

NORDISK MBT-KONFERANSE, BERGEN 2026

ULIKE PERSONLIGHETSVANSKER: - ULIK BEHANDLING - OG ULIKT UTFALL?

Kjetil Bremer

Phd-stipendiat/psykologspesialist

Oslo Universitetssykehus

BAKGRUNN

- Personlighetsforstyrrelser (PF) er vanlige i både allmennpraksis og spesialisthelsetjenesten (Winsper et al., 2020; Newton-Howes et al., 2010)
- PF medfører stor belastning for individ, relasjoner og samfunn (Laurensen et al., 2016; Soeteman et al., 2008)
- Psykoterapi er førstevalg i behandling (Emmelkamp & Meyerbroeker, 2025)
- Uklart hva som fungerer best for hvem
- Denne studien undersøker pasienter i manualiserte og ikke-manualiserte behandlinger i Nettverket

TREATPD-PROSJEKTET

- Et stort, longitudinelt, multisenterprosjekt: kvalitetsregisteret til norsk Nettverk for Personlighetsforstyrrelser (Pedersen et al., 2023)
- Hovedmål med TREATPD: Evaluere nytten av PF-behandling i spesialisthelsetjenesten (Nettverket)
- TREATPD (og tilgrensende prosjekter) dekker:
 - Personlighetsfungering (Kvarstein et al., 2023)
 - Mening i livet (Aghdami et al., 2025)
 - Alexitymi (Sayar et al., 2025)
 - Samfunnsøkonomiske kostnader (Sveen et al., 2023)
 - Ruslidelser og pf (Morken et al., in progress)
 - UvPF (Wilberg et al., 2023; Omvik et al., 2025; Dahl et al., in progress;)
 - Under Covid -19 (Zahl et al., 2023)

DIMENSJONAL FORSTÅELSE AV PF

- ICD-11 og DSM-5 AMPD: PF = svekket personlighetsfungering (PF) + maladaptive personlighetstrekk
- PF i DSM-5 AMPD: Selv-fungering: identitet og målrettethet. Interpersonlig fungering: Empati, og intimitet
 - God personlighetsfungering knyttet til fleksibel mestring, velvære og sunn psykososial fungering (Huber et al., 2017; Buer Christensen et al., 2020)
 - Svekket personlighetsfungering: økt risiko for rus, selv- og annen-skading, dissosiasjon og suicidalitet (Bach & Simonsen, 2021)
- Anbefaling: fremtidig PF-forskning bør inkludere dimensjonal tilnærming (Leichsenring et al., 2024)
- I denne studien: **Personlighetsfungering** hovedfokus og hovedutfallsmål

VARIASJON I PERSONLIGHETSPROBLEMER

- PF-tilstander spenner fra mildere problemer til komplekse tilfeller med mye komorbiditet
- Forskning har hovedsakelig fokusert på BPF (Emmelkamp & Mayerbroker, 2025)
- Kunnskap om behandling for andre PF er fortsatt begrenset (Reis et al., 2021)
- Spesialisert PF behandling spesielt nyttig for EuPF-pasienter med alvorlige tilstander? (Verheul & Herbrink, 2007; Bateman et al., 2021)
- MBT utviklet for BPF, senere tilpasset narsissistisk, antisosial og unnvikende PF (Bateman et al., 2023)
- I denne studien var MBT (EuPF-behandling) mest brukt som manualisert PF-behandling. De øvrige var DBT, SFT, MIT (ekskludert fra studie)

FORSKNINGSSPØRSMÅL

- Naturalistisk, longitudinelt design. Utforskende forskningsspørsmål:
 1. Hvordan skiller pasientene seg i MBT versus «non-manualized terapi» (NMT) ved oppstart av behandling?
 2. Er det forskjell i endring i personlighetsfungering i MBT vs NMT?
 3. Hvordan påvirker alvorlighetsgrad og type PF det longitudinelle forløpet av personlighetsfungering i MBT vs NMT?

