

RAPPORT

2026

PARAPLYOVERSIKT

Effekt av enklere,
tilpassede psykoterapi-
modeller sammenliknet
med spesialiserte
modeller for behandling
av personlighets-
forstyrrelser

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte modeller for behandling av personlighetsforstyrrelser: en paraplyoversikt
English title	Effect of simpler, adapted psychotherapy models compared with specialized models in the treatment of personality disorders: an umbrella review
Ansvarlig	Guri Rørtveit, direktør
Forfattere	Sara Fernandez, prosjektleder, Ingeborg B. Lidal, Maria Fossli, Gunn E. Vist, Hong Lien Nguyen (bibliotekar)
ISBN	978-82-8406-544-1
Publikasjonstype	Paraplyoversikt
Antall sider	53 (71 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Emneord(MeSH)	Personality Disorder; Psychotherapy; Systematic Review
Sitering	Fernandez S, Lidal IB, Fossli M, Vist GE, Nguyen HL. Effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte modeller for behandling av personlighetsforstyrrelser: en paraplyoversikt. [Effect of simpler, adapted psychotherapy models compared with specialised models in the treatment of personality disorders: an umbrella review] –2025. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2025.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
FORKORTELSER	14
INNLEDNING	16
Bakgrunn	16
Beskrivelse av tiltaket	17
Begrepsavklaringer	19
Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?	21
Mål og problemstilling	21
METODE	22
Prosjektplan	22
Avvik fra prosjektplanen	22
Inklusjonskriterier	23
Litteratursøk	24
Utvelging av studier	25
Vurdering av metodisk kvalitet av systematiske oversikter	25
Uthenting av data	26
Analyser	26
Vurdering av tillit til resultatene	27
Andre vurderinger	28
RESULTATER	29
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier	29
Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene med relevante primærstudier (n=21)	30
Overlapp	33
Metodisk kvalitet av oversiktene (AMSTAR-2 vurderinger)	34
Beskrivelse av oversiktene av høy og moderat kvalitet (n=2)	35
Effekter av tiltak	35

DISKUSJON	40
Hovedfunn	40
Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelig?	41
Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?	41
Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten	42
Overensstemmelse med andre paraplyoversikter	42
Resultatenes betydning for praksis	43
Kunnskapshull	43
KONKLUSJON	44
REFERANSER	46
VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
VEDLEGG 2: BRUK AV MASKINLÆRING	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
VEDLEGG 3: BESKRIVELSE AV DE INKLUDERTE OVERSIKTENE UTEN RELEVANTE PRIMÆRSTUDIER (N=50)	64
VEDLEGG 4: RELEVANTE EKSKLUDERTE STUDIER LEST I FULLTEKST	70

Hovedbudskap

Personlighetsforstyrrelser behandles først og fremst med psykoterapi (samtaletterapi). Det finnes flere behandlingsmodeller, som skiller seg i grad av opplæring, struktur og ressursbehov, og som deles inn i enklere, tilrettelagte – og i mer spesialiserte psykoterapimodeller.

På oppdrag fra Helsedirektoratet utførte vi en paraplyoversikt (en oversikt over systematiske oversikter) om effekter av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personlighetsforstyrrelser.

Vi gjorde systematiske litteratursøk i seks databaser etter systematiske oversikter publisert 2015 til 2025. To prosjektmedarbeidere vurderte uavhengig av hverandre, tittel og sammendrag, og deretter utvalgte fulltekster opp mot våre forhåndsdefinerte inklusjonskriterier. Vi vurderte den metodiske kvaliteten på de nyeste relevante oversiktene med AMSTAR-2-sjekklisten.

Vi inkluderte 71 systematiske oversikter. Vi baserte oss på resultatene i oversikten som inkluderte flest relevante primærstudier som dekket vår problemstilling – og som er av høy metodisk kvalitet etter AMSTAR-2:

- Resultatene omfatter kun fire primærstudier.
- Utfallene var alvorlighetsgrad av tilstanden, symptombelastning, selvskading, selvmordsatferd, personlighetsfungering, livskvalitet, funksjonsnivå.
- Kunnskapsgrunnlaget er beheftet med metodiske svakheter som gjør at vi har lav eller svært lav tillit til resultatene.

Resultatene viser at det er uklart om de enklere, tilpassede psykoterapimodellene som er beskrevet i systematiske oversikter har en annen effekt enn spesialiserte behandlingsmodeller for behandling av personlighetsforstyrrelser.

Tittel:

Effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personer med personlighetsforstyrrelse: en paraplyoversikt

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Helsedirektoratet

Når ble litteratursøket avsluttet?

August, 2025

Fagfellevurdering:

Tiril C. Borge, forsker, FHI
Hege Kornør, daglig leder, Norsk senter for idrett og psykisk helse (NSIPH)

Godkjent av:

Hege Berg Henriksen, fung. avdelingsdirektør, FHI

Hilde Risstad, fagdirektør, FHI

Sammendrag

Innledning

Helsedirektoratet utarbeider nasjonal faglig retningslinje for oppdagelse, utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser. Til dette arbeidet er det viktig å vite effekten av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personer med personlighetsforstyrrelse. Psykoterapimodellene representerer ulike tilnærminger med forskjellig grad av opplæring, struktur og ressursbehov. Enklere, tilpassede psykoterapimodeller er f.eks. Structured Clinical Management. Spesialiserte psykoterapimodeller er f.eks. Dialectical Behavior Therapy, Schema-Focused Therapy eller Mentalisation-Based Therapy.

Hensikt

Hensikten var å bidra med et oppdatert kunnskapsgrunnlag som skal inngå i den nasjonale retningslinjen for behandling av personlighetsforstyrrelser. På oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomførte vi en paraplyoversikt over systematiske oversikter publisert mellom 2015 og 2025 som har undersøkt effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personer med personlighetsforstyrrelser.

Metode

Vi baserte oss på etablerte metoder for paraplyoversikter og har med noen unntak fulgt vår prosjektplan med forhåndsspesifiserte inklusjonskriterier. Relevante publikasjoner var systematiske oversikter publisert mellom 2015 og 2025 som evaluerte effekter av enklere og tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personlighetsforstyrrelse. Relevante utfall var alvorlighetsgrad av tilstanden, symptomer/symptombelastning, selvskading, selvmordstanker og atferd, personlighetsfungering og funksjonsnivå.

Vi utførte systematiske søk i august 2025 i MEDLINE (OVID), EMBASE (OVID) APA PsycINFO (OVID), Cochrane Library (Wiley), Epistemonikos og Web of Science (Clarivate). To prosjektmedarbeidere vurderte, uavhengig av hverandre, først tittel og sammendrag, og deretter fulltekst av publikasjoner inkludert på tittel- og sammendragsnivå. Vi leste også referanselister i relevante paraplyoversikter fra de siste fem årene som vi identifiserte i søket.

Oversiktene ble sortert etter hvor mange relevante inkluderte primærstudier de hadde, deretter ble de tre oversiktene med flest relevante studier vurdert for metodisk kvalitet

ved AMSTAR-2 sjekklisten. En av oversiktene ble vurdert til høy, en til moderat og en til kritisk lav metodisk kvalitet. Vi rapporterte resultatene fra oversikten med høy metodisk kvalitet. Det var også den med flest inkluderte studier som passet våre inklusjonskriterier.

For deler av dataauthenting benyttet vi KI-baserte verktøy. Alle data ble deretter manuelt kontrollert av en prosjektmedarbeider. Vi hentet ut informasjon slik dette fremkom i de systematiske oversiktene og presenterte dette deskriptivt i vår kunnskapsoppsummering. Vi hentet resultater fra den nyeste oversikten av høy metodisk kvalitet som dekket problemstillingen vår. Vi brukte de tilgjengelige GRADE vurderingene (tillit til resultatene) fra den ene oversikten for å angi tilliten til effektestimatene for to av sammenligningene. For den tredje sammenligningen brukte vi risk-of-bias vurderingene i oversikten da vi vurderte vår tillit til effektestimatet. Vi undersøkte overlapp av relevante primærstudier på tvers av alle de inkluderte oversiktene. Utover dette, foretok vi ingen egne analyser.

Resultater

Søketreffet ga 1575 unike referanser, og av disse inkluderte vi 71 systematiske oversikter i denne paraplyoversikten. Vi fant tre behandlingssammenligninger som passer vår PICO (populasjon, tiltak, sammenligningsbehandling, og utfall) og som var vurdert og oppsummert i en oversikt av høy metodisk kvalitet, publisert i 2024: Good Psychiatric Management (GPM) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT), STEPPS-programmet (Systems training for emotional predictability and problem solving) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT) og Structured Clinical Management (SCM) sammenlignet med Mentaliseringsbasert terapi (MBT).

Oppsummert om Good Psychiatric Management (GPM) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT):

- GPM, sammenlignet med DBT, gir muligens større symptomreduksjon for depresjon hos personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF).
- GPM gir muligens liten eller ingen forskjell sammenlignet med DBT i alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen, interpersonlig fungering, selvskading, selvmordsforsøk og symptombelastning.
- Det mangler dokumentasjon om effekt av GPM sammenlignet med DBT på livskvalitet, samt på forekomst av uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og frafall fra behandling grunnet uønskede hendelser.

Oppsummert om STEPPS-programmet (Systems training for emotional predictability and problem solving) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT):

- Det er usikkert om det er forskjell i effekt mellom STEPPS og DBT på alvorlighetsgraden av personlighetsforstyrrelsen, symptomer målt som depresjon og angst, dissosiasjon, selvmordsrisiko eller livskvalitet hos personer med EUPF.
- Det mangler dokumentasjon om effekt av STEPPS sammenlignet med DBT på selvskading, forekomst av uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og frafall fra behandling grunnet uønskede hendelser.

Oppsummert om Structured Clinical Management (SCM) sammenlignet med Mentaliseringsbasert terapi (MBT):

- Det er usikkert om det er forskjell i effekt mellom SCM og MBT på generell symptombelastning, symptomer målt som depresjon, alvorlig selvskading, selvmordsforsøk, personlighetsfungering, seks måneders periode uten selvmordsforsøk, eller alvorlig selvskading eller sykehusinnleggelse hos personer med EUPF.
- Det mangler dokumentasjon om effekt av SCM sammenlignet med MBT på alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen, symptomer målt som angst, livskvalitet, forekomst av uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og frafall fra behandling grunnet uønskede hendelser.

Diskusjon

Kunnskapsgrunnlaget er for svakt, med få og små primærstudier, og en betydelig heterogenitet i resultatene, til å konkludere om effekten av enklere, tilpassede psykoterapi-modeller som inngår i vår PICO er forskjellig fra de spesialiserte modellene for behandling av personlighetsforstyrrelser.

Vår hovedkonklusjon er derfor at det mangler god dokumentasjon på grunn av få større godt utførte randomiserte kontrollerte studier. For hvert tiltak som vurderes for behandling er det behov for flere gode studier for å kunne konkludere med høy eller moderat tillit til resultatene.

Kunnskapsgrunnlaget fra oppsummert forskning av høy metodisk kvalitet var sist oppdatert i 2022, basert på da litteratursøket var utført.

Konklusjon

Dokumentasjonsgrunnlaget er basert på små og få studier beheftet med metodiske svakheter som gjør at vi har lav eller svært lav tillit til resultatene. Det betyr at vi ikke vet hvilke effekter enklere, tilpassede psykoterapi-modeller har sammenlignet med spesialiserte modeller som vi har vurdert for behandling av personlighetsforstyrrelser.

Key messages

Personality disorders are primarily treated with psychotherapy (talk therapy). Various therapeutic models have been developed for this purpose, differing in specialisation, structure, and resource needs. They can be categorised into simpler, adapted psychotherapy models and more specialised psychotherapy models.

On commission from the Norwegian Directorate of Health, we conducted an umbrella review (a review of systematic reviews) on the effect of simpler, adapted psychotherapy models compared with specialised ones in the treatment of personality disorders.

We conducted systematic literature searches in six databases after systematic reviews published 2015 to 2025. Two project members independently assessed the titles and abstracts and subsequently selected full texts according to our predefined inclusion criteria. We evaluated the methodological quality of the most recent relevant reviews using the AMSTAR-2 checklist.

We included 71 systematic reviews, and based our results on the most relevant and recent one of high methodological quality according to AMSTAR-2:

- The results comprised only four primary studies.
- Outcomes included condition severity, symptom burden, self-harm, suicidal behaviour, personality functioning, quality of life and functioning level.
- The evidence base has methodological weaknesses, leading to low/very low confidence in the results.

The results show that we cannot draw clear conclusions as to whether simpler, adapted psychotherapy models as defined in in this umbrella review differ in effect from specialised psychotherapy models in the treatment of personality disorders.

Title:

Effect of simpler, adapted psychotherapy models compared with specialised models in the treatment of personality disorders: An umbrella review

Publisher:

The Norwegian Institute of Public Health conducted the review based on a commission from the Norwegian Directorate of Health

Updated:

Last search for studies: August 2025.

Peer review:

Tiril C. Borge, researcher, NIPH;
Hege Kornør, managing director, Norwegian Center for Sport and Mental Health (NSIPH)

Approved by:

Hege Berg Henriksen, Acting Department Director, NIPH;
Hilde Risstad, Specialist Director, NIPH

Executive summary (English)

Introduction

The Norwegian Directorate of Health is preparing national guidelines for the detection, assessment and treatment of personality disorders. For this work, it is important to understand the effect of simpler, adapted psychotherapy models compared with specialised psychotherapy models for the treatment of people with personality disorders. These psychotherapy models represent various approaches with varying degrees of specialisation, structure and resource requirements. Simpler, adapted psychotherapy models are, for example, Structured Clinical Management. Specialised psychotherapy models are, for example, Dialectical Behaviour Therapy, Schema-focused Therapy and Mentalisation-based therapy.

Objective

The purpose of this work was to contribute updated, high-quality research evidence to the evidence base that will inform the national guideline for the treatment of personality disorders. On commission by the Norwegian Directorate of Health, we conducted an umbrella review of systematic reviews published between 2015 and 2025 that investigated the effect of simpler, adapted psychotherapy models compared with specialised psychotherapy models for the treatment of people with personality disorders.

Method

We used established methods for umbrella reviews and followed our project plan, with a few changes, with pre-specified inclusion criteria. Relevant publications were systematic reviews published between 2015 and 2025 that evaluated the effects of simpler and adapted psychotherapy models compared with specialised psychotherapy models for the treatment of personality disorders. Relevant outcomes included severity of the condition, symptoms/symptom burden, self-harm, suicidal ideation and behaviour, personality functioning, and level of functioning.

We conducted systematic searches in August 2025 in MEDLINE (OVID), EMBASE (OVID) APA PsycINFO (OVID), Cochrane Library (Wiley), Epistemonikos, and Web of Science (Clarivate). Two of us independently screened the title and abstract, and then the full text of publications that were included at the title and abstract level. We also reviewed the reference lists of relevant umbrella reviews from the last five years identified in the search.

