed argumentert for at funnene ikke nødvendigvis er generaliserbare til andre land som ikke har slike tilbud tilgjengelige i samfunnet (Nadort et al., 2009). For å replikere disse funnene, vil det være nødvendig å gjennomføre flere studier hvor en kontrollerer for TTA-betingelsen, også i land som ikke har de samme tilbudene i samfunnet som Nederland.

Flere av studiene har funnet effekt på andre utfallsmål utover symptombedring hos pasientene, herunder redusert symptomtrykk som følge av generelle psykiske symptomer, økt opplevelse av glede og økt funksjonsnivå. Endringer i opplevd livskvalitet gav imidlertid varierende resultater på tvers av studiene. Som tidligere nevnt ved primære utfallsmål, vil det imidlertid også her være utfordrende å sammenlikne studiene grunnet variasjon i utfallsmål og tidspunkter målingene har blitt utført.

Medfører ST endringer i TMS og moduser hos BPF-pasienter?

Som nevnt innledningsvis, presiserer Young et al., (2003, Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, avsn. 2) at bedring av psykopatologi vil finne sted når TMS og dysfunksjonelle moduser erstattes av mer adaptive skjema og moduser. I så måte vil det være rimelig å anta at dersom terapiformen har effekt, vil også nedgang i TMS og dysfunksjonelle moduser finne sted. Det er imidlertid kun tre av studiene som har benyttet seg av teorispesifikke utfallsmål (Dickhaut et al., 2014; Fassbinder et al., 2016; Nadort et al., 2009). Felles for disse tre studiene var YSQ, et selvrapportskjema som bygger på Young's teori, og måler tilstedeværelse av TMS her og nå (Rijkeboer, van den Bergh & van den Bout, 2005; Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995). Kun to av studiene (Dickhaut et al., 2014; Fassbinder et al., 2016) brukte også SMI, som adresserer hvorvidt dysfunksjonelle og funksjonelle moduser er til stede her og nå (Lobbestael, Van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2010).

Samlet sett ble det funnet signifikant nedgang både i TMS og dysfunksjonelle moduser og økning i funksjonelle moduser. Basert på YSQ, fant Nadort et al., (2009) signifikante forskjeller fra pre-behandling til post-behandling med medium effekt, mens Dickhaut et al., (2014) og Fassbinder et al., (2016) fant signifikante forskjeller fra pre-behandling til oppfølging, med stor effekt. Basert på SMI ble det både i Dickhaut et al.,

(2014) og Fassbinder et al. (2016) funnet stor effekt både ved nedgang i dysfunksjonelle moduser og økning i funksjonelle moduser.

Hva finnes av oppdatert forskning for tilstedeværelse av TMS og moduser? I litteraturgjennomgangen av Sempertegui et al., (2013) viste forskning varierende funn for tilstedeværelse av et bestemt mønster av TMS og moduser hos BPF-pasienter. Som nevnt innledningsvis, argumenteres det i Young et al., (2003, Schema Therapy for Borderline Personality, kap. 9, avsn. 1) for at alle 18 TMS trolig er til stede hos BPF-pasienter, og at fire moduser i tillegg til fravær av sunn voksen modus er særlig karakteristiske for BPF-pasienter. Med tanke på at fokus i terapien og de terapeutiske intervensjonene rettes mot TMS og moduser hos pasientene, vil det være viktig å undersøke dette videre.

En systematisk litteraturgjennomgang utført av Barazandeh et al., (2016) undersøkte tilstedeværelsen av TMS hos pasienter med BPF. Resultatene er basert på 17 studier som har benyttet seg av YSQ, enten før behandling eller i tidlige stadier av en behandling. To av studiene i litteraturgjennomgangen støttet opp om at alle TMS var til stede hos pasientene. Det viste seg imidlertid at domenet for *frakopling og avvisning* var det som var mest prevalent blant pasientene, hvor hyppigst forekommende TMS i kronologisk rekkefølge var som følger; *forlatthet/ustabilitet* (13 studier), *misbruk/mishandling* (12 studier), *sosial isolasjon/fremmedgjøring* (11 studier), *følelsesmessig svikt* og *mangelfullhet/skam* (10 studier). Ut i fra denne litteraturgjennomgangen er det støtte for at domenet for frakopling og avvisning er mest prevalent i BPF-populasjonen, noe som videre kan tilby evidens for at tidlige negative livserfaringer som hindrer oppnåelse av grunnleggende behov og trygg tilknytning, er et viktig element ved utvikling av BPF.

En nyere studie av Bach og Farrell (2018) undersøkte tilstedeværelsen av TMS og moduser hos BPF-pasienter, ved bruk av YSQ og SMI. Studien ble gjennomført ved å sammenlikne BPF-pasienter ($n=101$) både med en gruppe pasienter som hadde andre

personlighetsforstyrrelser ($n=101$) og med en gruppe personer uten psykiske lidelser ($n=101$). Studien viste at TMS som misbruk/mishandling, mangelfullhet/skam og *mangelfull selvkontroll* sammen med modusene det sårbare barnet, det sinte og impulsive barnet samt lav forekomst av det lykkelige barnet, unikt skilte BPF-pasienter fra gruppen uten psykiske lidelser. Sammenliknet med gruppen med andre personlighetsforstyrrelser, ble det funnet at skjemaene misbruk/mishandling og mangelfullhet/skam sammen med modusene det sinte og impulsive barnet og lav forekomst av det lykkelige barnet var unikt assosiert med BPF. Studien fant ikke evidens for at den frakoblede beskytteren, den straffende forelderen og fravær av sunn voksen modus unikt skilte BPF-pasienter fra de andre gruppene, som det fremgår i det teoretiske rammeverket. Samlet ble det foreslått at TMS som misbruk/mishandling og mangelfullhet/skam sammen med modusene det sinte og impulsive barnet og lave skårer på det lykkelige barnet utgjør kjerneelementene i BPF.