TERAPEUTER OG TEAM

- Kartlegging (56 % svar): 72 % kvinner (Zahl et al., 2025)
- Tverrfaglige team: hovedsakelig psykologer, psykiatriske sykepleiere, psykiatere, sosionomer og leger i spesialisering
- Klinisk erfaring: <5 år (25 %), >20 år (22 %)
- Mest vanlig terapiutdanning:
 - psykodynamisk gruppeterapi (53 %)
 - MBT-gruppe (34 %), MBT-individuell (22 %)
 - «annen» (39 %)

ORGANISERING AV MBT

- Strukturert, manualisert rammeverk
- Kombinasjon av:
 - Psykoedukasjon
 - Individualterapi
 - Gruppeterapi
- Manualen spesifiserer:
 - Kasusformulering
 - Krisehåndtering
 - Teamarbeid
 - Regelmessig veiledning av terapeuter

MBT

- 59 % av pasientene mottok MBT (n=565)
- Basert på norske MBT-manualer (Karterud et al., 2011; 2023)
- Langtidsformat: 1–3 år (gj.sn. 24 mnd, SD 12)
- MBT etterlevelse: 42 videoer fra 10 enheter (kun skårer, ikke identifiserbare terapeuter/pasienter/enheter)
 - MBT-gruppe: 28 videoer, 9 enheter, gj.sn. skår 4,7 (SD 0,7)
 - MBT-individuell: 14 videoer, 2 enheter, gj.sn. skår 4,5 (SD 1,2)
- Skala 1–7; skår >4 indikerer tilstrekkelig samsvar med MBT-modellen

NMT

- 41 % av pasientene mottok NMT (n= 389)
- Inkluderte lokale varianter av individuelle og gruppebaserte behandlinger
- Gjennomsnittlig varighet: 21 mnd (SD 12)
- Dominerende tilnærming: psykodynamisk gruppeterapi (58 %)
- Mest brukt individualterapi: psykodynamisk terapi (30 %)
- 83 % av NMT-pasientene som hadde individuelle timer, deltok også i gruppe
- Ingen systematisk måling av terapeutisk etterlevelse i NMT

NMT n = 389	Fordeling i ulike behandling
Gruppeterapi	85 %
Psykodynamisk	58 %
Kunstterapi	4 %
Stabiliserende traumekurs	2 %
Kognitiv sosial angst	2 %
Fysisk trening	3 %
Kropporientert	8 %
«Ikke spesifisert»	8 %
Individualterapi	56 %
Psykodynamisk	30 %
Kognitiv	4 %
Støttende	6 %
Affektbevissthet	2 %
Eksponering for traume	1 %
«Ikke spesifisert»	13 %

STATISTISK METODE OG UTVALG

- Linear Mixed Model
- Data omfattet pasienter tatt inn og behandlet i Nettverket i perioden 2017–2024
- Inklusjonskriterier:
 - Baseline kartlegging av PF med SCID-5-PD
 - Registrert behandlingstype (MBT eller NMT)
 - Longitudinelle selvrappporter på Personlighetsfungering
 - LPFS-BF: $N = 942$
 - SIPP-SF: $N = 934$
- Utvalg: pasienter fra 16 behandlingseenheter

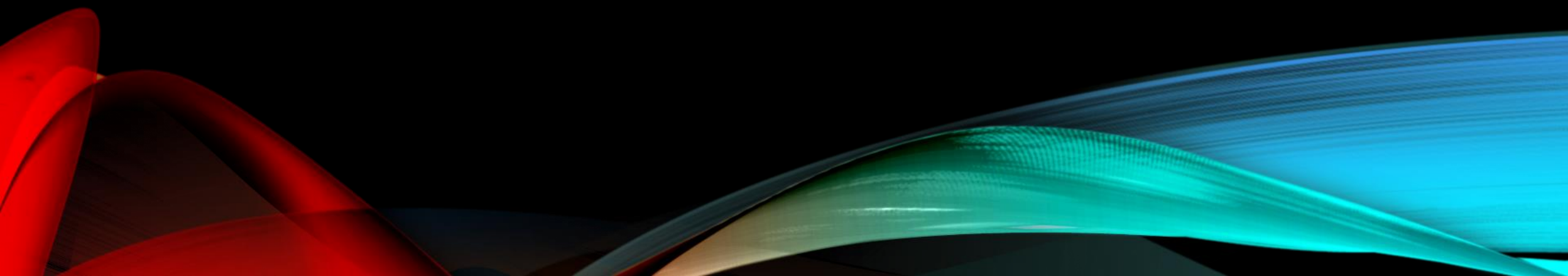
LPFS-BF 2.0

- **12-spørsmåls spørreskjema** som måler intrapsykiske og interpersonlige personlighetsproblemer i DSM-5 AMPD (Weekers et al., 2019)
- Pasientene vurderer i hvilken grad utsagnene passer nåværende tilstand:
 - «passer ikke», «passer litt», «passer ofte», «passer helt»
- Skåres på 4-punkts skala 0–3, sumskår 0–36
- LPFS-BF > 14 = klinisk relevant personlighetsdysfunksjon, sannsynlig PF