The included reviews were sorted by how many relevant studies they had included, then the three reviews with the highest number of relevant studies were assessed using the AMSTAR-2 checklist. One systematic review was assessed as having high methodological quality, one as moderate and one as critically low methodological quality. We report results from the systematic review with high methodological quality. That was also the one with the highest number of included studies.

For parts of the data extraction, we used AI-based tools. All extracted information was then manually checked by a project member. We extracted information as reported in the systematic reviews and have presented this descriptively in our report. Results were extracted from the most recent reviews of high methodological quality that covered our research question. We used the GRADE approach (confidence in the results) to assess our confidence in the effect estimates. We examined the overlap of relevant primary studies across all included reviews. Beyond this, we did not conduct any independent analyses.

Results

The search yielded 1575 unique references, of which we included 71 systematic reviews published from 2015 to 2025. None focused exclusively on comparing simpler, adapted psychotherapy models with specialised models for treating personality disorders. Nevertheless, 21 reviews contained at least one primary study that was relevant to our research question. Two of the three most recent systematic reviews, with search year 2022, were assessed to have high and moderate methodological quality and were used as a basis for evaluating the effect of the relevant interventions.

Summarised on Good Psychiatric Management (GPM) compared with Dialectical Behavior Therapy (DBT):

- GPM, compared with DBT, possibly results in a slightly greater symptom reduction for depression compared with DBT in people with BPD after 36 months.
- GPM possibly results in little or no difference compared with DBT in severity of BPD, interpersonal functioning, symptom distress, non-suicidal self-injuries or suicidal episodes.
- There is a lack of evidence on the effect of GPM compared with DBT on quality of life, as well as on the occurrence of adverse events, serious adverse events, and treatment dropout due to adverse events.

Summarised on STEPPS (Systems training for emotional predictability and problem solving) compared with Dialectical Behavior Therapy (DBT):

- It is uncertain if there is a difference in effect between STEPPS and DBT on the severity of BPD, symptoms of anxiety and depression, dissociation experiences, suicide risk or quality of life.
- There is a lack of evidence on the effect of STEPPS, compared with DBT, on self-injuries, adverse events, serious adverse events, or if participants withdrew due to adverse events.

Summarised on Structured Clinical Management (SCM) compared with Mentalization-Based Treatment (MBT):

- It is uncertain whether there is a difference in effect between SCM and MBT on overall symptom burden, symptoms of depression, severe self-harm, suicide attempts, personality functioning, a six-month period without suicide attempts, or severe self-harm or hospitalisations among people with BPD.
- There is a lack of evidence on the effect of SCM, compared with MBT, on severity of BPD, symptoms measured as anxiety, quality of life, adverse events, serious adverse events or if participants withdrew due to adverse events.

Discussion

The evidence base is too weak to draw conclusions about the effects of simpler, adapted psychotherapeutic models compared with specialised models for the treatment of personality disorders as included in our PICO. The available evidence consists of few and small primary studies, and there is substantial heterogeneity in the results.

Our main conclusion is therefore that there is a lack of robust evidence, largely due to the absence of larger, well-conducted randomized controlled trials. For each of the interventions assessed, additional high-quality studies are needed to draw conclusions with high or moderate confidence in the results.

The evidence base from high methodological quality systematic reviews was last updated in 2022, when the literature searches were conducted.

Conclusion

The evidence, based on a few small studies that have inherent methodological limitations, substantially reduces our confidence in the validity of the results. Consequently, the effects of simpler, adapted psychotherapy models compared with specialised models for the treatment of personality disorders, as they were specified in our inclusion criteria, remain uncertain.

Forord

Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i juni 2025 i oppdrag av Helsedirektoratet å utføre en paraplyoversikt (oversikt over systematiske oversikter) om effekten av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personer med personlighetsforstyrrelse. Kunnskapsoppsummeringen er relevant som del av dokumentasjonsgrunnlaget i nasjonal faglig retningslinje for oppdagelse, utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser og for andre interesserte.

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene. I denne rapporten har vi også gjenbrukt deler av formuleringer vi har brukt i den tilhørende prosjektplanen.

Bidragstydere

Prosjektleder: Sara Fernandez

Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: Ingeborg B. Lidal, Maria Fossli, Gunn E. Vist, og Hong Lien Nguyen (bibliotekar)

Takk til ekstern fagfelle, Hege Kornør, daglig leder, Norsk senter for idrett og psykisk helse (NSIPH), og intern fagfelle Tiril C. Borge som har gjennomgått og gitt innspill til kunnskapsoppsummeringen.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Hilde Risstad
Fagdirektør

Hege Berg Henriksen
Fung. avdelingsdirektør

Sara Fernandez
prosjektleder

Forkortelser

Tabell 1: Forkortelser brukt i rapporten

Forkortelser	Forklaring
ACT	Aksept- og forpliktelsesterapi (Acceptance and commitment therapy)
AT	Abandonment therapy (ikke et eget begrep på norsk)
EUPF	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
CB	Kognitiv atferd (Cognitive behavioural)
CBT	Kognitiv atferdsterapi (Cognitive behavioral therapy)
CCA	Corrected Covered Area; En metode/et program for å undersøke overlapp mellom studier
CFT	Medfølelsesfokusert terapi (Compassion focused therapy)
CTBE	Community Treatment by Experts (ikke et eget begrep på norsk)
DBT	Dialektisk atferdsterapi (Dialectical Behaviour Therapy)
DBT-A	Dialektisk atferdsterapi – ungdom (Dialectical Behaviour Therapy for Adolescents)
DBT PE	DBT- Prolonged Exposure (det finnes ikke et etablert norsk begrep for PE)
DBT-PTSD	DBT for post-traumatisk stresslidelse (DBT-Post-Traumatic Stress Disorder)
DBT-ST	DBT ferdighetstrening (DBT-skills training)
DDP	Dynamic deconstructive psychotherapy
DPS	Distriktspsykiatriske sentre
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision
GIT	Guideline Informed Treatment; Foreløpig finnes ikke et etablert uttrykk på norsk
GPM	Good Psychiatric Management; Foreløpig finnes ikke et etablert uttrykk på norsk
ICD-10	Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon (International Classification of Diseases, 10th Revision)
ICD-11	Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 11. revisjon (International Classification of Diseases, 11th Revision)
MACT	Manual-assisted cognitive therapy
MBCT	Mindfulness-based cognitive therapy
	MBSR: Mindfulness-based stress reduction
MBT	Mentaliseringsbasert terapi
MBT-A	Mentaliseringsbasert terapi for ungdom (MBT-adolescents)
MBTW	Mindfulness-baserte tiltak i tråd med tredje bølge av kognitiv adferdsterapie (Mindfulness-based and “third wave” interventions)
PF	Personlighetsforstyrrelse

PICO	P – Population (pasientgruppe eller problem), I – Intervention (tiltak eller behandling), C – Comparison (sammenligning, f.eks. annen behandling eller ingen behandling), O – Outcome (resultat eller effekt man ønsker å måle)
PTSD	Post-traumatisk stresslidelse (Post-Traumatic Stress Disorder)
RCT	Randomisert kontrollert studie (randomized controlled trial)
SCM	Structured clinical management
SFT	Skjematerapi (Schema-Focused Therapy)
STEPPS	STEPPS-programmet (Systems training for emotional predictability and problem solving)
TAU	Standardbehandling/vanlig behandling (treatment as usual)
TFT	Overføringsfokuset psykoterapi (Transference-Focused Therapy)

Innledning

Bakgrunn

Befolkningsstudier viser at personlighetsforstyrrelser forekommer hos omtrent 8 % av befolkningen globalt (1). Slike tilstander utvikles vanligvis i ungdomsårene, og kjenne- tegnes av vedvarende mønstre av tenkning, følelser og atferd som avviker fra kulturelle normer (2). Personlighetsforstyrrelser innebærer uhensiktsmessige personlighetstrekk som påvirker kognisjon, emosjoner, relasjoner og impuls kontroll, og kan dermed gi alvorlige konsekvenser for utdanning, arbeidsliv, familie og sosial fungering (2;3). Disse lidelsene er forbundet med betydelig lidelse, store problemer i daglig fungering, og økt risiko for selvmord og for tidlig død (4;5). Komorbiditet er vanlig: personlighetsforstyrrelser forekommer ofte sammen med andre psykiske lidelser, rusmiddelmisbruk og somatiske sykdommer, noe som ytterligere bidrar til sykdomsbyrden (4;6).

Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer – tiende revisjon (ICD-10) skiller på ulike typer personlighetsforstyrrelser (se tabell 2) (2), mens i ICD-11 er det fokus på alvorlighetsgrad, dvs. mild, moderat eller alvorlig, og hvilke personlighetstrekk som er dysfunksjonelle (7;8). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) forekommer hyppigst i kliniske settinger, og det har derfor vært større forskningsmessig fokus på denne diagnosen (6;9;10). EUPF kjenne- tegnes av ustabile relasjoner, affektreguleringsvansker, impulsivitet og gjentatt selvskading, og er forbundet med høy risiko for selvmordsforsøk og betydelig samsykelighet. Selv om symptomene kan vedvare i mange år, oppnår mange pasienter betydelig bedring over tid, særlig gjennom målrettet psykoterapi (11).

Tabell 2: Oversikt over typer personlighetsforstyrrelser etter klassifikasjonssystemene ICD-10, ICD-11 og DSM-5-TR.

ICD-10	ICD-11*	DSM-5-TR
F60 – Spesifikke personlighetsforstyrrelser (PF):	6D10 – Personlighetsforstyrrelse (generell)	Cluster A:
• F60.0 – Paranoid PF	• 6D10.0 – Mild PF	• 301.0 – Paranoid PF
• F60.1 – Schizoid PF	• 6D10.1 – Moderat PF	• 301.20 – Schizoid PF
• F60.2 – Dyssosial PF	• 6D10.2 – Alvorlig PF	• 301.22 – Schizotyp PF
• F60.3 – Emosjonelt ustabil PF (a. Impulsiv type, b. Borderline type)	6D10.Z – Alvorlighetsgrad uspesifisert	Cluster B:
• F60.4 – Histrionisk PF	6D11 Fremtredende personlighetstrekk eller mønstre	• 301.50 – Histrionisk PF
• F60.5 – Anankastisk (tvangspreget) PF	• 6D11.0 – Negativ affektivitet	• 301.7 – Antisosial PF
• F60.6 – Engstelig (unnvikende) PF	• 6D11.1 – Tilbaketrukket	• 301.83 – Borderline PF
• F60.7 – Avhengig PF	• 6D11.2 – Dyssosialitet	• 301.81 – Narsissistisk PF
• F60.8 – Annen spesifisert PF	• 6D11.3 – Disinhibisjon	Cluster C:
• F60.9 – Uspesifisert PF	• 6D11.4 – Anankastia	• 301.4 – Tvangspreget PF
F61 – Blandet og andre PF	• 6D11.5 – Borderline	• 301.6 – Avhengig PF
		• 301.82 – Unnvikende PF
		301.89 – Annen spesifisert PF
		301.9 – Uspesifisert PF

* ICD-11 er foreløpig ikke oversatt til norsk. Den norske teksten i tabellen er basert på oversettelse gjort av prosjektgruppen.

Beskrivelse av tiltaket

Personlighetsforstyrrelser behandles først og fremst med psykoterapi (samtaletterapi, (9)). Medikamentell behandling kan være aktuelt for enkelte tilleggssymptomer eller komorbide tilstander, men dette regnes ikke som primærbehandling. Psykoterapi har fokus på de underliggende problemene knyttet til personlighetsfungering, relasjoner og mestring, og omfatter psykopedagogiske tiltak og tilpasset psykoterapi med sikte på å håndtere følelser og endre tanke- og atferdsmønstre (12;13). Det meste av forskningen på psykoterapi for personlighetsforstyrrelser er gjennomført på pasienter med EUPF, og kunnskapsgrunnlaget er derfor mest omfattende for denne gruppen (9;14).

Det er utviklet flere psykoterapeutiske behandlingsmodeller for personlighetsforstyrrelser som skiller seg i grad av opplæring, struktur og ressursbehov, og som deles inn i enklere, tilpassede modeller og mer spesialiserte psykoterapimodeller (se tabell 3 og tabell 4).

Terapien i de enklere, tilpassede behandlingsmodellene er strukturert og fokusert, det vil si at den har tydelige og forutsigbare rammer, og behandlingen rettes mot pasientens mest sentrale utfordringer. Disse modellene kombinerer individualterapi, psykoedukasjon og praktisk støtte for å fremme selvstendighet og stabilitet. Varigheten tilpasses individuelt og varierer vanligvis fra 6 måneder til 1,5 år. De fleste av disse modellene følger en manual som gir rammer for struktur, arbeidsmåter og verktøy i terapien.

De kan implementeres uten krav om omfattende opplæring og med mindre ressursbruk enn de spesialiserte psykoterapimetodene (9). Eksempler på slike modeller er *Guideline Informed Treatment (GIT)*, *Good Psychiatric Management (GPM)*, *Structured Clinical Management (SCM)* og *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS; STEPPS-programmet)*. Disse modellene bygger på noen felles prinsipper, som psykoedukasjon, og strukturert og fokusert terapi, men er forankret i ulike teorier (9).

Spesialiserte behandlingsmodeller karakteriseres ved at de er godt strukturert og forutsigbare, kombinerer gruppekurs (psykoedukasjon), individuelle samtaler og gruppebehandling, hvor behandlere arbeider i team. Pasienten støttes i individuelle mål, inkludert det å ta kontroll over eget liv og til å forstå sammenhenger mellom følelser, tanker, hendelser og atferd. Med disse modellene kan det være aktuelt med behandling over en periode på 1–3 år. Disse behandlingsmodellene ble utviklet for EUPF, men har etterhvert blitt tilpasset for å hjelpe personer med andre typer personlighetsforstyrrelser, hvor de har vist gode effekter (15–17). Eksempler på slike spesialiserte behandlingsmodeller er Transference-Focused Therapy (TFT; Overføringsfokusert terapi), Schema-Focused Therapy (SFT; Skjemafokusert terapi), Dialectical Behavior Therapy (DBT; Dialektisk atferdsterapi) og Mentalisation-Based Treatment (MBT; Mentaliseringsbasert terapi). Disse terapiene bygger på ulike teoretiske tradisjoner. DBT og SFT bygger på kognitiv atferdsterapi mens MBT og TFT bygger på psykodynamiske tilnærminger (9).

De enklere modellene har altså kortere varighet og er mindre ressurskrevende for helsetjenesten, og kan implementeres i vanlige behandlingssettinger. De spesialiserte modellene er langt mer omfattende, da de krever spesialisert opplæring av fagpersoner, et tett organisert team og tilbys over lengre tid (9).