Metodiske styrker og svakheter i de inkluderte studiene

Med hensikt å øke evidensgrunlaget for ST for BPF, vil det i tråd med EBPP være viktig å erkjenne begrensninger og mangler i allerede eksisterende forskning og litteratur (Norsk Psykologforening, 2007) for å kunne unngå liknende feil i fremtiden. Herunder vil det være viktig å undersøke om forskningen som er gjort for ST for BPF-pasienter er basert på behandling som er i tråd med det teoretiske rammeverket. To av artiklene (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009) undersøkte effekten av ST gitt i form av individualterapi og fire av artiklene (Dickhaut et al., 2014; Farrel et al., 2009; Fassbinder et al., 2016; Reiss et al., 2014) undersøkte effekten av GST. Pilotstudiene av Reiss et al., (2014) undersøkte effekten av ST for innlagte pasienter, mens de resterende studiene undersøkte effekten av ST for polikliniske pasienter. Samlet sett oppgir alle de inkluderte studiene behandling som fremstår å være i tråd med det teoretiske rammeverket for ST, men studiene varierer med henhold til om de inkluderer modusarbeid som en del av terapien.

Både Giesen-Bloo et al., (2006) og Nadort et al., (2009) beskriver at den teoretiske modellen danner grunnlaget for behandlingen, faser i behandlingen og bruk av teknikker. Studiene nevner, i tråd med det teoretiske rammeverket, bruk av kognitive, eksperimentelle og atferdsmessige teknikker i et endringsarbeid med fokus på terapeutisk relasjon, det daglige livet utenfor terapien og tidligere livserfaringer. Begge studiene nevner moduser som et sentralt aspekt ved ST. Ut i fra hva som er beskrevet i de ulike studiene, er det rimelig å anta at begge studiene som undersøker effekten av ST gitt i form av individualterapi utfører behandling som er i tråd med det teoretiske rammeverket for ST.

Behandlingen i studien av Farrel et al., (2009), er som beskrevet i artikkelen i tråd med den teoretiske rammeverket for ST. Det oppgis at behandlingen hadde fire mål; 1) oppnå en positiv terapeutisk allianse, 2) øke emosjonell bevissthet, 3) utvikle en effektiv, individualisert kriseplan 4) hjelpe pasientene til å gi slipp på TMS for å ta i bruk mer hensiktsmessig skjema. Studien inkluderer imidlertid ikke modusarbeid som en del av behandlingen, men blir nevnt avslutningsvis som et forslag til videre forskning. To av artiklene (Dickhaut et al., 2014; Fassbinder et al., 2016) er sammenliknbare i henhold til innholdet i behandlingen. I begge studiene tok GST utgangspunkt i behandlingsprotokollen utviklet av Farrell og Shaw (2012), og individualterapien tok utgangspunkt i en behandlingsprotokoll utviklet av Arntz og van Genderen (2009), som hadde et særskilt mål om å støtte opp om GST. Begge behandlingsprotokollene er basert på det teoretiske rammeverket for ST, og inkluderer herunder detaljerte beskrivelser av faser i terapien, teknikker og modusarbeid. Behandlingsprogrammet for innlagte pasienter i de tre pilotstudiene av Reiss et al., (2014), var et intensivt behandlingsprogram bestående av både ST og GST. Komponentene ved det intensive behandlingsprogrammet er oppsummert i artikkelen, som beskrives å være i tråd med det teoretiske rammeverket, og inkluderer også modusarbeid som et sentralt aspekt ved behandlingen.

Indre validitet. For å kunne si noe om effekten av en behandling, er det viktig å undersøke om studien har indre validitet. Dette innebærer å kunne trekke en holdbar slutning om hvorvidt terapiformen i seg selv er det som har medført bedring hos pasientene. RCT-studier beregnes for å være ”gullstandarden” for å undersøke om en behandling har effekt, og derav har indre validitet. I slike studier vil deltakere i en studie fordeles tilfeldig (randomiseres) i en behandlings- og kontrollgruppe. Randomiseringen vil sikre at gruppene er like i forkant av behandlingen, noe som tilsier at en eventuell forskjell mellom gruppene i etterkant av behandlingen kan si noe om effekten av behandlingen (Svartdal, 2009, s. 238). Tre av studiene var RCT-studier. Det var imidlertid kun to av disse studiene som randomiserte deltakerne til å motta enten ST versus annen behandling (TFP) eller ST versus TAU. I den siste RCT-studien fikk alle deltakerne ST, hvor den ene av to grupper ble randomisert til å motta TTA. De tre resterende studiene var pilotstudier med repeterte pre til post målinger, uten kontrollgrupper. Slike studier er designet for å sammenlikne målinger før og etter behandling, og slik muliggjøre å danne seg et bilde av endring. Mangel på kontrollgruppe er imidlertid regnet for å inngå under et svakt design, da andre faktorer lettere kan forklare eventuelle endringer som følge av en behandling, og slik true studiens indre validitet (Svartdal, 2009, s. 242).