SIPP-SF

- Kortversjon (60 av 118 ledd) av SIPP-118 (Verheul et al., 2008)
- Fem domener:
 - *Selvkontroll*: tåle, bruke og regulere følelser og impulser
 - *Identitetsintegrasjon*: opplevelse av et sammenhengende, stabilt og målrettet selv
 - *Relasjonell kapasitet*: kunne bry seg om andre og føle seg ivaretatt, dele egne erfaringer og ta inn andres
 - *Sosial tilpasning (concordance)*: verdsette andres identitet, holde tilbake aggressivitet og samarbeide
 - *Ansvarlighet*: sette realistiske mål og nå dem i tråd med andres forventninger
- Pasientene vurderer i hvilken grad de er enige, med utgangspunkt i de siste tre månedene
 - 4-punkts Likert-skala: «helt uenig» (1) til «helt enig» (4)
- Klassifiseres som: «svært lav» < 30 «lav» 30–39 «middels» 40–59 «høy» 60–69 «svært høy» > 70

1: HVORDAN SKILLER PASIENTENE SEG I
MBT VS NMT VED OPPSTART?



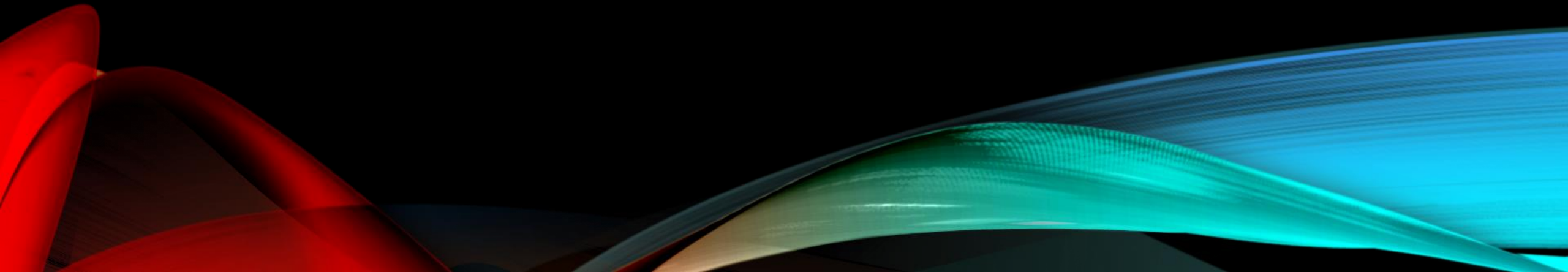
MBT:

Litt yngre, tidligere debut psykisk lidelse, flere tidligere innleggelser, mer selvskading og flere selvmordsforsøk, mer angst, og ruslidelse