I Norge tilbys behandling av personlighetsforstyrrelser hovedsakelig ved distriktpsyrkiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). De mest utbredte behandlingsmetodene er DBT og MBT (spesialiserte), men enkelte steder tilbys også SFT (spesialiserte) samt STEPPS og STAIRWAYS (enklere). Dersom de enklere, tilpassede behandlingsmodellene viser seg å være effektive for behandling av personlighetsforstyrrelser, kan de utgjøre et godt alternativ til de mer ressurskrevende modellene som DBT og MBT.

Ved valg av tilnærming, er det viktig å identifisere hvilken behandling for personlighetsforstyrrelser som er best egnet for den enkelte pasient, altså den som mest effektivt reduserer lidelse og bedrer livskvalitet og funksjon. I denne kunnskapsoppsummeringen skal vi undersøke hvilken effekt enklere psykoterapimodeller har sammenlignet med spesialiserte behandlingsmodeller, slik det er rapportert i systematiske oversikter.

Begrepsavklaringer

I tabell 3 nedenfor, har vi redegjort for forskjeller mellom enklere, tilpassede- og spesialiserte psykoterapimodeller. Inndelingen er gjort av prosjektgruppen for å illustrere forskjeller i varighet, opplæring og ressursbruk. Kategoriene er ikke formelt definert og kan overlappe. I tabell 4 har vi beskrevet sentrale begreper som er benyttet i rapporten.

Tabell 3: Forskjeller mellom enklere, tilpassede og spesialiserte psykoterapimodeller.

Modellkategori	Varighet og intensitet	Opplæring og kompetanse	Ressursbruk og organisering	Eksempler
Enklere, tilpassede modeller	6-18 måneder, ukentlig individualterapi, ev. gruppe	Kortere opplæring, kan brukes av klinikere etter kortere opplæring i modellen, veiledning anbefales	Lav-moderat ressursbruk; strukturert behandling med fokus på stabilisering og mestring	GIT, GPM, SCM, STEPPS og STAIRWAYS
Spesialiserte modeller	1-3 år, ukentlig individuell og gruppebasert behandling	Omfattende, modellspesifikk opplæring og jevnlig veiledning i team	Høy ressursbruk; flerkomponenttilnærming med tett oppfølging og teamorganisering	DBT, MBT, SFT, TFT

Tabell 4: Beskrivelse av begreper brukt i rapporten.

Begrep	Beskrivelse
Manualbasert psykoterapi	Psykoterapier som følger en tydelig manual. Manualen beskriver hvordan terapien skal gjennomføres, og gir et rammeverk for å forstå pasientens vansker, strukturere terapiforløpet og arbeidsmåter for å f.eks. fastholde fokus i behandlingen.
Strukturert og fokusert psykoterapi	Strukturert terapi innebærer forutsigbare rammer for tid, sted, evaluering og rollefordeling mellom pasient og terapeut. Fokusert betyr at behandlingen holder oppmerksomheten rettet mot pasientens viktigste utfordringer i personlighetsfungeringen.
Enklere, tilpassede behandlingsmodeller	Manualbaserte eller strukturerte tilrettelagte terapier utviklet i tråd med retningslinjer og psykoedukative prinsipper. De er mindre ressurskrevende enn spesialiserte terapier, kan tilbys i ordinær behandling uten omfattende opp-

	læring, og har forutsigbare rammer med fokus på pasientens hovedutfordringer. De bygger på kunnskap om virksomme fellesfaktorer identifisert i de spesialiserte behandlingsmodellene, og på teningslinjer der de er utviklet. Eksempler er GIT, GPM, SCM og STEPPS.
Spesialiserte behandlingsmodeller	Manualbaserte og ressurskrevende psykoterapier utviklet spesielt for behandling av personlighetsforstyrrelser, særlig emosjonelt ustabil PF. De krever spesialisert opplæring, tett teamorganisering og langvarig oppfølging. Modellene bygger på tydelige teoretiske rammeverk og har omfattende struktur for både individuelle og gruppebaserte intervensjoner. Målet er å bedre symptomer, fungering og livskvalitet gjennom endring av grunnleggende mønstre i personlighetsfungeringen. Eksempler er DBT, MBT, SFT og TFT.
Guideline Informed Treatment (GIT)	GIT er basert på kliniske retningslinjer for behandling av PF i Nederland, og bygger på elementer fra DBT, MBT, og SFT. Metoden inneholder strukturert oppfølging og psykoedukasjon. GIT er ikke en spesifikk manualbasert metode, og er utviklet for å være enkel å implementere og krever kortere opplæring.
Good Psychiatric Management (GPM)	Manualbasert, strukturert metode for individuell behandling basert på APA retningslinjene for personer med EUPF. Metoden krever kortere opplæring og er lettere å tilrettelegge for den enkelte pasient. GPM legger vekt på livet utenfor terapi og mellommenneskelig sensitivitet, gjennom psykoedukasjon, strukturert støtte og tydelig rammesetting. Den har foreløpig ikke tilgjengelige manualer og opplæring på norsk.
Structured Clinical Management (SCM)	Manualbasert, strukturert metode for individuell behandling basert på NICE retningslinjene for personlighetsforstyrrelser. Metoden krever kortere opplæring og er lettere å tilrettelegge for den enkelte pasient. SCM fokuserer symptomreduksjon og sosialt samspill ved å vektlegge forutsigbare rammer, teamarbeid, støttefunksjoner og krisehåndtering. Selv om SCM har mange likhetstrekk med GPM, deler den også sentrale elementer med MBT, ved bruk av psykodynamiske tilnærminger. Den har foreløpig ikke tilgjengelige manualer og opplæring på norsk.
STEPPS (og STAIRWAYS)	Manualbasert, gruppebasert program med psykoedukasjon og ferdighetstrening i emosjonsregulering og problemløsning. Metoden bygger på elementer fra kognitiv atferdsterapi og systemterapi (involvering av støttepersoner). STAIRWAYS brukes som oppfølgingsprogram etter STEPPS.
Dialectical Behavior Therapy (DBT)	Spesialisert behandling for EUPF. Kombinerer kognitiv atferdsterapi med ferdighetstrening i mindfulness, emosjonsregulering og krisehåndtering.

Mentalisation-Based Treatment (MBT)	Spesialisert, integrativ behandling utviklet for EUPF. MBT kombinerer psykodynamiske, kognitive og systemiske tilnærminger og har som mål å styrke mentaliseringsevnen – til å forstå egne og andres handlinger som uttrykk for tanker og følelser.
Schema-Focused Therapy (SFT)	Spesialisert, integrativ kognitiv terapi som retter seg mot tidlige, uhensiktsmessige tankemønstre («skjemaer») utviklet i oppveksten.
Transference-Focused Therapy (TFT)	Spesialisert, psykodynamisk behandling som legger vekt på pasient–terapeut-relasjonen for å utforske og endre indre relasjonsmønstre.

Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?

Helsedirektoratet er i prosess med å utarbeide nasjonal faglig retningslinje for oppdagelse, utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser. I forbindelse med dette arbeidet er det viktig å vite effekten av enklere, tilpassede modeller sammenlignet med spesialiserte modeller for behandling av personer med personlighetsforstyrrelser. Dette er særlig relevant ettersom de enklere modellene ofte er mindre ressurskrevende og antas å være lettere å implementere i praksis. Denne paraplyoversikten skal derfor bidra som del av dokumentasjonsgrunnlaget til den aktuelle delen av retningslinjen. Etter det vi kjenner til, finnes det ingen tidligere paraplyoversikter om dette temaet.

Mål og problemstilling

Hensikten med denne paraplyoversikten er å systematisk oppsummere og vurdere tilgjengelig forskning (systematiske oversikter) om effekten av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenlignet med spesialiserte modeller, for å bidra til et oppdatert kunnskapsgrunnlag for behandling av personer med personlighetsforstyrrelser.

Problemstilling:

Hva er effekter av behandling med enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenlignet med spesialiserte psykoterapimodeller på pasientutfall hos personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser?

Metode

Vi gjennomførte en paraplyoversikt i tråd med etablerte metoder for systematiske oversikter, inkludert Folkehelseinstituttets metodehåndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (18) og Cochrane Handbook (19). Vi utførte systematiske søk i seks internasjonale databaser frem til august 2025.

Prosjektplan

Paraplyoversikten er gjennomført i tråd med den fagfellevurderte prosjektplanen med forhåndsspesifiserte inklusjons- og eksklusjonskriterier (20). Avvik fra prosjektplanen er beskrevet under. Prosjektplanen ble utarbeidet i tråd med oppdragsgivers bestilling. Vi avklarte prosjektplanen med oppdragsgiver, Helsedirektoratet, før vi utførte den systematiske kunnskapsoppsummeringen. Vi har gjenbrukt ordlyd og beskrivelser fra prosjektplanen i rapporten der det passet.

Avvik fra prosjektplanen

I prosjektplanen står det at vi skal ekskludere systematiske oversikter som oppfyller PICO, men som er av lav eller kritisk lav metodisk kvalitet. For å kunne ha oppfylt dette måtte vi ha vurdert alle de 71 systematiske oversiktene som oppfylte PICO med AMSTAR-2 sjekklisten, men tidsrammen for oppdraget gjorde dette ikke mulig. Derfor utførte vi kun AMSTAR-2 vurdering av de tre systematiske oversiktene som inneholdt flest relevante primærstudier. Mer om metodisk kvalitetsvurdering nedenfor.

Vi valgte å vise overlapp av relevante primærstudier på tvers av de inkluderte systematiske oversiktene i én samlet figur, samt å gjøre én samlet overlappberegning, i stedet for å sortere etter PICO (populasjon, intervensjon, sammenligning og utfall) slik det var beskrevet i prosjektplanen. Dette ble gjort fordi det var få relevante primærstudier, og en samlet framstilling gjør det lettere å identifisere overlapp.

KI-baserte verktøy ble brukt til dataauthenting for å kartlegge oversiktene som inkluderte relevante primærstudier (informasjonen som er presentert i tabell 5), og ikke for de øvrige delene av rapporten slik det opprinnelig var planlagt. Dette avviket skyldes lisensbegrensninger.

I prosjektplanen ble det også spesifisert at vi, dersom tidsrammen tillot det, skulle inkludere systematiske oversikter som sammenligner tiltakene med standardbehandling

(«treatment as usual», TAU) publisert etter 2020. På grunn av tidsrammen i prosjektet ble dette ikke gjennomført.

Inklusjonskriterier

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	Personer med personlighetsforstyrrelse uansett alder og alvorlighetsgrad (se oversikt over typer personlighetsforstyrrelser i tabell 2). Hvis oversiktene inkluderte barn/ungdom (<18 år), skulle dette rapporteres særskilt dersom det var oppgitt.
Intervensjon*	<u>Enklere, tilpassede behandlingsmodeller:</u> Guideline Informed Treatment (GIT) Good Psychiatric Management (GPM) Structured Clinical Management (SCM) Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS (og STAIRWAYS))
Sammenligning*	<u>Spesialiserte behandlingsmodeller:</u> Transference-focused therapy (TFT) Schema-focused Therapy (SFT) Dialectical Behavior Therapy (DBT) Mentalisation-based Treatment (MBT)
Utfall	Vi rapporterte utfallene slik de er rapportert i de systematiske oversiktene med de målemetoder som var oppgitt der. Følgende utfall ble inkludert: • Alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen • Personlighetsfungering: a. Selvfungering (identitet, selvstyring) og b. Interpersonlig fungering (empati, intimitet/nærhet) • Symptombelastning • Selvskading • Selvmordsforsøk • Livskvalitet • Funksjonsnivå (egenomsorg, sosialt, arbeid, fritidsaktiviteter)
Studiedesign	Systematiske oversikter over effekt av tiltak med eller uten meta-analyse. Krav til de systematiske oversiktene var: søk i minst to databaser, klare inklusjons- og eksklusjonskriterier og vurdering av metodisk kvalitet (risiko for systematiske skjevheter) av de inkluderte studiene.
Publikasjonsår	2015 til søkedato i august 2025
Land/Kontekst	Oversikter med inklusjonskriterier som tilsier at studier fra høyinntektsland slik som Norge ville ha blitt inkludert dersom de ble funnet
Språk	Engelsk, norsk, svensk og dansk.

Annet	På grunn av tidsrammen på oppdraget vårt, inkluderte vi kun systematiske oversikter publisert i fagfellelvurderte tidsskrift.
--------------	---

*Se tabell 1 for forkortelser, og begrepsavklaringer i tabell 3

De fleste av utfallene som vi inkluderte (symptombelastning, selvskading, selvmordsforsøk, livskvalitet og funksjonsnivå) samsvarer med de som pasienter og klinikere har identifisert som særlig viktige i en internasjonal konsensusprosess (24).

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte følgende typer publikasjoner:

- Primærstudier.
- Oversikter som ikke tilfredsstiller krav nevnt under studiedesign i inklusjonskriteriene over og andre typer kunnskapsoppsummeringer som paraplyoversikter.
- Grå litteratur, inkludert doktorgradsavhandlinger, masteroppgaver og rapporter.
- Systematiske oversikter der resultater for personlighetsforstyrrelser ikke er oppgitt separat eller der personlighetsforstyrrelser utgjør <80 % av totalpopulasjonen det oppgis resultater for.
- Oversikter som kun omfatter studier fra lav- og mellominntektsland på grunn av begrenset overførbarhet til norsk kontekst.

Vi rapporterte ikke fra systematiske oversikter som vi vurderte til å ha lav eller kritisk lav metodisk kvalitet vurdert med AMSTAR-2 sjekklisten. Vi valgte likevel å la slike stå som inkluderte systematiske oversikter. Se beskrevet avvik fra prosjektplanen over.

Litteratursøk

Søk i databaser

Bibliotekar HLN utarbeidet en søkestrategi (vedlegg 1) i samarbeid med prosjektgruppen og utførte søkene. Bibliotekar Ingvild Kirkehei fagfellelvurderte søkestrategien. Søket ble avsluttet i august 2025 og inkluderte søk i følgende databaser:

1. MEDLINE (OVID)
2. EMBASE (OVID)
3. APA PsycINFO (OVID)
4. Cochrane Library (Wiley)
5. Epistemonikos
6. Web of Science (Clarivate)

Søket bestod av emneord og tekstord som gjenspeilet inklusjonskriteriene, slik som ulike typer personlighetsforstyrrelser (borderline, m.m.) og relevante intervensjoner (STEPPS, GPM m.m.). Det ble avgrenset til kun kunnskapsoppsummeringer. I tillegg, ble søket avgrenset på tidsperiode fra 2015 og nyere (til søkedato). Vi brukte referansehåndteringsprogrammet EndNote for fjerning av dubletter.

Søk i andre kilder

Siden vi ikke inkluderte grå litteratur, søkte vi heller ikke i andre kilder. En medarbeider (GEV) gjennomgikk imidlertid referanselistene til nyere (siste fem år) og mulige relevante paraplyoversikter for å sjekke om det fantes systematiske oversikter som vi ikke hadde fanget opp i litteratursøket vårt.