Konfunderende faktorer. Utover selve behandlingen og behandlingseffekten er det viktig å adressere om det er flere faktorer eller forhold som kan ha vært med på å påvirke resultatene i studiene, kalt konfunderende faktorer (Svartdal, 2009, s. 235). Forskning har vist at mange behandlere opplever BPF-pasienter som krevende og vanskelige å ha i behandling samt at de kan utløse følelser og reaksjoner hos terapeutene som kan påvirke relasjonen og behandlingsutfallet negativt (Aviram, Brodsky & Stanley, 2006; Knaak, Szeto, Fitch, Modgill & Patten, 2015). I flere av de inkluderte studiene hadde enten alle eller en større andel av terapeutene tidligere erfaring med behandling av BPF-pasienter (Farrel et al., 2009;

Fassbinder et al., 2016; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). I et ST-behandlingsforløp med BPF-pasienter blir den terapeutiske relasjon fremhevet som en vesentlig faktor for å kunne oppnå endring. Tidligere erfaringer med pasientgruppen kan ha vært en medvirkende faktor i pasient-terapeut forholdet og bidratt til en god terapeutisk allianse, ved at terapeutene kan ha utviklet egne teknikker for å håndtere og tåle de vanskelige aspektene ved å behandle BPF-pasienter. Det kan tenkes at dette kan ha vært med på å påvirke behandlingsutfallet positivt.

En annen foreslått årsak som kan ha vært med på å påvirke de gode resultatene i studiene, er trening og veiledning i metoden. Det kan tenkes at veiledning i ST kan ha medført ekstra troskap til metoden samt ekstra motivasjon og engasjement hos terapeutene. I både Giesen-Bloo et al., (2006) og Nadort et al., (2009) fikk terapeutene trening og veiledning i ST, både i forkant og under behandlingen. Terapeutene i studien av Giesen-Bloo et al., (2006) fikk veiledning av Jeffrey Young, mens terapeutene i studien av Nadort et al., (2009) fikk veiledning av eksperter innen ST fra Nederland. Terapeutene i studien av Dickhaut et al., (2014) hadde erfaring med individuell ST, men ikke med GST. Behandlingen i studien ble gitt i to kohorter, der terapeutene som behandlet den første kohorten med pasienter startet behandlingen uten veiledning i GST. Etter ni måneder med behandling, fikk alle terapeutene et tredagers kurs i GST, basert på metoden til Farrell & Shaw (2012). Dette gav mulighet til å undersøke om det var forskjeller i resultatene som følge av veiledning i GST. Det kliniske inntrykket var at pasientene i den andre kohorten oppnådde en større og raskere bedring enn pasientene i den første kohorten, og resultatene viste en trend til signifikans som støttet dette inntrykket. Det var imidlertid ingen forskjeller ved oppfølging, noe som tilsier at den andre kohorten tok igjen den første. Veiledning i metoden ble imidlertid foreslått som et mulig element for å kunne oppnå raskere resultater (Dickhaut et al., 2014). Resultatene herfra kan støtte opp om en hypotese om at kursing og veiledning i metoden kan ha vært med på å

påvirke resultatene også i de andre studiene. Det er i midlertid flere faktorer som kan spille inn her, og det er vanskelig å si om det er veiledningen i GST i seg selv, eller om veiledning i en annen terapimodell kunne gitt liknende resultater. I artikkelen til Reiss et al., (2014) viste pilotstudie 3 lavere effektstørrelser enn pilotstudie 1 og 2, og også tilbakefall ved oppfølging. Terapeutene i denne gruppen mottok imidlertid ikke trening og veiledning i GST, noe som i tråd med argumentene over kan ha vært en medvirkende faktor til tilbakefallet.

Ekstern validitet. På generelt grunnlag vil store utvalg med større sannsynlighet være representative for en populasjon (Svartdal, 2009, s 344). Utvalgsstørrelse i studiene varierte fra $n = 10$ til $n = 86$. Flere av studiene har herunder små utvalg, noe som vil gjøre funnene mindre generaliserbare. Videre er studiene i litteraturgjennomgangen utført i Nederland, USA og Tyskland. Dette er alle vestlige land, og det er vanskelig å si om funnene kan generaliseres til pasienter med annen kulturell bakgrunn. På tvers av de seks empiriske artiklene hadde alle studiene en klar overvekt av kvinner, noe som også svekker generaliserbarheten til det motsatte kjønn.