Flere PF-kriterier, Mer PF: BPD, paranoid, narsissistisk, avhengig, færre UvPF

	MBT		NMT		Forskjell	
	Frekvens %	Gjensn.(St.a)	Frekvens %	Gjensn.(St.a)	p	H ²
Alder		29 (8.1)		30 (8.1)	0.005	0.009
Kvinne	79		75			
Tidligere poliklinisk behandling	81		81			
Tidligere innleggelse	38*		26			
Alder < 18 første behandlingskontakt	69*		61			
Emosjonelt ustabil PF	55*		16			
Unnvikende PF	38		45			
Schizoid PF	1		1			
Schizotyp PF	0.2		0.3			
Paranoid PF	10*		5			
Antisocial PF	3		1			
Narsissistisk PF	2*		0.3			
Histrionisk PF	1		0			
Avhengig PF	9*		4			
Tvangspreget PF	6		7			
NOS PD	11*		17			
Ingen PF diagnose	6*		19			
Totalt antall SCID - 5 PF kriterier		13.2 (6.2)		10.2 (6.0)	<0.001	0.09
LPFS-BF		20.7 (5.9)		18.1 (6.4)	<0.001	0.01
Selvskading, noen gang	76*		63			
Selvskading siste 6 mnd	46*		28			
Selvsmordsforsøk noen gang	49*		36			
Selvsmordsforsøk siste 6 mnd	16*		8			
Stemingslidelse	68		75			
PTSD/Dissosiativ lidelse	16		8			
OCD	6		4			
Annen angstlidelse	41*		30			
Ruslidelse	15*		4			
Spiseforstyrrelse	12		7			
ADHD	9		7			
Somatiseringslidelse	3		3			
Psykose /Autisme lidelse	1		1			
Antall symptomlidelser		1.4 (1.6)		1.0 (1.2)	<i>ns</i>	0.002
PHQ-9		19.1 (5.0)		17.6 (5.0)	<0.001	0.02
GAD-7		14.0 (4.4)		12.7 (4.5)	<0.001	0.02

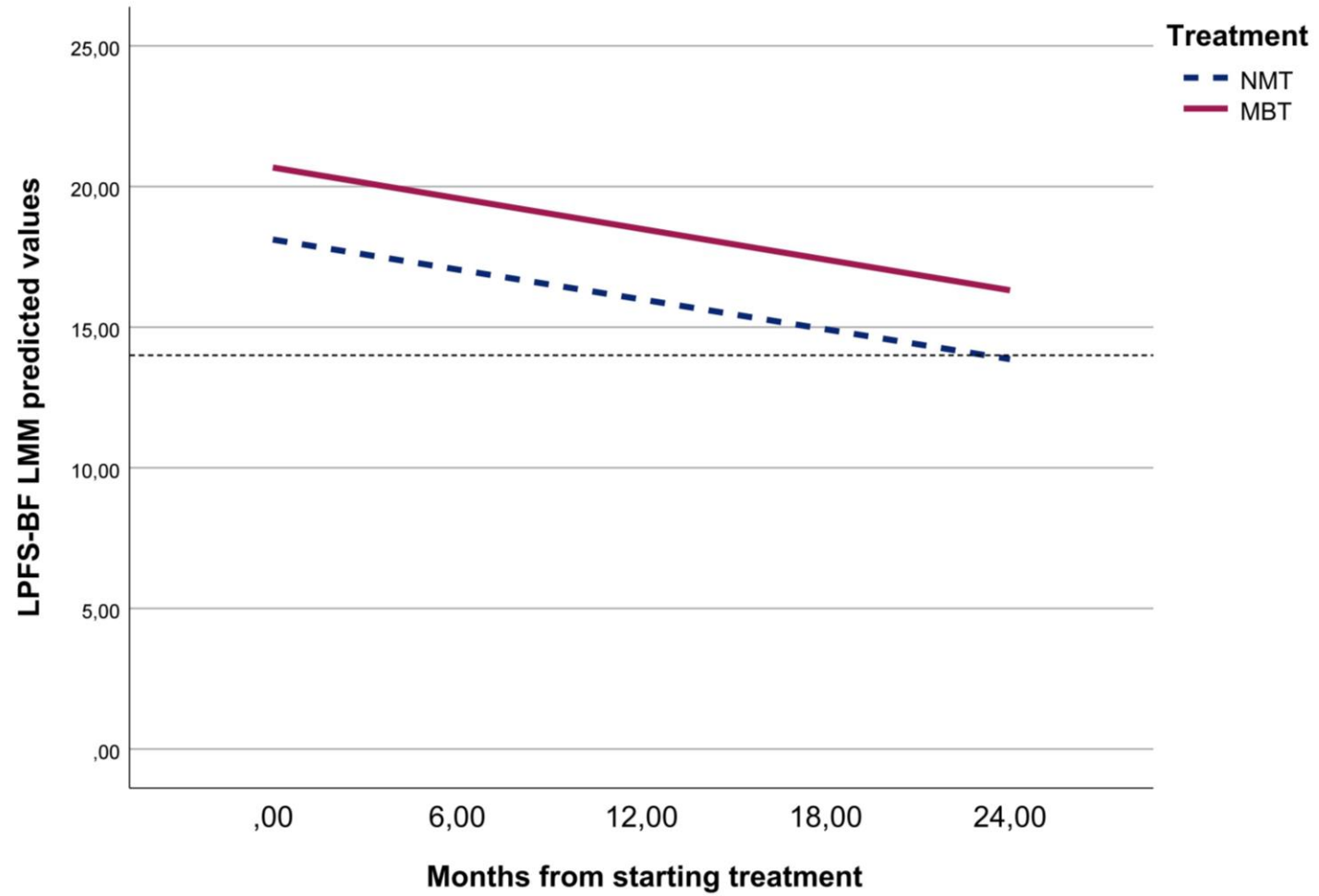
2: ER DET FORSKJELLIG ENDRING I
PERSONLIGHETSFUNGERING I
MBT VS NMT?