Utvelging av studier

To av oss vurderte referansene fra søket uavhengig av hverandre opp mot inklusjonskriteriene i to trinn: først basert på tittel og sammendrag, og deretter fulltekstversjonene av publikasjoner inkludert på tittel- og sammendragnivå. Vi inkluderte systematiske oversikter med inklusjonskriterier som omfattet eller overlappet med vår PICO. Denne strategien ble benyttet for å maksimere sannsynligheten for å fange opp mulige relevante oversikter, selv når oversiktene belyste et bredere eller delvis overlappende forskningsspørsmål.

Ved vurdering av referansenes tittel og sammendrag, piloterte vi et tilfeldig utvalg av 80 referanser som hele teamet gjennomgikk sammen. Dette ga oss en felles forståelse av inklusjonskriteriene. Deretter gikk vi over til *priority screening* i EPPI-Reviewer, der en maskinlæringsmodell rangerte de resterende referansene slik at de mest relevante ble presentert først. To prosjektmedarbeidere (GEV, IBL, MF, HLN eller SF) vurderte uavhengig av hverandre alle referansene (dobbel-screening; se vedlegg 2).

Deretter hentet vi de referansene som var inkludert på tittel og sammendragnivå i fulltekst. To av oss (IBL, MF, HLN eller SF) vurderte uavhengig av hverandre fulltekstene opp mot inklusjonskriteriene (dobbel-screening). Uenighet om vurderingene av titler/sammendrag og fulltekster ble løst ved diskusjon. På dette stadiet valgte vi å inkludere alle systematiske oversikter som potensielt kunne dekke vår PICO, også dersom de ikke inneholdt relevante primærstudier.

Vurdering av metodisk kvalitet av systematiske oversikter

Først sorterte vi de inkluderte systematiske oversiktene etter hvilken sammenligning (PICO) de omhandlet. Nærmere bestemt prioriterte vi de som sammenliknet tiltaket med en aktiv kontrollgruppe eller annen type psykoterapi siden oppdraget ikke var å vektlegge sammenlikning med standardbehandling. Deretter gjennomgikk vi de prioriterte oversiktene for å identifisere hvorvidt de inkluderte primærstudier med sammenlikninger som var relevante for vår problemstilling. De prioriterte systematiske oversiktene med relevante primærstudier ble listet i rekkefølge etter dato for litteratursøket slik at den nyeste ble presentert øverst.

Vi vurderte den metodiske kvaliteten i de prioriterte systematiske oversiktene ved hjelp av AMSTAR-2-sjekklisten (21). To medarbeidere gjorde vurderingene uavhengig av hverandre og sammenliknet i ettertid. Vi begynte med oversikten som hadde det

mest oppdaterte litteratursøket og som inneholdt flest primærstudier, og fortsatte bakover kronologisk inntil vi vurderte en til å være av høy eller moderat metodisk kvalitet.

Uthenting av data

Vi hentet ut data for å beskrive alle de inkluderte systematiske oversiktene med tanke på referanse, søkeår, studiepopulasjon, tiltak, kontroll og primære utfallsmål. Dette ble gjort manuelt av én prosjektmedarbeider og kontrollert av en annen for de oversiktene som inkluderte relevante primærstudier. For «tomme» oversikter, det vil si systematiske oversikter som ikke inkluderte relevante primærstudier for vår problemstilling, hentet én prosjektmedarbeider ut data.

Til den mer omfattende datauthenting fra de systematiske oversiktene som inkluderte relevante primærstudier (tabell 5), benyttet SF og HLN det KI-baserte verktøyet *Elicit* (22). All ekstrahert informasjon ble deretter manuelt kontrollert av en annen prosjektmedarbeider for å validere innholdet og sikre konsistens på tvers av studiene. Vi hentet ut følgende data:

- Bibliografiske opplysninger for den systematiske oversikten: publikasjonsår, navn på første forfatter, dato for siste litteratursøk, referanseliste over primærstudiene.
- Populasjonskarakteristika: alder, diagnose(r), og evt. annen relevant informasjon (som klinisk populasjon, personer i institusjoner).
- Tiltak og sammenligninger: informasjon om tiltak og sammenligning.
- Utfallsmål: informasjon om de forhåndsdefinerte utfallene våre, det vil si alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen, personlighetsfungering, symptombelastning, selvskading, selvmordsforsøk, livskvalitet og funksjonsnivå.
- Metode og kvalitet: informasjon om vurdering gjort av oversiktsforfatterne av risiko for systematiske skjevheter av de relevante primærstudiene i oversiktene (de som inkluderte en intervensjon og sammenligning som spesifisert i vår PICO) og GRADE-vurderinger (dvs. tillit til resultatene, der de var tilgjengelige).
- Inkluderte primærstudier: totalantall, antall studier relevante for vår PICO, samt total utvalgsstørrelse, opprinnelsesland og studiedesign.
- For oversikter som ikke inneholdt meta-analyse, hentet vi ut narrative resultater og hovedkonklusjoner slik de ble rapportert av oversiktsforfatterne.
- Syntesemetoder: typen syntese som ble brukt f.eks. narrative, meta-analyse.

Analyser

Denne parapyloversikten re-analyserte ikke utfallsdata fra de inkluderte systematiske oversiktene. Resultatene ble sortert og presentert etter populasjon, dato for litteratursøk, type intervensjon og sammenligning (enklere sammenlignet med spesialiserte behandlingsmodeller), utfall (inkludert hvilken målemetode som er benyttet) og metodisk kvalitet av de systematiske oversiktene resultatene er hentet fra.

Vi gjennomførte en modifisert overlappsanalyse av relevante primærstudier for vår problemstilling på tvers av de systematiske oversiktene. Først lagde vi en tabell over hvilke relevante primærstudier – altså de som sammenligner enklere og spesialiserte behandlingsmodeller – som inngår i hvilke oversikter, en sitasjonsmatrise (studier × oversikter) som vi presenterer i en figur. Deretter beregnet vi overlappen med Corrected Covered Area (CCA (23)) som viser graden av overlap mellom de relevante primærstudiene på tvers av systematiske oversikter. Beregningen gjelder dermed ikke alle studiene i oversiktene, men kun de som er relevante for vår problemstilling i de prioriterte oversiktene.

Vurdering av tillit til resultatene

Problemstillingen (PICO) i den nyeste systematiske oversikten med høy metodisk kvalitet omhandler alle enklere og spesialiserte behandlingsmodeller. Crotty og medarbeidere (2024) har vurdert tilliten til effektestimatene ved hjelp av GRADE-tilnærmingen. Vi videreformidler deres vurderinger for å angi tilliten til effektestimatene for to av sammenligningene. For den tredje sammenligningen brukte vi risk-of-bias vurderingene i oversikten da vi vurderte vår tillit til effektestimatet.

Kort oppsummert om GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) (24): Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, moderat, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

Høy tillit	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten
Moderat tillit	⊕⊕⊕○	Vi har moderat tillit til effektestimatet: effektestimatet ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Vi bruker ofte uttrykket <i>trolig</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Lav tillit	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet. Vi bruker ofte uttrykket <i>muligens</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Svært lav tillit	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten. Vi bruker ofte uttrykket <i>uklart/usikkert</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Studiedesign brukes som utgangspunkt og så vurderes åtte kriterier for å komme fram til grad av tillit til dokumentasjonen: risiko for systematiske skjevheter (risk of bias), grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene (consistency), sparsomme data/presisjon av data (precision), direktehet (directness) og formidlingsskjevhet (publication bias). Tre kriterier kan resultere i oppgradering: stor effekt, dose-respons-sammenheng og der alle forvekslingsfaktorer vill indikere motsatt effekt.

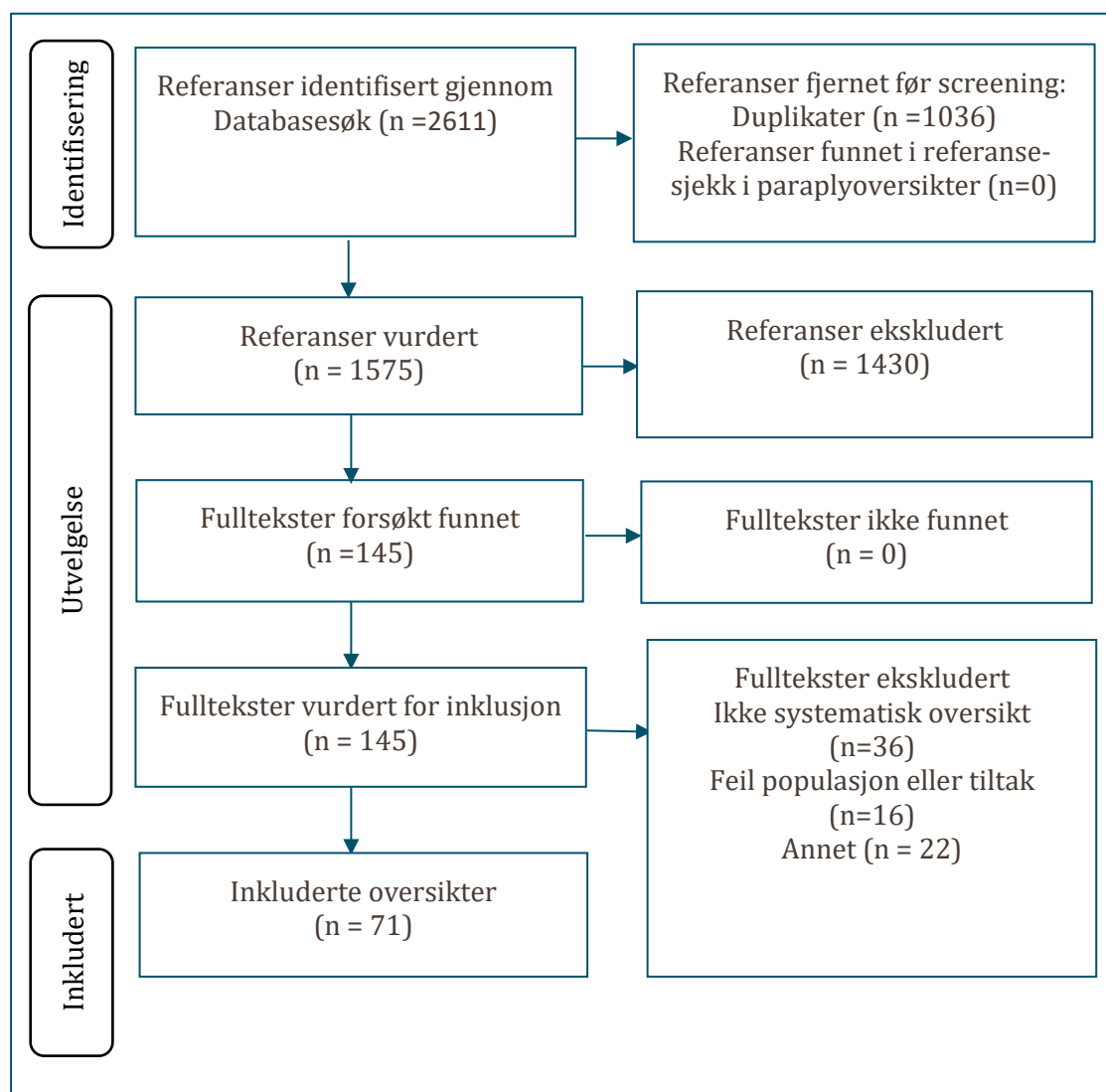
Andre vurderinger

Problemstillingen angår effekten av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenlignet med spesialiserte modeller for behandling av personlighetsforstyrrelser. Siden det ikke er en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderte vi ikke etiske eller økonomiske konsekvenser ved tiltaket. Vi vurderte heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser ved tiltaket. I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser ved tiltaket samlet.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier

Databasesøkene ga 2611 treff før fjerning av dubletter (figur 1). Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 1575 referanser. Av disse ekskluderte vi 1430 referanser som åpenbart ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. Vi vurderte 145 publikasjoner i fulltekst, hvorav 74 ble ekskluderte. 71 systematiske oversikter ble inkludert. I 50 av disse oversiktene var det ingen inkluderte primærstudier som var relevante for vår problemstilling, og disse er derfor presentert i vedlegg 3. I alt 21 oversikter inkluderte minst én relevant primærstudie, det vil si: undersøkte en relevant sammenlikning. For disse 21 kartla vi overlapp av primærstudier på tvers av oversiktene. Vi rangerte også oversiktene etter de mest dekkende (flest relevante primærstudier) oversiktene først. Den nyeste oversikten med flest relevante primærstudier som vi vurderte til høy metodisk kvalitet, blir presentert i mer detalj.



Figur 1: Flyttdiagram over utvelgelse av studier

Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene med relevante primærstudier (n=21)

71 unike systematiske oversikter hadde overlappende inklusjonskriterier (14;25–33;33–93). I alt inneholdt 21 av disse oversiktene primærstudier som sammenliknet effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller med spesialiserte psykoterapimodeller som spesifisert i vår PICO i behandling av personlighetsforstyrrelser (tabell 5).

Den nyeste blant de 21 prioriterte systematiske oversiktene hadde gjort litteratursøk i 2025, mens den eldste hadde utført søk i 2013. I 17 av oversiktene var personer med personlighetsforstyrrelser målgruppe, og de fleste (n=15) studerte EUPF (emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse). Fire oversikter hadde hovedfokus på populasjoner som var karakterisert med selvmordsatferd og selvskading. Selv om noen av oversiktene inkluderte barn og ungdommer eller en blanding av aldre, inkluderte mer enn halvparten (n=12) kun voksenpopulasjoner. Ingen av de 21 oversiktene studerte kun barn og ungdommer.

Mange av de 21 oversiktene undersøkte brede tiltakskategorier, som psykoterapi (n=9) eller et sett (grupper) med terapier (n=6), mens andre hadde spesifisert én type tiltak som DBT (n=3), MBT (n=2) eller STEPPS (n=1). I alt manglet seks av disse systematiske oversiktene nærmere beskrivelser av kontrolltiltaket (sammenlikningen). Tolv av oversiktene åpnet opp for å inkludere studier uansett type kontrolltiltak, hvorav én (44) spesifiserte at GPM var ett blant flere aktuelle kontrolltiltak.

To oversikter (27;34) spesifiserte at GPM var ett av flere mulige tiltak de ønsket å inkludere i oversikten sin sammenliknet med en annen type psykoterapitiltak eller alle typer kontrolltiltak. En oversikt (30) studerte effekt kun av STEPPS-programmet, som er en enklere, tilpasset psykoterapeutisk behandling, men den samme oversikten beskrev ingenting om kontrolltiltaket (sammenlikningen).

Tabell 5: Beskrivelse av oversiktene som inkluderte relevante primærstudier (N=21), sortert etter år for litteratursøk (25–45).