Samfunnsøkonomiske implikasjoner

En studie av van Asselt et al., (2008) undersøkte forskjeller i kostnadseffektivitet mellom ST og TFP basert på studien av Giesen-Bloo et al., (2006). Her ble det foreslått at ST gitt i form av individualterapi var en kostnadseffektiv behandling av BPF-pasienter, både med tanke på å redusere direkte og indirekte kostnader. Det høye antallet terapitimer som følger individuelle forløp med BPF-pasienter, vil imidlertid kunne problematisere å behandle alle som ønsker ST gitt i form av individualterapi grunnet høye leveransekostander (Fassbinder et al., 2016). Farrell og Shaw (2012) utviklet GST-formatet nettopp med ønske om mer effektiv bruk av ressurser. De fire studiene i denne litteraturgjennomgangen som undersøker effekten av GST har vist lovende resultater. I Dickhaut et al., (2014) og Farrel et al., (2009) nådde en høy andel av pasientene klinisk bedring i løpet av studiene, noe som kan medføre en hypotese

om at GST potensielt er en svært kostnadseffektiv behandling. Et særlig bemerkelsesverdig funn som kan tilby ytterligere evidens for at ST og GST er kostnadseffektiv behandling, ble funnet i Fassbinder et al., (2016), som undersøkte om antall innleggelser per år ble redusert i løpet av studien. Her ble det funnet en stor, signifikant effekt, der antall innleggelser per år ble redusert fra gjennomsnittlig 93 dager i året i forkant av behandlingen til 4 dager i året ved oppfølging. Til tross for at dette er svært lovende funn, er det i behov av replikasjon, da studien hadde et svakt design uten kontrollgruppe med få deltakere ($n=10$).

Implikasjoner for videre forskning

Alle de seks studiene er gjennomført av eksperter innen ST. Innenfor psykologisk forskning på behandlingsutfall, har det lenge vært kjent at forskere kan påvirkes av sitt eget teoretiske utgangspunkt og hypoteser ved tolkning av funn (Munder, Gerger, Trelle & Barth, 2011). Funnene må derfor tolkes innenfor de rammer at denne faktoren kan ha vært medvirkende til de gode resultatene og de store effektstørrelsene. Fremtidige studier bør tilstrebe at teoretikere innenfor andre retninger undersøker behandlingseffekten av ST.

Flere studier har vist at TMS og moduser har en klar sammenheng med BPF, men det er fremdeles ikke klar konsensus i forhold til om det eksisterer et bestemt mønster av TMS og moduser hos pasientgruppen. Nyere forskning ser imidlertid ut til å tilby evidens for at domenet for frakopling og avisning, med underliggende TMS, er mest prevalent i BPF-populasjonen. Det forblir imidlertid mer uvisst hvorvidt det eksisterer et bestemt mønster av moduser hos pasientene (Bach & Farrell, 2018; Barazandeh et al., 2016; Sempertegui et al., 2013). Tre av de seks studiene i denne litteraturgjennomgangen har dokumentert positive endringer i TMS, og to av artiklene har dokumentert positive endringer i moduser. Mangel på kontrollgruppe i disse studiene begrenser imidlertid studienes indre validitet. Dette i sammenheng med at tre av studiene ikke har inkludert teorispesifikke utfallsmål, gjør det utfordrende å si noe sikkert i forhold til om behandlingen endrer et bestemt mønster av TMS

og moduser hos pasientene. Det vil være viktig å adressere dette videre. Fremtidige studier bør inkludere utfallsmål som måler tilstedeværelse av TMS og moduser i forkant av behandlingen og videre undersøker endringer i TMS og moduser i etterkant av behandlingen. Det teoretiske rammeverket ved TMS og moduser danner grunnlaget for de terapeutiske intervensjonene i terapiforløpet. Empirisk forankring av TMS og moduser vil dermed kunne tilby viktige implikasjoner i forhold til valg av terapeutiske intervensjoner og fokus i terapien, noe som kan muliggjøre mer effektiv behandling.

Sempertegui et al., (2013) anbefalte at det kan være interessant å utføre RCT-studier der ST, særlig GST, sammenliknes med standard KAT. Det kan videre være interessant å utføre studier der effekten av ST og GST direkte sammenliknes med effekten av andre spesialiserte terapiformer, slik som DBT og MBT. Videre har klienters preferanser i forhold til terapietning vist å være assosiert med bedre utfall i terapien (Swift, Callahan & Vollmer, 2011). EBPP inkluderer pasientens preferanser som et viktig aspekt ved integrering av den beste tilgjengelige forskningen (Norsk psykologforening, 2007). I tråd med dette brukerperspektivet kan det i fremtidige studier være nyttig å inkludere kvalitative utfallsmål der pasientenes opplevelser av behandlingen adresseres, herunder hva pasientene betrakter som virkningsfullt innenfor ST.

Det pågår for tiden en studie som muligens kan tilby viktig informasjon om begrensninger i allerede eksisterende forskning, slik som små utvalg, svake design og ved å inkludere teorispesifikke utfallsmål også gi indikasjoner på om behandlingseffekten er i tråd med det teoretiske rammeverket. Studien er en internasjonal RCT som ble publisert i en behandlingsprotokoll av Wetzelaer et al., i 2014, designet for å undersøke effekten av ST for et minimum av 448 BPF-pasienter. Behandlingsprotokollen beskrev et design for to behandlingsprogrammer, et intensivt GST-program sammenliknet med oppdatert TAU, og kombinert ST og GST sammenliknet med oppdatert TAU. Behandlingsprotokollen presiserte