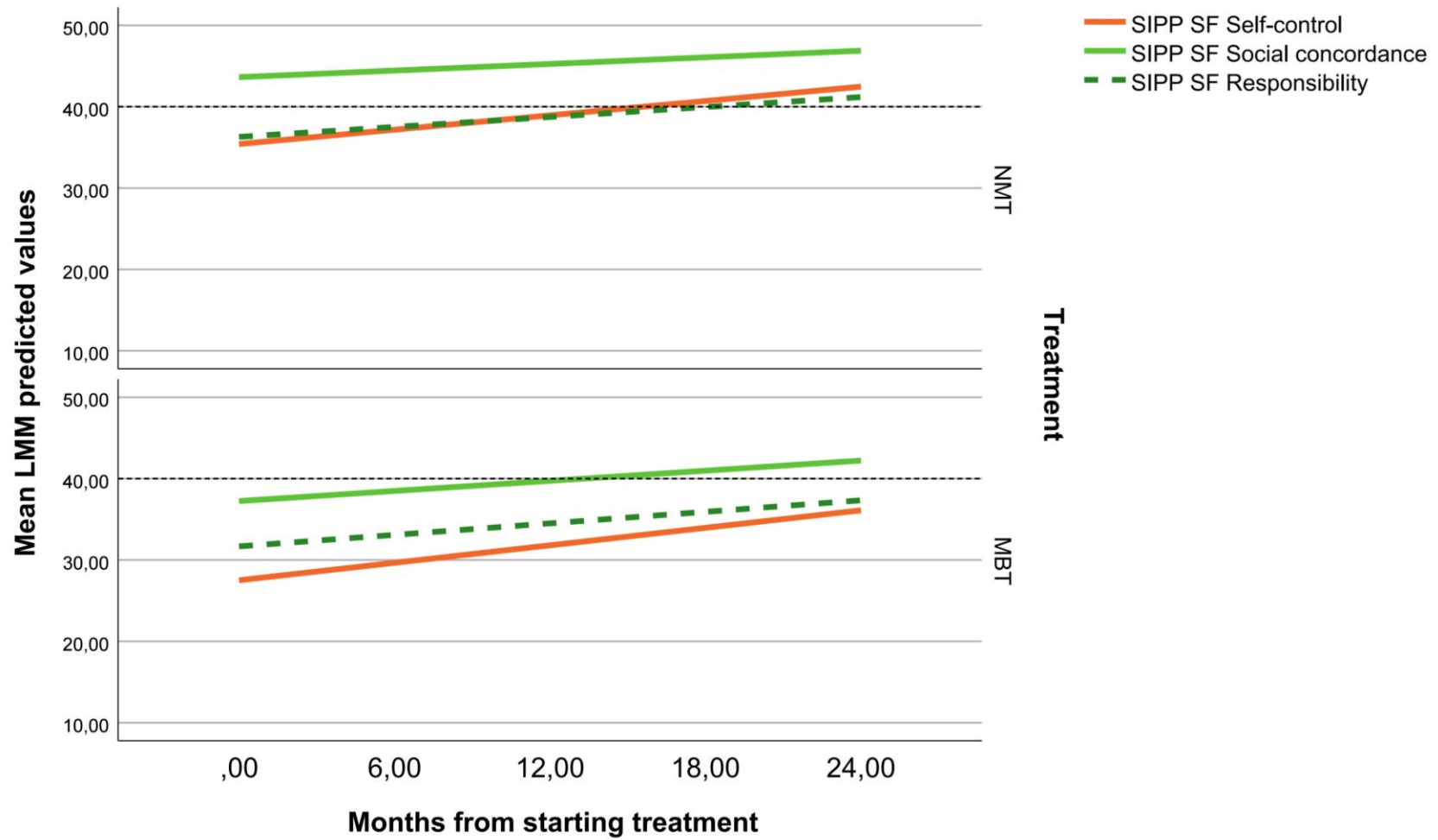
EFFEKTSTØRRELSER

- LPFS BF: **like (store)** effektstørrelser (MBT: $d=1,0$ NMT: $d=0,9$)
- SIPP-SF **like** effektstørrelser
 - *Selvkontroll*: MBT $d=0,8$ NMT $d=0,6$
 - *Sosial tilpasning*: MBT $d=0,4$ NMT $d=0,3$
 - *Ansvarlighet* MBT $d=0,5$ NMT $d=0,5$
- og **ulike** effektstørrelser
 - *Identitsintegrasjon* MBT $d=1,1$ NMT $d=1,5$
 - *Relasjonell kompetanse* MBT $d=0,4$ NMT $d=0,7$