Forfatter, år (søkeår)	Populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Utfall
Jørgensen, 2025 (2025)	EUPF, ikke spesifisert aldersgruppe	MBT	Ikke spesifisert	Symptomer relatert til EUPF, angst, depresjon, psykopatologi, generell og interpersonlig fungering
Hernandez-Bustamante 2024 (2023)	EUPF, voksne	DBT	Ikke spesifisert	Selvskading, selvmordstanker, bruk av helsetjenester, innleggelser
Crotty, 2024 (2022)	EUPF, ungdom > 13 år og voksne	Psykoterapi (DBT, MBT, STEPPS, DDP, TFT, skjematerapi, AT, ACT, MACT, supportive therapy, CBT, GPM)	Standardbehandling og andre psykoterapier	EUPF-spesifikke symptomer, selvskading, selvmord, depresjon, angst, impulsivitet, emosjonsregulering, dissosiasjon, håpløshet, global klinisk vurdering, funksjon, bivirkninger
Hajek, 2024 (2022)	Selvskading, undergrupper med PF	MBT, MBT-A	Ikke spesifisert	Selvskading, EUPF-symptomer, depresjonssymptomer
Setkowski, 2023 (2022)	(Sub)klinisk EUPF, voksne	Psykoterapi (inkluderende utvalg) STEPPS	Ikke spesifisert	EUPF-alvorlighetsgrad, selvmordsatferd
Ekiz, 2023 (2021)	EUPF, alder ikke spesifisert		Ikke spesifisert	EUPF-relaterte utfall
Chen, 2021 (2020)	EUPF, voksne	DBT, DBT-ST	Standardbehandling, ikke-DBT	Selvskading, selvmord, negative emosjoner (depresjon, sinne)
Gillespie, 2022 (2020)	EUPF, voksne	DBT	Alle (ingen begrensning)	EUPF-symptomer/utfall, (selvmordsatferd, psy-

Witt, 2021 (2020)	Selvskading, undergrupper med PF, voksne	Psykososiale tiltak (CBT, DBT, MBT, etc.)	Standardbehandling, forsterket standardbehandling, andre psykologiske tiltak	kopatologi, funksjon, helsetjenestebruk) Gjentatt selvskading, depresjon, selvmordsatferd, EUPF-symptomer
Woodbridge, 2022 (2020)	EUPF, voksne	Psykoterapi (DBT, MBT, TFT, GPM, standardbehandling, CBT, psykodynamisk terapi)	Alle typer kontroll	Ikke-respons (fortsett diagnose eller ikke klinisk endring)
Zeifman, 2021 (2020)	EUPF med PTSD, voksne	Psykoterapi (EUPF-spesifikk, traumefokusert)	Alle	EUPF- og PTSD-symptomer, selvskading, selvmordsatferd,
Chakhssi, 2019 (2019)	EUPF, voksne	Psykoterapi (CBT, interpersonal eller psykodynamisk terapi)	Standardbehandling, venteliste, aktive tiltak	Livskvalitet, EUPF-alvorlighetsgrad
Katakis, 2023 (2019)	PF, voksne	Psykologiske/psykososiale tiltak i polikliniske settinger	Standardbehandling, venteliste, andre behandlinger	PF-symptomer, angst, depresjon, globale psykiatriske symptomer
Storebø, 2020 (2019)	EUPF, alle aldre	Psykoterapi	Standardbehandling, venteliste, ingen behandling eller aktiv behandling	EUPF-symptomer og alvorlighetsgrad, selvskading, selvmordsatferd, psykososial funge- ring
Briggs, 2019 (2017)	Selv-mord/selvskading, barn, ungdom og voksne	Psykoanalytisk psykoterapi	Standardbehandling, placebo eller annen type sammenlikning som for eksempel psykologisk behandling	Selvskading
Oud, 2018 (2017)	EUPF, voksne	Spesialiserte terapier (DBT, MBT, TFT, etc.)	Standardbehandling, venteliste, CTBE, andre	EUPF-symptomer, selvskading, selvmordsatferd, affektregulering, funksjon, frafall i behandling
Vogt, 2019 (2017)	EUPF, barn, ungdom og voksne	MBT	Ikke spesifisert	EUPF-alvorlighetsgrad og symptomer, funksjon depresjon, angst
Cristea, 2017 (2015)	EUPF, voksne	Psykoterapier	Standardbehandling, andre ikke-spesifikke tiltak	EUPF -symptomer, selvskading, selvmordsatferd, helse- tjenestebruk, psykopatologi
Hawton, 2016 (2015)	Selvskading, voksne (sensitivitetsanalyse ungdom)	Psykososiale tiltak (inkluderte også psykoterapi-tiltak som CBT, DBT, MBT, etc.)	Standardbehandling, forsterket standardbehandling, andre tiltak	Gjentatt selvskading, depresjon, håpløshet, selvmordsatferd

Sinnaeve, 2015 (2013)	EUPF, voksne	Psykoterapi	Standardbehand- ling, venteliste, GPM, aktive terapier	Interpersonlig fungering (atferd, allianse, prosesser, livskvalitet, roller i jobb og privat)
Keefe, 2020 (mangler søkedato)	PF, voksne	Psykodyna- misk behand- ling (TFT, DDP, MBT, etc.)	Standardbehand- ling, venteliste, for- sterket standardbe- handling, aktive sammenlikninger	PF-symptomer, selvmordsatferd. Sekundære utfall: komorbide sympto- mer, funksjon, in- terpersonlige pro- blemer, frafall fra behandling, remi- sjon (oppfyller ikke lenger kriteriene for diagnosen)

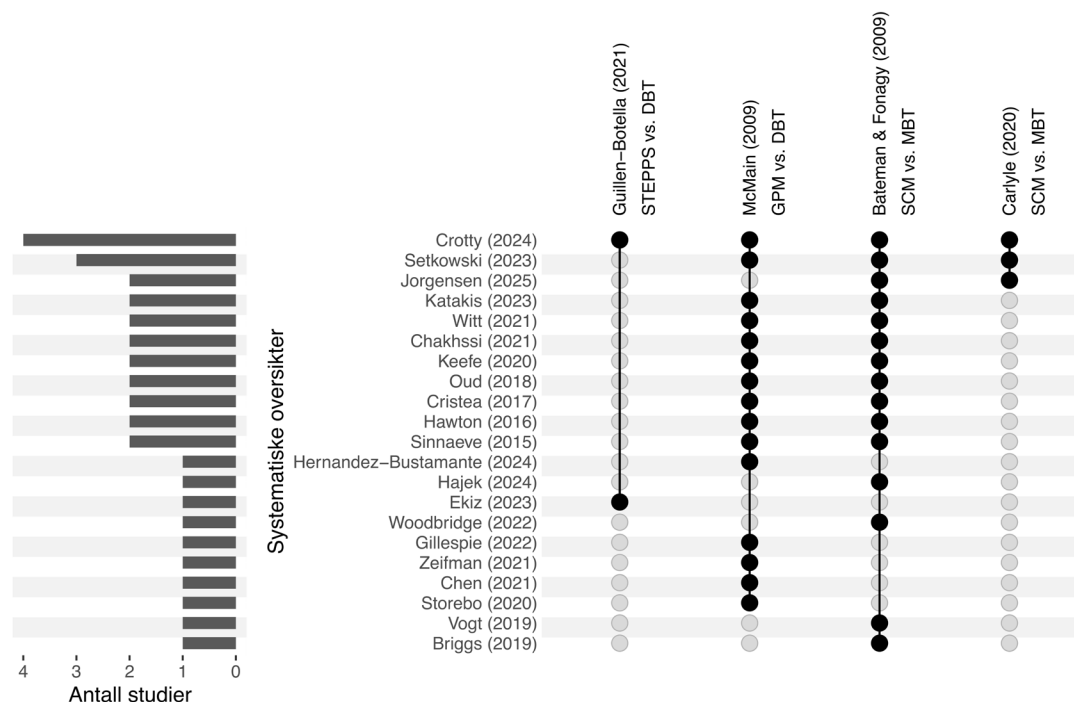
Forkortelser (se tabell 1)

Overlapp

Vi baserte oss på de 21 oversiktene som hadde inkludert primærstudier med relevante sammenlikninger for vårt oppdrag (tabell 5, figur 2). Vi identifiserte kun fire primærstudier som var relevante for vår problemstilling, og som til sammen var inkludert i 21 oversikter (figur 2).

Vi undersøkte graden av overlapp av relevante primærstudier på tvers av de 21 systematiske oversiktene – altså overlapp i primærstudier som sammenlignet enklere, tilpassede mot spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personlighetsforstyrrelser. Overlappet ble målt med Corrected Covered Area (CCA), som tar hensyn til både antall primærstudier og hvor mange oversikter de forekom i. CCA var 38 %, noe som innebærer at en moderat andel av de samme relevante primærstudiene gikk igjen i flere oversikter. Dette tilsvarer en moderat grad av overlapp og viser at kunnskapsgrunnlaget på tvers av oversikter delvis bygger på de samme studiene. Figur 2 viser dette overlappet visuelt.

Basert på denne analysen, vurderte vi det mest hensiktsmessig å starte med å kvalitetsvurdere de mest oppdaterte oversiktene (se tabell 5) med flest inkluderte primærstudier Crotty (2024), Setkowski (2023) og Jørgensen (2025). Siden Hernandez-Bustamante (2024) og Hajek (2024) kun inkluderte én av de fire primærstudiene hver seg, foretok vi ikke kvalitetsvurdering av disse.



Figur 2: Overlapp av relevante primærstudier for vår PICO i 21 systematiske oversikter. For å unngå dobbelttelling ble oppfølgingspublikasjoner slått sammen til én studie: Bateman 2009 + Bateman 2013 + Bateman 2021 → Bateman_2009; McMain 2009 + McMain 2012 + Bortiz 2013 + Keefe 2021 → McMain_2009. Merk: Figuren viser overlapp basert på vår spesifikke PICO og er ikke ment som en vurdering av fullstendighet i de inkluderte oversiktene.

Metodisk kvalitet av oversiktene (AMSTAR-2 vurderinger)

Tabell 6 viser den metodiske kvaliteten av de inkluderte oversiktene som vi prioriterte å vurdere med AMSTAR-2. Som forklart tidligere, startet vi med oversiktene som hadde det mest oppdaterte litteratursøket og inneholdt flest relevante primærstudier. Jørgensen og medarbeidere ble vurdert til å ha kritisk lav kvalitet og er derfor ikke presentert videre. Den neste vi vurderte, var Crotty (2024) som ble vurdert til å være av høy metodisk kvalitet. Setkowski (2023), ble vurdert til å være av moderat metodisk kvalitet. Vi har hentet data fra oversikten med høy metodisk kvalitet i «effekter av tiltak» avsnittet.

Tabell 6. Resultater av kvalitetsvurderingen (oransje farge indikerer kritiske spørsmål i AMSTAR 2).

Referanse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Kvalitet
Jørgensen 2025	J	N	J	D J	J	N	N	D J	J I F	N	I M I R	I M	J	J	I M	J	Kritisk lav

Crotty 2024	J	D	J	D	J	J	J	J	J	J	I	I	J	J	I	J	Høy
		J		J				J			M	M			M		
											I						
											M						
Setkowski 2023	J	J	J	D	J	J	D	D	J	N	J	J	J	J	J	J	Moderat
			J				J	J	I								
									R								

Kvalitetsvurdering er gjort med AMSTAR 2-sjekklisten. Hvert spørsmål ble besvart ja (J), delvis ja (DJ), nei (N), ikke relevant (IR) eller ikke brukt meta-analyse (IM).

Beskrivelse av oversiktene av høy og moderat kvalitet (n=2)

Crotty og medarbeidere (27) omhandlet psykoterapi som behandling for EUPF, og inkluderte 25 randomiserte og ikke-randomiserte studier publisert til juli 2022 med til sammen 2545 deltakere. Utfallene som ble vurdert var alvorlighetsgrad av EUPF, symptomer knyttet til lidelsen (selvskading, selvmordsforsøk, depresjon, angst, impulsivitet m.m.), global fungering og livskvalitet. Oversikten omfattet fire av de fire relevante primærstudiene vist i vår overlappsanalyse (figur 2). Alle fire sammenlignet én enkel modell med én spesialisert modell av de som var spesifisert i vår PICO.

Setkowski og medarbeidere utførte en systematisk oversikt og nettverksmetaanalyse og inkluderte 43 randomiserte studier (N = 3 273 deltakere), og omhandlet psykoterapi for behandling av voksne med (sub)klinisk EUPF. Analysen inkluderte en node definert som «GT» (Generalist Treatments), som omfattet flere av behandlingene vi klassifiserer som enklere, tilpassede psykoterapimodeller i vår PICO. Utfallene som ble vurdert var EUPF alvorlighetsgrad og selvmordsatferd. Oversikten omfattet 3 av de 4 relevante primærstudiene vist i vår overlappsanalyse (figur 2).

Effekter av tiltak

Den systematiske oversikten utført av Crotty og medarbeidere i 2024 ble vurdert til å være av høy metodisk kvalitet ifølge AMSTAR-2 (tabell 6). Crotty og medarbeidere 2024 studerte effekt av forskjellige psykoterapier opp mot hverandre og mot 'standard behandling' (TAU) for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, EUPF. Litteratursøket ble utført i juli 2022. Oversikten inkluderte studier med personer med EUPF personlighetsforstyrrelse som var 13 år eller eldre. I alt inkluderte forfatterne fire studier som sammenlignet enklere, tilpassede psykoterapimodeller med spesialiserte modeller til behandling av personlighetsforstyrrelser. Studiene var utført henholdsvis i Storbritannia, Canada, Spania og New Zealand, pasientene hadde en gjennomsnittsalder fra 30 til 32 år, og en kvinneandel mellom 80 og 99 %. Totalt er det rapportert for 458 personer med EUPF i de fire studiene der enklere, tilpassede psykoterapimodeller var sammenliknet med spesialiserte modeller.

Good Psychiatric Management (GPM) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Crotty og medarbeidere 2024 fant én RCT som hadde sammenlignet GPM med DBT, og oversiktsforfatterne vurderte den til å ha høy risiko for systematiske skjevheter. Studien inkluderte 180 pasienter med EUPF. GPM (kontrolltiltaket) var ukentlig individuell terapi og medisinerer. DBT ble gitt over ett år ved ukentlige individuelle møter, ukentlige gruppemøter med ferdighetstrening og ukentlige telefonsamtaler om selvskading og selvmord.

Oppsummert: GPM gir muligens større symptomreduksjon for depresjon sammenlignet med DBT hos personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF). GPM gir muligens liten eller ingen endring i alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen, interpersonlig fungering, selvskading, selvmordsforsøk og symptombelastning sammenlignet med DBT. Det mangler dokumentasjon om effekt av GPM sammenlignet med DBT på livskvalitet, samt på forekomst av uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og frafall fra behandling grunnet uønskede hendelser (tabell 7).