at begge behandlingene skulle bli gitt over en periode på to år, hvor utfall skulle bli målt pre-behandling, hver sjettede måned i løpet av behandlingen til og med post-behandling, og ved oppfølging etter et år. Begge behandlingsprogrammene var designet for å inkludere følgende utfallsmål; BPDSI-IV, BPD-Cheklis, Brief Symptom Inventory, 1-item Happiness Question, SMI, YSQ, GAF, SOFAS, WSAS, Relationship Scales Questionnaire (RSQ), Emotional Core Needs Inventory (ECNI) og WHOQOL. I tillegg skulle kostnadseffektivitet av behandlingene evalueres. Studien har blitt gjennomført av de fremste forskere innen ST fra Nederland, og behandlingen har blitt utført i klinikker som ikke har vært med på å utvikle metoden, i Nederland, USA, Tyskland, England, USA og Hellas. Studien er nå i ferd med å avsluttes, og siste oppfølgingsmålinger vil bli samlet inn januar/februar 2019. Offisielle data fra studien vil mest sannsynlig bli fremlagt på Verdens CBT konferanse, i Berlin juli 2019 (A. Arntz, personlig kommunikasjon, 3. desember 2018).

Implikasjoner for klinisk virksomhet

Til tross for at psykoterapi anses som den primære behandlingstilnærmingen for BPF, har praksis imidlertid vist at mange pasienter med BPF ikke tilbys psykoterapi som primær behandling (Hermens, van Splunteren, van den Bosch & Verheul, 2011). I metaanalysen av Oud et al., (2018), anbefales det at pasienter med BPF bør tilbys spesialiserte psykoterapier, hvor en av disse er ST. De positive resultatene fra denne litteraturgjennomgangen kan ha viktige implikasjoner for klinikers ønske om å implementere ST i klinikk. Da ST er en integrativ metode som deler essensielle trekk med KAT, objektrelasjonsteori, gestaltterapi, mentaliseringsbasert terapi og dialektisk atferdsterapi, vil terapimodellen potensielt kunne appellere til klinikere innenfor en rekke orienteringer (Bach, Lockwood & Young, 2018). Per nå er det evidens for at ST er en kostnadseffektiv behandling og funn fra denne litteraturgjennomgangen tilbyr en hypotese om at GST også vil være det. Dersom det ut i fra resultatene fra den pågående internasjonale studien fremkommer evidens som taler for at GST

er en kostnadseffektiv behandling utover å medføre bedring hos pasientene, vil det lønne seg å tilrettelegge for at behandlere enkelt kan etterutdanne seg slik at metoden kan brukes på en forsvarlig måte.

Svakheter ved denne litteraturgjennomgangen

På bakgrunn av at det per dags dato ikke eksisterer et stort antall randomiserte kontrollerte studier som har undersøkt effekten av ST for BPF-pasienter, valgte denne litteraturgjennomgangen å inkludere studier med begrenset metodisk kvalitet, herunder manglende kontrollgruppe. Dette begrenser flere av studiene med henhold til indre validitet. I sammenheng med at flere av studiene har små utvalg og at det er få studier inkludert ($N=6$), svekker også litteraturgjennomgangens eksterne validitet.

Under den sekundære problemstillingen som var å undersøke om ST medfører endringer i TMS og moduser for pasienter med BPF, har det i diskusjonen blitt undersøkt nyere forskning for tilstedeværelse av TMS og moduser hos BPF-pasienter i etterkant av Sempertegui, et al., (2013). Forskingen som er inkludert i diskusjonen, er funnet som et resultat av litteratursøket i denne litteraturgjennomgangen, og er dermed ikke utført som et litteratursøk i seg selv. Det kan derfor ikke utelukkes at noe av forskning for tilstedeværelse av TMS og moduser hos BPF-pasienter i etterkant av Sempertegui, et al., (2013) ikke har blitt identifisert og inkludert.

Konklusjon

De seks studiene inkludert i denne litteraturgjennomgangen har undersøkt effekten av ST for pasienter med BPF. Alle studiene har funnet symptomreduksjon med store effekter og flere av studiene har også funnet nedgang i generelle psykiske symptomer, endringer i opplevd livskvalitet og økt funksjonsnivå. De tre studiene som har inkludert teorispesifikke utfallsmål har vist positive endringer i TMS og moduser. Med henhold til viktige begrensninger i metode og design som er adressert i oppgaven bør funnene imidlertid tolkes

med forsiktighet. Videre forskning vil være nødvendig for å replikere funnene fra denne litteraturgjennomgangen, og herunder vil resultater fra den internasjonale studien som nå er i ferd med å avsluttes kunne tilby viktig informasjon. I påvente av disse resultatene konkluderes det med at ST og GST er en lovende, potensielt svært kostnadseffektiv behandlingstilnærming for pasienter med BPF.

Referanseliste

- Abdel-Khalek, A. (2006). Measuring happiness with a single-item scale. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 34(2), 139–150. doi: 10.2224/sbp.2006.34.2.139
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), 3rd Edn. Washington, DC: American Psychiatric Press. Hentet fra: <http://displus.sk/DSM/subory/dsm3.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), 5th Edn. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorders*. [Kindle]. Chichester: Wiley-Blackwell. Hentet fra: <https://www.amazon.com>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry*, 14(5), 249-256. doi: 10.1080/10673220600975121
- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329. doi: 10.1016/j.psychres.2017.10.039
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328-349. doi: 10.1080/16506073.2017.1410566
- Bamber, M. (2004). ‘The good, the bad and defenceless Jimmy’—a single case study of Schema Mode Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(6), 425-438. doi: 10.1002/cpp.422
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*, 94, 130-139. doi:

10.1016/j.paid.2016.01.021

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press

Bateman, A. W. (2012). Treating borderline personality disorder in clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, *169*(6), 560-563. doi:

10.1176/appi.ajp.2012.12030341

Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, *385*(9969), 735-743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5

Berge, T, Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akadamisk

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline

Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, *18*(3), 226-239. doi: 10.1521/pedi.18.3.226.35445

Bloo, J., Arntz, A., & Schouten, E. (2017). The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples.