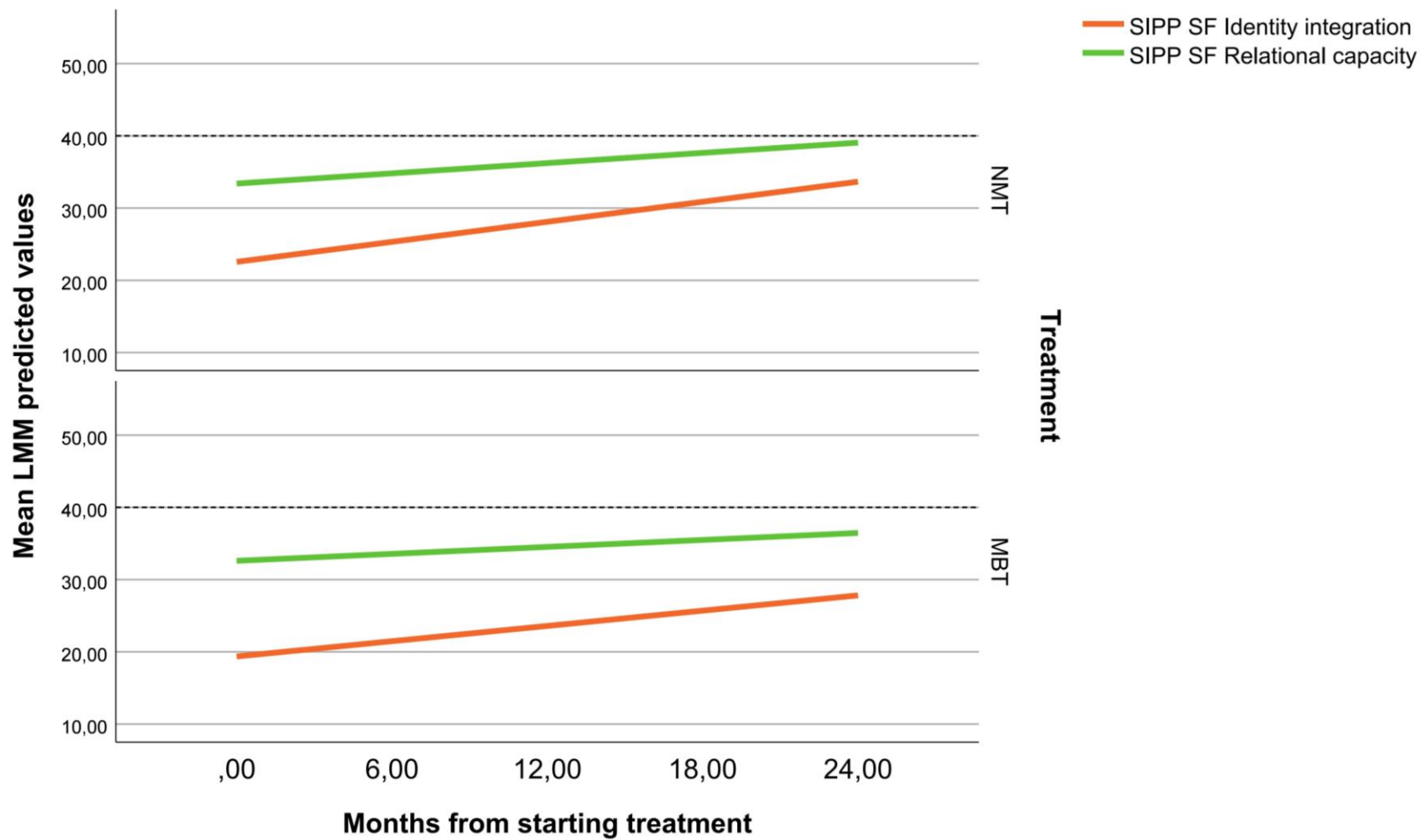
LPFS-BF



SIPP-SF



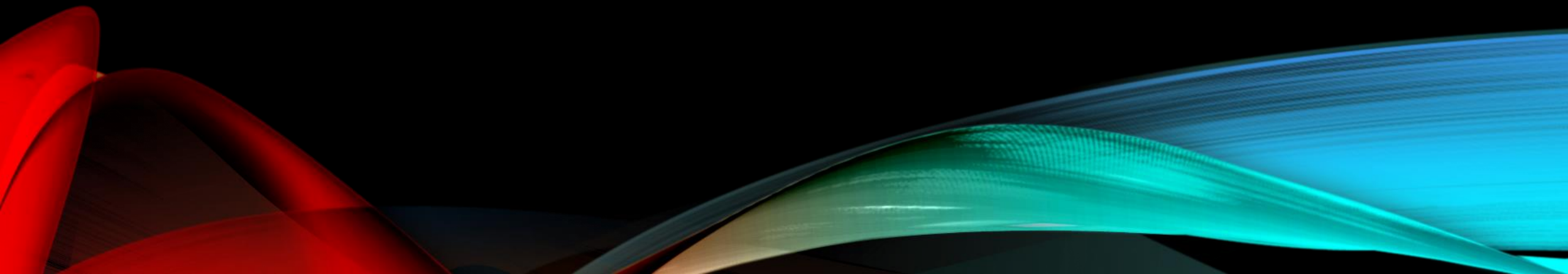
SIPP-SF



ØVRIGE UTFALL

- Reduksjon selvskaading : MBT= 49%, NMT =56 %
- Reduksjon selvmordsforsøk : MBT = 83%, NMT= 100%
- Angst (GAD-7): MBT $d= 0,7$. NMT $d= 0,8$
- Depresjon (PHQ-9): MBT $d= 1,3$. NMT $d= 1,7$
- - *ingen statistisk signifikant forskjell*
- Forskjell i SIPP SF *Relasjonell kompetanse* og *Identitsitegrasjon* *ikke signifikant* når kontrollert for behandlingstid

3: HVORDAN PÅVIRKER ALVORLIGHETSGRAD
OG TYPE PF FORLØPET AV
PERSONLIGHETSFUNGERING I MBT VS NMT?



NIVÅ AV PERSONLIGHETSFUNKTIONERING OG TYPE PF – ULIK BEDRING?

- LPFS BF:
 - Assosiert med Eupf og Uvpf samt Narsissistiske trekk
 - Mest bedring i LPFS PF: **Eupf generelt, i MBT spesielt**
 - **Uvpf i NMT**
- SIPP SF:
 - Eupf: **mest bedring i MBT** (*Selvkontroll, sosial tilpasning, Ansvarlighet*)
 - Npf:(trekk) **mest bedring i MBT** (*Sosial tilpasning*)
 - Uvpf: **/trekk mest bedring i NMT** (*Selvkontroll, Identitetsintegrasjon, Sosial tilpasning, Relasjonell kompetanse og Ansvarlighet*)

OPPSUMMERING

- Bredt og godt utviklet tilbud til pasienter med personlighetsproblemer i Nettverket i Norge
- Seleksjon til MBT vs NMT i tråd med personlighetsfungering og dels type pf
- Sammenlignbar og relativt god bedring i personlighetsfungering i begge grupper
- MBT ser ut til å fungere bedre for Eupf (dels Npf-trekk)
- NMT mulig bedre tilpasset Uvpf (flere utvikler ytterligere eget tilbud for UvPF i senere tid)
- Begrensninger: Naturalistisk, datasettet, flest (unge) kvinner, med spesifikke (EuPF & UvPF) personlighetsproblemer