Tabell 7. Oppsummeringstabell om effekten av GPM sammenlignet med DBT for behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (oversatt til norsk av oss fra Crotty og medarbeidere 2024. Konfidensintervaller for resultatene var ikke rapportert av Crotty og medarbeidere, derfor mangler de fra vår oversettelse også).

Populasjon: Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse					
Setting: Både innlagt og dagbesøk i Canada					
Eksposering: DBT					
Sammenligning: GPM					
Utfall (måleinstrument) Oppfølgingstid	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt- estimatet (GRADE)
	Effekt med GPM Gjennomsnitt skåre	Forskjell i effekt med DBT Gjennomsnitt			
Alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen (Zarnarini rating scale for BPD) Oppfølging 36 måneder	6,66 poeng	1,63 poeng høyere (ikke-signifikant)	-	180 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
Symptombelastning målt som depresjon (Beck depression inventory) Oppfølging 36 måneder	18,05 poeng	6,4 høyere (p=0,004)	-	180 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
Interpersonlig fungering (Inventory of interpersonal problems) Oppfølging 36 måneder	84,36 poeng	10,12 poeng høyere (ikke-signifikant)	-	180 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
Selvskading, ikke selvmord (Suicide attempt Self-Injury Interview) Oppfølging 36 måneder	1,09 ganger	1,09 flere ganger (ikke-signifikant)	-	180 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
Selvmondsforsøk (Suicide attempt Self-Injury Interview) Oppfølging 36 måneder	0,29 ganger	0,26 flere ganger (ikke-signifikant)	-	180 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
Symptombelastning (Symptom checklist 90 revidert total skåre) Oppfølging 36 måneder	1,03 poeng	0,23 poeng høyere (ikke-signifikant)	-	180 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
Livskvalitet	Ikke rapportert		-	-	

Uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og deltakere trakk seg fra behandling grunnet uønskede hendelser	Ikke rapportert	-	-
---	-----------------	---	---

¹Høy risiko for systematiske skjevheter. ²Effektestimatene for upresise til å oppnå troverdige konklusjoner eller ikke oppgitt.

STEPPS-programmet (Systems training for emotional predictability and problem solving) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Crotty og medarbeidere 2024 fant én ikke-randomisert studie som inkluderte 72 pasienter med EUPF. Studien ble vurdert av Crotty og medarbeidere 2024 til å ha høy risiko for systematiske skjevheter grunnet manglende utfallsdata og usikkerhet om hvordan utfallene var målt og rapportert. STEPPS-programmet (kontrolltiltaket) ble gitt i seks måneder som ukentlig gruppeterapi og ukentlig individuell terapi. DBT ble gitt over seks måneder som ukentlig individuelle og gruppemøter.

Oppsummert: Det er usikkert om STEPPS, sammenlignet med DBT, påvirker alvorlighetsgraden av personlighetsforstyrrelsen, symptomer av depresjon og angst, dissosiasjon, selvmordsrisiko og livskvalitet hos personer med EUPF. Det mangler dokumentasjon om effekt av STEPPS sammenlignet med DBT på selvskading, forekomst av uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser, og frafall fra behandling grunnet uønskede hendelser (tabell 8).

Tabell 8. Oppsummeringstabell om STEPPS sammenlignet med DBT for behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (oversatt til norsk av oss fra Crotty og medarbeidere 2024. Konfidensintervaller for resultatene var ikke rapportert av Crotty og medarbeidere, derfor mangler de fra vår oversettelse også).

Populasjon: Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse					
Setting: Poliklinikk eller dagbehandling i Spania					
Eksponering: DBT					
Sammenligning: STEPPS					
Utfall (måleinstrument) Oppfølgingstid	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt- estimatet (GRADE)
	Effekt med DBT Gjennomsnitt skåre	Forskjell i effekt med STEPPS Gjennomsnitt			
Alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen (Bordeline symptom list-23) Oppfølging 6 måneder	23,56 poeng	5,73 poeng høyere (p=0,03)	-	72 (1 ikke-randomisert studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Symptombelastning målt som angst Oppfølging 6 måneder	8,4 poeng	0,71 poeng høyere (ikke-signifikant)	-	72 (1 ikke-randomisert studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Symptombelastning målt som depresjon (Beck depression inventory) Oppfølging 6 måneder	28,3 poeng	6,7 poeng lavere (ikke-signifikant)	-	72 (1 ikke-randomisert studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Dissosiative opplevelser (Dissociative experiences scale-II) Oppfølging 6 måneder	20,81 poeng	2,87 poeng lavere (ikke-signifikant)	-	72 (1 ikke-randomisert studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Selvskading, ikke selvmord	Ikke rapportert i Crotty		-	-	
Selvsmordsrisiko (Suicide risk scale) Oppfølging 6 måneder	7 poeng	1,56 poeng høyere (ikke-signifikant)	-	72 (1 ikke-randomisert studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}

Livskvalitet (Quality of life index) Oppfølging 6 måneder	6,31 poeng	1,16 poeng lavere (ikke-signifikant)	-	72 (1 ikke-rando- misert studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og deltakere som trakk seg fra behandling grunnet uønskede hendelser	Ikke rapportert		-	-	

¹Høy risiko for systematiske skjevheter. ²Effektestimatene for upresise til å oppnå troverdige konklusjoner eller ikke oppgitt.

Structured Clinical Management (SCM) sammenlignet med Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Crotty og medarbeidere 2024 inkluderte to RCTer med moderat risiko for skjevheter med totalt 206 voksne personer (gjennomsnittsalder 31 og 32 år, 80 til 99 % kvinner) med EUPF som sammenlignet SCM med MBT. Begge studiene rapporterte en varighet på 18 måneder. MBT består av manualbasert behandling, del deltakerne får ukentlig individuelle timer kombinert med gruppeterapi. I studien med 134 pasienter mottok både SCM-gruppen og MBT-gruppen i tillegg medikamentell behandling.

I oversikten til Crotty og medarbeidere 2024 ble de to RCTene som sammenlignet SCM med MBT, samt en tredje RCT der deltakerne mottok støttende gruppeterapi, kategorisert som *støttende terapi* (supportive therapy) og sammenlignet med MBT. Ettersom kun to av de tre studiene kategorisert som «supportive therapy» sammenligner SCM med MBT, presenterer vi kun resultatene for disse to basert på informasjonen presentert i oversikten til Crotty og medarbeidere 2024. For utfallene symptombelastning målt som depresjon har vi kun beholdt den studien som sammenligner SCM med MBT. For utfallene selvmordsforsøk og alvorlig selvskading har vi nedgradert for risiko for skjevheter i studiene, slik som for de andre utfallene med disse to studiene.

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene, og er derfor usikre om SCM sammenlignet med MBT har effekt på generell symptombelastning, symptomer av depresjon, alvorlig selvskading, selvmordsforsøk, personlighetsfungering, seks måneders periode uten selvmordsforsøk, eller alvorlig selvskading eller sykehusinnleggelse. Det mangler dokumentasjon om alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen, symptomer av angst livskvalitet, forekomst av uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og frafall fra behandling grunnet ønskende hendelser (tabell 9).

Tabell 9. Oppsummeringstabell om SCM sammenlignet med MBT for behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (vår gradering basert på informasjon om studiene presentert i den systematiske oversikten til Crotty og medarbeidere 2024.)

Populasjon: Pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse					
Setting: Poliklinikk, Storbritannia og New Zealand					
Eksposering: MBT					
Sammenligning: SCM					
Utfall (måleinstrument) Oppfølgingstid	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt- estimatet (GRADE)
	Effekt med MBT Gjennomsnitt skåre	Forskjell i effekt med SCM Gjennomsnitt			

Alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen	Ikke rapportert	-	-	
Generell symptombelastning (SCL-90-GSI) ved 18 måneder	Mindre bedring i generell symptombelastning i SCM sammenlignet med MBT (statistisk signifikant)		134 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}
Symptombelastning målt som depresjon (Beck depression inventory) ved 18 måneder	Mindre bedring i depresjonsskåre hos pasientene som fikk SCM sammenlignet med MBT (statistisk signifikant)	-	134 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}
Alvorlig selvskading ved 18 måneder	Flere tilfeller med alvorlig selvskading hos pasientene som fikk SCM sammenlignet med MBT (n=134). (statistisk signifikant) Rapporterer ikke signifikante forskjeller mellom gruppene (n=72)	-	206 (2 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,4}
Selvmondsforsøk ved 18 måneder	Flere tilfeller med livstruende selvmondsforsøk hos SCM pasientene sammenlignet med MBT (n=134). (statistisk signifikant) Rapporterer ikke signifikante forskjeller mellom gruppene (n=72)	-	206 (2 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,4}
Personlighetsfungering (IIP og GAF) ved 18 måneder	Alle måleinstrumentene rapporterte signifikant bedre resultater med MBT	-	134 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}
Seks måneders periode uten selvmondsforsøk, alvorlig selvskading eller sykehusinnleggelse (antall hendelser) ved 18 måneder	-	OR 0,28 (0,13 til 0,61)	134 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,3}
Livskvalitet	Ikke rapportert	-	-	
Uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og deltakere trakk seg fra behandling grunnet uønskede hendelser	Ikke rapportert	-	-	

¹Risiko for systematiske skjevheter. ²Effekttestimatene for upresise til å oppnå troverdige konklusjoner eller ikke oppgitt. ³Kun en/to studie(r) med relativt få deltakere. ⁴De to studiene konkluderer forskjellig (heterogenitet)

Diskusjon

Hovedfunn

Vi inkluderte 71 systematiske oversikter i denne paraplyoversikten. Vi fant tre behandlings-sammenligninger som passer vår PICO (populasjon, tiltak og sammenligningsbehandling, og utfall) og som var vurdert og oppsummert i en oversikt av høy metodisk kvalitet publisert i 2024: Good Psychiatric Management (GPM) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT), STEPPS-programmet (Systems training for emotional predictability and problem solving) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT) og Structured Clinical Management (SCM) sammenlignet med Mentaliseringsbasert terapi (MBT).

Vår hovedkonklusjon er at det er mangel på god dokumentasjon på grunn av mangel på større godt utførte randomiserte kontrollerte studier. For hvert tiltak som vurderes for behandling er det behov for flere gode studier (om den samme behandlingen og med samme sammenligning som måler de samme utfallene) for å kunne konkludere med høy eller moderat tillit til resultatene.

Oppsummert om Good Psychiatric Management (GPM) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT):

- GPM, sammenlignet med DBT, gir muligens større symptomreduksjon for depresjon hos personer med EUPF.
- GPM gir muligens liten eller ingen forskjell sammenlignet med DBT i alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen, interpersonlig fungering, selvskading, selvmordsforsøk og symptombelastning.
- Det mangler dokumentasjon om effekt av GPM sammenlignet med DBT på livskvalitet og om det var uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser eller om det var deltakere som trakk seg fra behandling grunnet uønskede hendelser.

Oppsummert om STEPPS-programmet (Systems training for emotional predictability and problem solving) sammenlignet med Dialektisk atferdsterapi (DBT):

- Det er usikkert om det er forskjell i effekt mellom STEPPS og DBT på alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen, symptomer av depresjon og angst, dissosiasjon, selvmordsrisiko eller livskvalitet hos personer med EUPF.
- Det mangler dokumentasjon om effekt av STEPPS sammenlignet med DBT på selvskading, forekomst av uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser, og frafall fra behandling grunnet uønskede hendelser.

Oppsummert om Structured Clinical Management (SCM) sammenlignet med Mentaliseringsbasert terapi (MBT):

- Det er usikkert om det er forskjell i effekt mellom SCM og MBT på generell symptombelastning, symptomer målt som depresjon, alvorlig selvskading, selvmordsforsøk, personlighetsfungering, seks måneders periode uten selvmordsforsøk, eller alvorlig selvskading eller sykehusinnleggelse hos personer med EUPF.
- Det mangler dokumentasjon om effekt av SCM sammenlignet med MBT på alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelsen, symptomer målt som angst, livskvalitet, forekomst av uønskede hendelser, alvorlige uønskede hendelser og frafall fra behandling grunnet ønskende hendelser

Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelig?

Vi fant ingen systematisk oversikt som hadde som hovedfokus å sammenligne enklere, tilpassede psykoterapimodeller med spesialiserte modeller. Det var dessuten overlapp av de relevante primærstudiene på tvers av oversiktene. Dette henger sammen med at kunnskapsgrunnlaget bygger på et lite antall primærstudier, og at de samme studiene gikk igjen i mange av oversiktene (overlapp). De fleste primærstudiene omhandler personer med EUPF, og kun to av de fire spesialiserte modellene i vår PICO (DBT og MBT) er studert i disse. Av de enklere, tilpassede psykoterapimodellene er GIT ikke studert i noen av primærstudiene i de inkluderte prioriterte/nyeste oversiktene i denne paraplyoversikten. Det er få studier som sammenlignet enklere og spesialiserte modeller direkte. I stedet sammenlignes de fleste tiltakene med standardbehandling, som varierer betydelig mellom studiene, noe som gjør det svært vanskelig å tolke resultatene (27).

Kunnskapsgrunnlaget vurderes samlet sett som begrenset for å besvare problemstillingen.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Tilliten til resultatene er vurdert med GRADE-tilnærmingen av oversiktsforfatterne selv for to av sammenligningene, vi har gjengitt forfatternes vurderinger. Det er kommentert at oversiktsforfatterne kun har nedgradert ett nivå for RCTer med høy risiko for skjevheter, selv om det er anbefalt å vurdere nedgradering to nivåer ved så høy risiko for skjevheter i de inkluderte studiene (94). Vi noterer at det uansett konkluderes med at tilliten til de fleste resultatene er svært lav.

Tilliten til resultatene er vurdert av oss for den ene sammenligningen da vårt spørsmål var smalere enn oversiktsforfatternes, vi utelot en studie som hadde en forskjellig kontrollgruppe, men har lagt oss på samme strenghet som oversiktsforfatterne for konsistens.

Vår paraplyoversikt har inkludert 71 systematiske oversikter, kun 21 av disse oversiktene hadde funnet og inkludert noen av de fire primærstudiene (med totalt 458 personer) som sammenliknet effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller med spesialiserte psykoterapimodeller i behandling av personlighetsforstyrrelser. De fire studiene omfattet ulike sammenligninger, som betyr kun en liten studie som dokumentasjon på to av sammenligningene, og en

sammenligning med tre små studier (hvor det var maksimum to studier som hadde målt samme utfall).

Effektestimatene har gjennomgående blitt vurdert til «lav tillit» eller «svært lav tillit». Flere av de forhåndsdefinert utfallene var ikke funnet og er i GRADE tabellen til Crotty og medarbeidere 2024, notert som manglende. De tre hovedårsakene til at Crotty og medarbeidere 2024 nedgraderte tilliten til effektestimatene var risiko for systematiske skjevheter i de fire studiene, manglende presisjon på grunn av få målinger/hendelser som gjør at effektestimatene er for upresise til å oppnå troverdige konklusjoner samt at to studier hadde målt samme utfall med samme sammenligning, men konkludert forskjellig (heterogenitet).

Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten

Denne paraplyoversiktens styrker er at vi gjorde et omfattende litteratursøk i seks internasjonale databaser, vi gjennomgikk referanselister i relevante paraplyoversikter, og to av oss valgte ut og vurderte studier uavhengig av hverandre. Videre har to av oss, uavhengig av hverandre, vurdert den metodiske kvaliteten ved hjelp av etablert verktøy.

Det finnes likevel noen svakheter ved oversikten. For det første søkte vi ikke etter grå litteratur. Dette innebærer at vi kan ha oversett nyere systematiske oversikter som ikke er fagfelle-vurderte og publisert i tidsskrifter, men som likevel kunne inneholdt relevant informasjon.

For det andre var dette en paraplyoversikt, og formålet var derfor å identifisere systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet som besvarte problemstillingen vår, og ikke å gi en fullstendig og oppdatert oppsummering av primærstudier. Det betyr at det kan finnes nyere relevante primærstudier publisert etter 2022, siden det nyeste søket i de to oversiktene vi inkluderte av høy og moderat metodisk kvalitet var gjort da.

For det tredje vurderte vi den metodiske kvaliteten på et utvalg av de inkluderte systematiske oversiktene ved hjelp av AMSTAR-2. Denne vurderingen gjelder imidlertid kvaliteten på oversiktene som helhet.

Samlet sett vurderer vi at disse svakheterne i liten grad påvirker hovedkonklusjonen i denne paraplyoversikten. Kunnskapsgrunnlaget er begrenset til et fåtall primærstudier, og det er derfor lite sannsynlig at vi har oversett vesentlig ny informasjon som ville endret resultatene.

Overensstemmelse med andre paraplyoversikter

Vi fant ingen andre paraplyoversikter som direkte besvarte vår problemstilling. Vi fant imidlertid enkelte paraplyoversikter med et bredere eller mer generelt fokus på populasjon og tiltak enn vårt spørsmål. Samlet sett er disse paraplyoversiktene derfor ikke direkte sammenlignbare med vår paraplyoversikt.

Resultatenes betydning for praksis

Kunnskapsgrunnlaget for sammenligningen av enklere, tilpassede psykoterapimodeller med spesialiserte modeller for behandling av personlighetsforstyrrelser som spesifisert i denne rapporten er begrenset, gitt det lave antallet primærstudier (og små utvalgsstørrelser). Resultatene fra denne paraplyoversikten gir dermed ikke et godt kunnskapsgrunnlag for anbefalinger.

At det mangler forskningsgrunnlag med resultater som vi har tillit til, betyr at vi ikke vet om effektene av enklere, tilpassede psykoterapimodeller er lik eller forskjellig fra spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personlighetsforstyrrelser. Det er behov for mer forskning for å kunne besvare dette spørsmålet. Inntil mer kunnskap foreligger, bør valg av behandling vurderes i lys av tilgjengelige ressurser, kompetanse og pasientpreferanser (19;29;95).

Kunnskapshull

Hensikten med oppdraget var å utforme en paraplyoversikt om effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller for behandling av personer med personlighetsforstyrrelse. I forbindelse med arbeidet identifiserte vi store kunnskapshull. Alle identifiserte primærstudier gjelder personer med EUPF, slik at kunnskapsgrunnlaget mangler studier om andre typer personlighetsforstyrrelser. Likevel understreker vi at det er kunnskapshull for effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller med spesialiserte psykoterapimodeller for alle typer personlighetsforstyrrelser (inkludert alle aldre og kjønn), gitt det svake kunnskapsgrunnlaget. Ingen av de systematiske oversiktene i denne paraplyoversikten inkluderte primærstudier som sammenliknet Guided Informed Treatment (GIT) med spesialiserte psykoterapimodeller. Kunnskapshullet om effekter av tiltak gjelder imidlertid for alle typer sammenlikninger som vi søkte å få svar på.

Selv om det kan ha blitt utført nye relevante primærstudier etter 2022, vil vi likevel hevde at det er behov for nye primærstudier med robuste design som egner seg for å evaluere effekten av bruk av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller på pasientutfall i behandlingen av personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser. Tilsvarende er det behov for å gjennomføre en systematisk oversikt av høy kvalitet og som har som formål å evaluere effekter av aktuelle sammenligninger. Siden vi har avdekket relevante primærstudier frem til 2022 (basert på de inkluderte systematiske oversiktene), vil det være nyttig å søke etter primærstudier fra 2022 og fremover, og å undersøke hvilke studier som pågår, slik at man kan innrette/planlegge en ny systematisk oversikt når det er tilkommet flere relevante primærstudier.

Konklusjon

Dokumentasjonsgrunnlaget er basert på små og få studier som er beheftet med metodiske svakheter, noe som gjør at vi har lav eller svært lav tillit til resultatene. Derfor kan vi ikke trekke sikre konklusjoner om forskjeller i effekt mellom enklere, tilpassede psykoterapimodeller og spesialiserte modeller for behandling av personlighetsforstyrrelser.

Referanser

1. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, mfl. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2020.216(2):69–78. DOI: 10.1192/bjp.2019.166.
2. Helsedirektoratet. ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka). Oslo; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blåboka>
3. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Veileder i BUP: Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. 4. utg. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/308e31a34fb84ab59b7fe2cd0159c476/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf>
4. Kim H, Jung JH, Han K, Jeon HJ. Risk of suicide and all-cause death in patients with mental disorders: a nationwide cohort study. *Molecular Psychiatry* 2025.30(7):2831–9. DOI: 10.1038/s41380-025-02887-4.
5. Skodol AE. Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Current Opinion in Psychology* 2018.21:33–8. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.09.006.
6. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, mfl. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry* 2024.23(1):4–25. DOI: 10.1002/wps.21156.
7. ICD-11. Tilgjengelig fra: <https://icd.who.int/en/>
8. Personlighetsforstyrrelser i ICD-11 (ROP). Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/personlighetsforstyrrelser-i-icd-11-rop>
9. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *The Lancet* 2015.385(9969):735–43. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5.
10. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2018.41(4):561–73. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.008.
11. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, mfl. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2024.181(11):1024–8. DOI: 10.1176/appi.ajp.24181010.
12. Personlighetsforstyrrelser. Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/bup/bup-veileder/personlighetsforstyrrelser>
13. Kvarstein EH, Frøyhaug M, Pettersen MS, Carlsen S, Ekberg A, Fjermestad-Noll J, mfl. Improvement of personality functioning among people treated within personality disorder mental health services. A longitudinal, observational study. *Frontiers in Psychiatry* 2023.14:1163347. DOI:

10.3389/fpsy.2023.1163347.

14. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Kongerslev MT, Faltinsen E, Todorovac A, Sedoc Jørgensen M, mfl. Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2022.221(3):538–52. DOI: 10.1192/bjp.2021.204.
15. Pettersen MS. Therapists' experiences with mentalization-based treatment for avoidant personality disorder. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy* 2021.:143-159 Pages. DOI: 10.24377/EJQRP.ARTICLE3067.
16. Fonagy P, Simes E, Yirmiya K, Wason J, Barrett B, Frater A, mfl. Mentalisation-based treatment for antisocial personality disorder in males convicted of an offence on community probation in England and Wales (Mentalization for Offending Adult Males, MOAM): a multicentre, assessor-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry* 2025.12(3):208–19. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00445-0.
17. Morken KTE, Øvrebø M, Klippenberg C, Morvik T, Lied Gikling E. Antisocial personality disorder in group therapy, kindling pro-sociality and mentalizing. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 2022. DOI: 10.4081/ripppo.2022.649. Tilgjengelig fra: <https://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/649>
18. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet. 4. reviderte. Oslo: Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet; Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>
19. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, mfl., redaktører. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2. Chichester (UK): John Wiley & Sons;
20. Fernandez, Sara, Beate Lidal I, Fossli M, Vist GE, Nguyen HL. Effekt av enklere, tilpassede psykoterapimodeller sammenliknet med spesialiserte modeller i behandling av personlighetsforstyrrelser: prosjektplan for en paraplyoversikt. Tilgjengelig fra: <https://nva.sikt.no/registration/0199c37f1afd-c5568106-3046-45b6-a821-ea54438bc623>
21. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, mfl. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017.;j4008. DOI: 10.1136/bmj.j4008.
22. Elicit. Tilgjengelig fra: <https://elicit.com>
23. Pieper D, Antoine SL, Mathes T, Neugebauer EAM, Eikermann M. Systematic review finds overlapping reviews were not mentioned in every other overview. *Journal of Clinical Epidemiology* 2014.67(4):368–75. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.11.007.
24. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, mfl. GRADE guidelines: 1. Introduction- GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011.64(4):383–94. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
25. Jørgensen MS, Høgenhaug SS, Sharp C, Bo S. Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: State-Of-The-Science and Future Directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2025.32(4):e70120. DOI: 10.1002/cpp.70120.
26. Hernandez-Bustamante M, Cjuno J, Hernández RM, Ponce-Meza JC. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Iranian Journal of Psychiatry* 2023. DOI: 10.18502/ijps.v19i1.14347. Tilgjengelig fra: <https://publish.kne-publishing.com/index.php/IJPS/article/view/14347>

27. Crotty K, Viswanathan M, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, mfl. Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2024.92(5):275–95. DOI: 10.1037/ccp0000833.
28. Hajek Gross C, Oehlke S, Prillinger K, Goreis A, Plener PL, Kothgassner OD. Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2024.54(2):317–37. DOI: 10.1111/sltb.13044.
29. Setkowski K, Palantza C, Van Ballegooijen W, Gilissen R, Oud M, Cristea IA, mfl. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine* 2023.53(8):3261–80. DOI: 10.1017/S0033291723000685.
30. Ekiz Erol, van Alphen Sebastiaan P. J, Ouwens Machteld A, Van de Paar Jamie, Videler Arjan C. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and mental health* 2023.17(1):20–39. DOI: 10.1002/pmh.1558.
31. Chen S, Cheng Y, Zhao W, Zhang Y. Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2021.28(6):1128–39. DOI: 10.1111/jpm.12797.
32. Gillespie Conall, Murphy Mike, Joyce Mary. Dialectical Behavior Therapy for Individuals With Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Outcomes After One Year of Follow-Up. *Journal of personality disorders* 2022.36(4):431–54. DOI: 10.1521/pedi.2022.36.4.431.
33. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, mfl. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Common Mental Disorders Group, redaktør. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021.2021(4). DOI: 10.1002/14651858.CD013668.pub2. Tilgjengelig fra: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013668.pub2>
34. Woodbridge J, Townsend M, Reis S, Singh S, Grenyer BF. Non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2022.56(7):771–87. DOI: 10.1177/00048674211046893.
35. Zeifman RJ, Landy MSH, Liebman RE, Fitzpatrick S, Monson CM. Optimizing treatment for comorbid borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: A systematic review of psychotherapeutic approaches and treatment efficacy. *Clinical Psychology Review* 2021.86:102030. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102030.
36. Chakhssi Farid, Zoet J Monique, Oostendorp Jeanine M, Noordzij Matthijs L, Sommers-Spijkerman Marion. Effect of Psychotherapy for Borderline Personality Disorder on Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of personality disorders* 2021.35(2):255–69. DOI: 10.1521/pedi_2019_33_439.
37. Katakis P, Schlieff M, Barnett P, Rains LS, Rowe S, Pilling S, mfl. Effectiveness of outpatient and community treatments for people with a diagnosis of ‘personality disorder’: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2023.23(1):57. DOI: 10.1186/s12888-022-04483-0.
38. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, mfl. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, redaktør. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020.2020(11). DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2. Tilgjengelig fra: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
39. Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangogyere P, mfl. The effectiveness

- of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2019.214(06):320–8. DOI: 10.1192/bjp.2019.33.
40. Oud M, Arntz A, Hermens ML, Verhoef R, Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2018.52(10):949–61. DOI: 10.1177/0004867418791257.
 41. Vogt Katharina Sophie, Norman Paul. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and psychotherapy* 2019.92(4):441–64. DOI: 10.1111/papt.12194.
 42. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017.74(4):319. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287.
 43. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, mfl. Psychosocial interventions for self-harm in adults. Cochrane Common Mental Disorders Group, redaktør. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016.2021(9). DOI: 10.1002/14651858.CD012189. Tilgjengelig fra: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012189>
 44. Sinnaeve R, Van Den Bosch LMC, Van Steenberghe-Weijenburg KM. Change in interpersonal functioning during psychological interventions for borderline personality disorder—a systematic review of measures and efficacy. *Personality and Mental Health* 2015.9(3):173–94. DOI: 10.1002/pmh.1296.
 45. Keefe JR, McMain SF, McCarthy KS, Zilcha-Mano S, Dinger U, Sahin Z, mfl. A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2020.11(3):157–69. DOI: 10.1037/per0000382.
 46. Abdolizadeh A, Jones B D. M, Kupaei M H, Shah A M, Rodak T, Farooqui S, mfl. Inpatient Treatment of Suicidality A Systematic Review of Clinical Trials. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY* 2025.86(1). DOI: 10.4088/JCP.24r15382.
 47. Joshua Phoebe R, Lewis Vivienne, Kelty Sally F, Boer Douglas P. Applications of schema therapy in young people: a systematic review. *Cognitive behaviour therapy* 2025.:1–23. DOI: 10.1080/16506073.2025.2522375.
 48. Magill M, Helminen E C, Lynch-Gadaleta B, Allen K, Kiluk B D, Ray L A. Cognitive-behavioral interventions for co-occurring substance use and mental health disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 2025.274:112756. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2025.112756.
 49. Sandery P, Baranoff J, Dorstyn D. Third wave interventions for adolescents with mental health disorders: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2024.34. DOI: 10.1016/j.jcbs.2024.100841.
 50. Cha Yevin, Links Paul S, Ba Dong, Kazi Ayman. Systematic Review of the Effectiveness and Experiences of Treatment for Men With Borderline Personality Disorder. *American journal of men's health* 2024.18(4):15579883241271894. DOI: 10.1177/15579883241271894.
 51. Cuijpers Pim, Miguel Clara, Ciharova Marketa, Harrer Mathias, Basic Djordje, Cristea Ioana A, mfl. Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2024.23(2):267–75. DOI: 10.1002/wps.21203.
 52. Hu Fei-Hong, Xu Jie, Jia Yi-Jie, Ge Meng-Wei, Zhang Wan-Qing, Tang Wen, mfl. Non-pharmacological interventions for preventing suicide attempts: A systematic review and network meta-analysis. *Asian journal of psychiatry* 2024.93:103913. DOI: 10.1016/j.ajp.2024.103913.