Annals of Psychology, *20*(2), 311-336. doi: 10.18290/rpsych.2017.20.2-3en

Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of Dialectical Behavior Therapy in Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder: A

Systematic Review. *Psychiatric Services*, *63*(9), 881-888. doi:

10.1176/appi.ps.201100311

Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., & Stieglitz, R. D. (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL)

Psychopathology, *40*(2), 126-132. doi: 10.1159/000098493

Bowlby, J. (1977). The Making and Breaking of Affectional Bonds: I. Aetiology and Psychopathology in the Light of Attachment Theory. *The British Journal of*

Psychiatry, *130*(3), 201-210. doi: 10.1192/bjp.130.3.201

- Conte, H. R., Plutchik, R., Karasu, T. B., & Jerrett, I. (1980). A self-report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168*(7), 428-435. doi: 10.1097/00005053-198007000-00007
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological bulletin, 135*(3), 495-510. doi: 0.1037/a0015616
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*(3), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*(2), 242-251. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.11.004
- EuroQol Group, T. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy, 16*(3), 199-208. doi: 10.1016/0168-8510(90)90421-9
- Evenson, R. C., Holland, R. A., Mehta, S., & Yasin, F. (1980). Factor Analysis of the Symptom Checklist-90. *Psychological Reports, 46*(3), 695-699. doi: 10.2466/pr0.1980.46.3.695
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(2), 317-328. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.01.002
- Farrell, J. M. & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. [Kindle]. New York: John Wiley & Sons Inc. Hentet fra: <https://www.amazon.com>

- Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I., . . . 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), 1-9. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01851
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder - Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658. doi: 10.1001/archpsyc.63.6.649
- Giesen-Bloo, J. H., Wachters, L. M., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Personality and Individual Differences*, 49(2), 136-141. doi: 10.1016/j.paid.2010.03.023
- Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A. H., & Paris, J. (2012). Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 79-85. doi: 10.1007/s11920-011-0249-4
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121825
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495. doi: 10.1176/ajp.146.4.490
- Hermens, M. L., van Splunteren, P. T., van den Bosch, A., & Verheul, R. (2011). Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 62(11), 1381-1383. doi:

10.1176/ps.62.11.pss6211_1381

Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S.

R., . . . Holdwick Jr, D. J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(11), 1858-1863. doi:

10.1176/appi.ajp.157.11.1858

Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., & O'Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, *40*(2), 248-255. doi:

10.1016/j.jbtep.2008.12.002

Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A Brief Mental Health

Outcome Scale: Reliability and Validity of the Global Assessment of Functioning

(GAF). *The British Journal of Psychiatry*, *166*(5), 654-659. doi:10.1192/bjp.166.5.654

Juanmarti, F. B., & Lizeretti, N. P. (2017). The efficacy of psychotherapy for borderline

personality disorder: A review. *Papeles del Psicologo*, *38*(2), 148-156. doi:

10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American*

Psychoanalytic Association, *15*(3), 641-685. doi: 10.1177/000306516701500309

Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused

psychotherapy: overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, *89*(3),

601-620. doi: 10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x

Knaak, S., Szeto, A. C., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards

borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma

program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline*

personality disorder and emotion dysregulation, *2*, 2-9. doi: 10.1186/s40479-015-

0030-0

- Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. Washington, DC: American Psychological Association. Hentet fra: <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*(9432), 453-461. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*(4), 437-458. doi:10.1017/S1352465810000226
- Munder, T., Gerger, H., Trelle, S., & Barth, J. (2011). Testing the allegiance bias hypothesis: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, *21*(6), 670-684. doi: 10.1080/10503307.2011.602752
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(5), 461-464. doi: 10.1192/bjp.180.5.461
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., . . . van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research & Therapy*, *47*(11), 961-973. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.013
- NICE (2009). Borderline Personality Disorder: Recognition and Management. Clinical Guideline. Hentet fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis.

Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44(9). Hentet fra:

<https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2007/09/prinsipperklaering-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>

- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961. doi: 10.1177/0004867418791257
- Paris, J. (2007). The Nature of Borderline Personality Disorder: Multiple Dimensions, Multiple Symptoms, but One Category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457-473. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.457
- Paris, J. (2009). The Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications of Research on Diagnosis, Etiology, and Outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 277-290. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 96-104. doi: 10.1002/cpp.519
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A., & Farrell, J. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 355-367. doi: 10.1017/S1352465813000027
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 129-144. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.08.005
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues.

- International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233. doi:
10.3109/09540261.2011.588200
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. doi:
10.1007/bf02230402
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426-447. doi: 10.1016/j.cpr.2012.11.006
- Stoffers, J. M., & Lieb, K. (2014). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 534. doi:
10.1007/s11920-014-0534-0
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder, en introduksjon* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 155-165. doi: 10.1002/jclp.20759
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750. doi:
10.1521/pedi_2012_26_093
- Tragesser, S. L., Solhan, M., Brown, W. C., Tomko, R. L., Bagge, C., & Trull, T. J. (2010). Longitudinal associations in borderline personality disorder features: Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) scores over time. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 377-391. doi: 10.1521/pedi.2010.24.3.377

- van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry, 22*(6), 354-361. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.04.001
- van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., . . . Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry, 192*(6), 450-457. doi: 10.1192/bjp.bp.106.033597
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*(2), 225-249
- Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 1068-1075. doi: 10.1037/0022-006X.61.6.1068
- Wetzelaer, P., Farrell, J., Evers, S. M., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand, O., . . . Arntz, A. (2014). Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *Bmc Psychiatry, 14*(1), 319. doi:10.1186/s12888-014-0319-3
- Whoqol Group, T. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine, 46*(12), 1569-1585. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00009-4
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology, 21*, 105-110. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.10.005
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural*

disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization

World Health Organization. (2018). The ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity statistics, eleventh revision. Hentet fra <https://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>, 5.november 2018

Wunsch, E.-M., Kliem, S., & Kröger, C. (2014). Population-based cost–offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: Projected costs in a currently running, ideal health system. *Behaviour Research and Therapy*, *60*, 1-7. doi: 10.1016/j.brat.2014.06.002

Young, J. E. Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). [Kindle]. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press. Hentet fra: <https://www.amazon.com>

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*(1), 89-101. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70145-3

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(2), 144-150. doi: 10.1053/comp.2001.19749

Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(5), 373-377. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x

Appendix

Appendix A: 18 tidlig uhensiktsmessige skjema (TMS), presentert av Young et al., (2003, Schema Therapy: Conceptual Model, avsn. 4).

Notat: En direkte oversettelse av de 18 TMS presentert av Young. Disse er delt inn i fire ulike skjemaområder, som blir beskrevet kort før de ulike TMS blir beskrevet. Young referer til pasienten i feminin form og terapeuten i maskulin form, noe som også blir gjort her.

I. Frakopling og avisning

Pasienten opplever at hun mangler trygge og forutsigbare omgivelser. Hun har en grunnleggende antakelse om at andre ikke er pålitelige, støttende og empatiske. Hun kommer fra en familie der hun ble behandlet på en kald og avvisende måte. Hun var ensom og opplevde mangel på emosjonell støtte. Hennes omsorgsgivere var uforutsigbare, uinteresserte eller krenkende.

- 1) *Forlatthet/ustabilitet:* Pasienten har en antakelse om at alle hun danner et emosjonelt bånd til, en gang vil forlate henne. Signifikante andre betraktes som upålitelige og uberegnelige, som enten vil dø eller forlate henne, noe som gjør at hun vil ende opp alene.
- 2) *Misbruk/mishandling:* Pasienten er overbevist om at andre vil utnytte henne på en eller annen måte. Hun forventer at andre vil komme til å skade, bedra, manipulere eller krenke henne.
- 3) *Følelsmessig svikt:* Pasienten opplever at hennes emosjonelle behov ikke blir tilstrekkelig møtt av andre. Disse behovene er relatert til fysisk omsorg, empati, kjærlighet, beskyttelse, omsorg, vennskap og liknende.
- 4) *Mangelfullhet/skam:* Pasienten føler at hun er grunnleggende dårlig og utilstrekkelig. Hun tror at så snart andre blir kjent med henne vil de også oppdage dette, og dermed

ikke ha noe med henne å gjøre. Hun tror at ingen noen gang vil elske henne. Disse følelsene av å være utilstrekkelig medfører ofte sterke følelser av skam.

- 5) *Sosial isolasjon/fremmedgjøring*: Pasienten har en følelse av at hun er isolert fra resten av verden, er annerledes enn alle andre og ikke passer inn noe sted.

II. Svekket autonomi og funksjon/prestasjon

Pasienten har en antakelse om at hun er avhengig av andre og ute av stand til å fungere på egen hånd. Hun kommer fra et familiemiljø der hun har vært overbeskyttet.

- 6) *Avhengighet/inkompetanse*: Pasienten er ute av stand til å utføre dagligdagse gjøremål alene. Hun er ekstremt avhengig av andre i situasjoner der hun må ta avgjørelser i enkle, dagligdagse problemer eller i situasjoner der hun må prøve noe nytt. Hun fremstår totalt hjelpeløs.
- 7) *Sårbarhet for skader eller sykdom*: Pasienten er overbevist om at noe grusomt vil hende henne, og at det ikke finnes noe hun kan gjøre for å beskytte seg mot dette. Hun utøver ekstraordinære sikringsstrategier for å unngå ulykker.
- 8) *Overinvolvering/mangelfullt utviklet selv*: Pasienten er overinvolvert og svært tilknyttet til en eller flere av sine omsorgspersoner. På grunn av dette, er hun ute av stand til å utvikle sin egen identitet.
- 9) *Mislykkethet*: Pasienten er overbevist om at hun ikke er i stand til å oppnå de samme resultatene som sine jevnaldrende i relasjon til utdanning, karriere og sport. Hun føler seg dum og talentløs. Hun vil ikke engang prøve å lykkes, fordi hun er overbevist om at hun vil feile om hun prøver.

III. Svekkede grenser

Pasienten har utilstrekkelige grenser, lite ansvarsfølelse og lav toleranse for frustrasjon. Hun er dårlig til å sette seg realistiske langtidsmål og har vanskeligheter for å samarbeide med

andre. Hun kommer fra en familie som gav henne lite veiledning, hadde lite grensesetting, samt gav henne en følelse av å være overlegen ovenfor andre.

10) *Berettigelse/grandiositet*: Pasienten tror at hun er overlegen over andre og har særegne rettigheter. Hun tror hun er over ”normale” regler, og derfor ikke trenger å følge disse. Hovedtema her er makt og kontroll over andre og manglende empati.

11) *Mangelfull selvkontroll*: Pasienten er ikke i stand til å håndtere frustrasjon relatert til å nå mål.

IV. Orientering mot andre

Pasienten setter alltid andres behov først, og undertrykker sine egne. Dette gjør hun med et ønske om å oppnå kjærlighet og aksept fra andre. Hun kommer fra en familie der hun bare ble akseptert under visse omstendigheter.

12) *Underkastelse*: Pasienten kan undertrykke alle sine behov og emosjoner, til fordel for andre, for å unngå negative konsekvenser. Pasienten tror ikke at andre bryr seg om hennes meninger og følelser. Dette vil ofte lede til raseri, noe som uttrykkes på en utilstrekkelig måte, slik som å være passiv-aggressiv eller i form av psykosomatiske symptomer.

13) *Selv-forsakelse*: Pasienten vil på eget initiativ, hyppig ofre egne behov for andre hun anser som svakere enn seg selv. Dersom hun setter sine egne behov først, får hun dårlig samvittighet. Hun er i overkant sensitiv til andres lidelse. Da hennes egne behov ikke blir møtt, vil hun etter hvert mislike de hun bryr seg om.

14) *Bifallende anerkjennelsesøkende*: Pasienten vil søke etter anerkjennelse og aksept fra andre, på en måte som går på bekostning av egne behov. Dette vil noen ganger resultere i et brennende ønske om å oppnå status, skjønnhet og sosial aksept, for å kunne oppnå anerkjennelse og beundring.

V) Overvåking og inhibering

Pasienten vil undertrykke spontane følelser og behov, og følger egne strenge regler og verdier. Pasienten kommer fra et familiemiljø der prestasjoner og perfektjonisme ble vektlagt, og det var vanlig å undertrykke emosjoner. Omsorgsgivere var kritiske, pessimistiske og moraliserende, samtidig som de satte krav til urimelige og høye standarder.

15) Negativitet/sårbarhet for (kontrollerbare) feil: Pasienten tenderer å alltid se de negative sidene av en sak, og ignorere de positive sidene. Hun er overbevist om at alt hun gjør til slutt vil gå galt, noe som medfører at hun er konstant bekymret og hyperaktivert.

16) Emosjonell hemming/overdreven kontroll: Pasienten vil alltid holde tilbake på egne emosjoner, da hun er overbevist om at det å uttrykke disse vil skade andre eller medføre følelser av skam eller tap av selververd. Dette involverer å undertrykke alle spontane følelser; sinne, glede, like fult som å diskutere problemer.

17) Ufravikelige normer/overdreven kritikk: Pasienten er overbevist om at hun aldri er bra nok, og at hun alltid må prøve hardere. Hun prøver å oppfylle unaturlige høye personlige standarder, i ønske om å unngå kritikk. Hun er kritisk både ovenfor seg selv og andre rundt henne. Dette resulterer i perfektjonisme og rigide regler.

18) Straffetendens: Pasienten mener at andre individer burde bli straffet for å gjøre feil. Hun er aggressiv og utålmodig og ikke i stand til å tilgi andre dersom de gjør feil.

Appendix B: Litteratursøket

Psycinfo 14.09.18: 209 artikler

1. "Borderline personality disorder" SH: Borderline personality disorder
2. schem*, SH: schema therapy, EMS
3. 1 AND 2

Language: English, *Time-span:* 1990-2018.

Medline 14.09.18: 106 artikler

1. "Borderline personality disorder" SH: Borderline personality disorder
2. schem*, EMS
3. 1 AND 2

Language: English, *Time-span:* 1990-2018.

Web Of Science 14.09.18: 192 artikler.

TOPIC: ((borderline personality disorder)) AND TOPIC: ((schem* OR EMS))

Refined by: LANGUAGE (english) AND DOCUMENT TYPE (article) AND WEB OF SCIENCE CATEGORIES (PSYCHIATRY OR PSYCHOLOGY APPLIED OR SUBSTANCE ABUSE OR PSYCHOLOGY CLINICAL OR PSYCHOLOGY MULTIDISCIPLINARY OR PSYCHOLOGY DEVELOPMENTAL OR PSYCHOLOGY OR PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH OR MEDICINE GENERAL INTERNAL OR BEHAVIOURAL SCIENCES OR MEDICINE RESEARCH EXPERIMENTAL OR PSYCHOLOGY EXPERIMENTAL OR PSYCHOLOGY SOCIAL OR HEALTH CARE SCIENCES SERVICES OR PSYCHOLOGY PSYCHOANALYSIS OR NEUROSCIENCES OR SOCIAL ISSUES OR FAMILY STUDIES OR SOCIAL WORK OR PHARMACOLOGY PHARMACY).

Avgrenset til tidsrom 1990-2018