53. Prillinger Karin, Goreis Andreas, Macura Sarah, Hajek Gross, Carola, Lozar Annika, mfl. A systematic review and meta-analysis on the efficacy of dialectical behavior therapy variants for the treatment of post-traumatic stress disorder. *European journal of psychotraumatology* 2024.15(1):2406662. DOI: 10.1080/20008066.2024.2406662.
54. Tanvir Z, Bokhari M Z, Kareem R, Butt M G. The effectiveness of DBT compared to other psychological therapies in patients with a dual diagnosis of PTSD and BPD: a systematic review. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology* 2023.30(18):1121 EP – 1133. DOI: 10.53555/jptcp.v30i18.3245.
55. Tracy Mikaela, Penney Erika, Norton Alice R. Group schema therapy for personality disorders: Systematic review, research agenda and treatment implications. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research* 2025.35(6):884–903. DOI: 10.1080/10503307.2024.2361451.
56. Alkan Ekin, Kumar Geetanjali, Ravichandran Shreya, Kaushal Samiksha Rakesh, Salazar-de-Pablo Gonzalo, Alerci Livia, mfl. Effectiveness of mindfulness based interventions in reducing depressive symptoms across mental disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry research* 2025.348:116473. DOI: 10.1016/j.psychres.2025.116473.
57. Garcia-Fernandez Ainoa, Bobes-Bascaran Teresa, Martinez-Cao Clara, Gonzalez-Blanco Leticia, Fernandez-Fernandez Jennifer, Zurrón-Madera Paula, mfl. Psychological interventions for suicidal behavior in adolescents: a comprehensive systematic review. *Translational psychiatry* 2024.14(1):438. DOI: 10.1038/s41398-024-03132-2.
58. Iwakabe S, Nakamura K, Thoma N C. Enhancing emotion regulation. *Psychotherapy Research* 2023.33(7):918–45. DOI: 10.1080/10503307.2023.2183155.
59. Pedrola-Pons Anna, Sanchez-Carro Yolanda, Pemau Andres, Garcia-Ramos Adriana, De la Torre-Luque Alejandro. Efficiency of psychological interventions in the prevention of suicidal behavior and self-injury in penitentiary population: A systematic review. *International journal of law and psychiatry* 2024.92:101948. DOI: 10.1016/j.ijlp.2023.101948.
60. Ribeiro da Silva D, Carvalho I M. D, Garofalo C. Treatment of youth and adults with psychopathic traits detained in forensic settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 2024.76:101922. DOI: 10.1016/j.avb.2024.101922.
61. Vijayapriya C, Tamarana R. Effectiveness of dialectical behavior therapy as a transdiagnostic treatment for improving cognitive functions: a systematic review. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 2023.26(2). DOI: 10.4081/ripppo.2023.662. Tilgjengelig fra: <https://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/662>
62. Zhang Kaiyuan, Hu Xinyang, Ma Lijun, Xie Qihang, Wang Zhipeng, Fan Chuan, mfl. The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry* 2023.77(7):641–50. DOI: 10.1080/08039488.2023.2228304.
63. Holah Samuel, Maguire Nick, Bennetts Alison. Dialectical behaviour therapy for men and boys: A systematic review. *Counselling & Psychotherapy Research* 2024.24(2):652–65. DOI: 10.1002/capr.12702.
64. Holland Hannah Sophia, Tickle Anna. The effectiveness of psychological interventions for borderline personality disorder for those who misuse substances: A systematic review and narrative synthesis. *Mental Health Review Journal* 2023.28(2):214–29. DOI: 10.1108/mhrj-07-2022-0043.
65. Kounidas Georgios, Kastora Stavroula. Mindfulness training for borderline personality disorder: A systematic review of contemporary literature. *Personality and mental health* 2022.16(3):180–9. DOI: 10.1002/pmh.1529.

66. May Alexandra, Balzan Ryan, Williams Anne Sved, Wade Tracey D, Paranjothy Sarah Marie. Interventions for perinatal borderline personality disorder and complex trauma: a systematic review. *Archives of women's mental health* 2023.26(3):295–309. DOI: 10.1007/s00737-023-01313-4.
67. Nawaz Rasanat Fatima, Reen Gurpreet, Bloodworth Natasha, Maughan Daniel, Vincent Charles. Interventions to reduce self-harm on in-patient wards: systematic review. *BJPsych open* 2021.7(3):e80. DOI: 10.1192/bjo.2021.41.
68. Waitz C, Tebbett-Mock A, D'Angelo E, Reynolds E K. Dialectical Behavior Therapy in Inpatient and Residential Settings for Adolescents: A Systematic Review. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health* 2021.6(4):497 EP – 515. DOI: 10.1080/23794925.2021.1970052.
69. Byrne Gary, Murphy Sile, Connon Graham. Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. *Clinical child psychology and psychiatry* 2020.25(4):1022–48. DOI: 10.1177/1359104520920689.
70. Griffiths R, Dawber A, McDougall T, Midgley S, Baker J. Non-restrictive interventions to reduce self-harm amongst children in mental health inpatient settings: Systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing* 2022.31(1):35–50. DOI: 10.1111/inm.12940.
71. Kothgassner O D, Robinson K, Goreis A, Ougrin D, Plener P L. Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2020.7(1). DOI: 10.1186/s40479-020-00123-9.
72. Midgley Nick, Mortimer Rose, Cirasola Antonella, Batra Prisha, Kennedy Eilis. The Evidence-Base for Psychodynamic Psychotherapy With Children and Adolescents: A Narrative Synthesis. *Frontiers in psychology* 2021.12:662671. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.662671.
73. Slotema Christina W, Wilhelmus Bobbie, Arends Lidia R, Franken Ingmar H. A. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. *European journal of psychotraumatology* 2020.11(1):1796188. DOI: 10.1080/20008198.2020.1796188.
74. Spong A J, Clare I C. H, Galante J, Crawford M J, Jones P B. Brief psychological interventions for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review* 2021.83:101937. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101937.
75. Stynes G, Leao C S, McHugh L. Exploring the effectiveness of mindfulness-based and third wave interventions in addressing self-stigma, shame and their impacts on psychosocial functioning: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2022.23:174–89. DOI: 10.1016/j.jcbs.2022.01.006.
76. Yiu Hin Wall, Rowe Sarah, Wood Lisa. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. *Psychiatry research* 2021.305:114175. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114175.
77. Gibbon Simon, Khalifa Najat R, Cheung Natalie H. Y, Vollm Birgit A, McCarthy Lucy. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews* 2020.9:CD007668. DOI: 10.1002/14651858.CD007668.pub3.
78. Rameckers Sophie A, Verhoef Rogier E. J, Grasman Raoul P. P. P, Cox Wouter R, van Emmerik Arnold A. P, Engelmoer Izabella M, mfl. Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *Journal of clinical medicine* 2021.10(23). DOI: 10.3390/jcm10235622.

79. Wong Jennifer, Bahji Anees, Khalid-Khan Sarosh. Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 2020.65(1):5–15. DOI: 10.1177/0706743719878975.
80. Gillions Anna, Cheang Rachael, Duarte Rui. The effect of mindfulness practice on aggression and violence levels in adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 2019.48:104–15. DOI: 10.1016/j.avb.2019.08.012.
81. Harvey L J, Hunt C, White F A. Dialectical behaviour therapy for emotion regulation difficulties: A systematic review. *Behaviour Change* 2019.36(3):143 EP – 164. DOI: 10.1017/bec.2019.9.
82. MacInnes Douglas, Masino Serena. Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: a systematic review. *BMJ open* 2019.9(3):e024351. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024351.
83. Moltrecht Bettina, Deighton Jessica, Patalay Praveetha, Edbrooke-Childs Julian. Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2021.30(6):829–48. DOI: 10.1007/s00787-020-01498-4.
84. Stewart N A. J, Wilkinson-Tough M, Chambers G N. Psychological interventions for individuals with a diagnosis of borderline personality disorder in forensic settings: A systematic review. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2019.30(5):744 EP – 793. DOI: 10.1080/14789949.2019.1637917.
85. Connell C, Furtado V, McKay E A, Singh S P. How effective are interventions to improve social outcomes among offenders with personality disorder: A systematic review. *BMC Psychiatry* 2017.17(1):368. DOI: 10.1186/s12888-017-1536-3.
86. Iyengar Udit, Snowden Natasha, Asarnow Joan R, Moran Paul, Tranah Troy, Ougrin Dennis. A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychiatry* 2018.9:583. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00583.
87. Silva S, Donato H, Madeira N. The outcomes of psychotherapy in mixed features personality disorders: A systematic review. *Revista de Psiquiatria Clinica* 2018.45(6):161 EP – 166. DOI: 10.1590/0101-60830000000180.
88. Hunnicutt Hollenbaugh, Karen Michelle, Lenz A Stephen. Preliminary evidence for the effectiveness of dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of Counseling & Development* 2018.96(2):119–31. DOI: 10.1002/jcad.12186.
89. Sloan Elise, Hall Kate, Moulding Richard, Bryce Shayden, Mildred Helen, Staiger Petra K. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review* 2017.57:141–63. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.002.
90. Taylor Christopher D. J, Bee Penny, Haddock Gillian. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and psychotherapy* 2017.90(3):456–79. DOI: 10.1111/papt.12112.
91. Rampling J, Furtado V, Winsper C, Marwaha S, Lucca G, Livanou M, mfl. Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 2016.34:17–28. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2422.
92. Espenes K, Tormoen A J, Rognstad K, Nilsen K H, Waaler P M, Wentzel-Larsen T, mfl. Effect of

Psychosocial Interventions on Children and Youth Emotion Regulation: A Meta-Analysis. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2024. DOI: 10.1007/s10488-024-01373-3.

93. Jorgensen Mie Sedoc, Storebo Ole Jakob, Stoffers-Winterling Jutta M, Faltinsen Erlend, Todorovac Adnan, Simonsen Erik. Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features-A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. PloS one 2021.16(1):e0245331. DOI: 10.1371/journal.pone.0245331.
94. Mattos BPD, Pascher E, Catelan RF, Eckert I. Letter to the editor: Methodological flaws on the conduct and reporting in “Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review”. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2024.92(11):779–81. DOI: 10.1037/ccp0000883.
95. GRADE handbook. Tilgjengelig fra: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>

Vedlegg 1: Søkestrategi

Søkeresultater totalt 2611

Søkedato: 29.08.2025

Søkeansvarlig: Lien Nguyen

Fagfelleevaluering: Ingvild Kirkehei

Database	Antall treff
Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions <1946 to August 28, 2025>	407
APA PsycInfo <1806 to August 2025 Week 4> [OVID]	382
Embase <1974 to 2025 August 27> [OVID]	600
Cochrane Database of Systematic Reviews [Wiley]	12
Web of Science Core Collection [Clarivate]	907
Epistemonikos [Epistemonikos Foundation]	303
Totalt importert til EndNote	2611
Totalt etter dublettkontroll i EndNote	1575

Søkestrategier

Database: MEDLINE

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: Systematiske oversikter, 2015-2025

1 exp personality disorders/ [antisocial personality disorder/ or borderline personality disorder/ or compulsive personality disorder/ or dependent personality disorder/ or histrionic personality disorder/ or narcissistic personality disorder/ or paranoid personality disorder/ or passive-aggressive personality disorder/ or schizoid personality disorder/ or schizotypal personality disorder/] 46947

2 psychopathology/ 9055

3 (personality adj (disorder* or patholog* or psychopatholog*)).ti,ab,kf,bt. 26323

4 (borderline adj (patient* or inpatient* or outpatient* or patholog* or psychopatholog* or personalit* or pd)).ti,ab,kf,bt. 10745

5 ((antisocial or "anti social" or avoidant or anxious or compulsive or dependent or dissocial* or dyssocial* or emotional* unstable or impulsive or histrionic or narcissistic or negativistic or

pathological or paranoid or passive-aggressive or schizoid or schizotypal or sadistic) adj (pd or
 personalit* or patholog* or psychopatholog*).ti,ab,kf,bt. 9198
 6 (BPD or OCPD).ti. 417
 7 or/1-6 67393
 8 psychotherapy/ or cognitive behavioral therapy/ or psychotherapy, psychodynamic/ or psy-
 chotherapy, group/ or problem solving/ or systems theory/ or Practice Guidelines as Topic/ or
 evidence based practice/ or best practices/ or treatment guidelines/ or guideline/ 290887
 9 (psychotherapy or psychotherapies or psycho-therapy or psycho-therapies).ti,ab,kf,bt.
 50167
 10 (generalist or nonspeciali* or non-speciali* or unspeciali?ed).ti,ab,kf,bt. 16399
 11 ((psychological or psychiatric or psychotherapeutic or psycho-therapeutic or psychody-
 namic or psycho-dynamic) adj (treatment* or therap*).ti,ab,kf,bt. 18116
 12 or/8-11 336936
 13 7 and 12 7289
 14 Guideline informed treatment.ti,ab,kf,bt. 4
 15 Good Psychiatric Management.ti,ab,kf,bt. 38
 16 General Psychiatric Management.ti,ab,kf,bt. 31
 17 Structured Clinical Management.ti,ab,kf,bt. 12
 18 (Systems Training for Emotional Predictability or Systems Training for Problem Solv-
 ing).ti,ab,kf,bt. 38
 19 (STEPPS or STAIRWAYS).ti,ab,kf,bt. 141
 20 ((Transference-focused or Schema-focused or Schema or Dialectic* Behavio* or Men-
 tali?ation-based) adj (treatment* or therap*).ti,ab,kf,bt. 2266
 21 (GIT or GPM or SCM or TFT or SFT or DBT or MBT).ti. 1228
 22 or/13-21 10136
 23 ((treatmen* or management* or program* or intervention* or therapeutic or therapy or
 therapies or psychotherapy or psycho-therapy or psycho-therapies) and (personality or
 PD)).ti. 8808
 24 limit 23 to abstracts 7602
 25 23 not 24 1206
 26 Meta-Analysis/ 215561
 27 Meta-Analysis as Topic/ 26036
 28 Systematic Reviews as Topic/ 16434
 29 Systematic Review.pt. 300551
 30 Meta-Analysis.pt. 215561
 31 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta
 regression* or metaregression* or meta review* or metareview* or (evidence* adj2 synth*) or
 synthesis review* or meta-synth* or metasynt* or meta-ethnograph* or metaethnograph* or
 narrative-synthes* or meta-aggregat* or metaaggregat*).ti,ab,kf,bt. 604322
 32 review.pt. and (pubmed or medline or qualitative).ab. 156031
 33 or/26-32 732646
 34 33 and (22 or 25) 573
 35 exp animals/ not humans/ 5368753
 36 (news or editorial or comment or letter).pt. 2561529
 37 34 not (35 or 36) 561
 38 limit 37 to yr="2015-2025" 407
 39 remove duplicates from 38 407
 55 Vedlegg

Database: PsycINFO

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: Systematiske oversikter, 2015-2025

1 exp personality disorders/ [antisocial personality disorder/ or avoidant personality disorder/ or borderline personality disorder/ or dependent personality disorder/ or histrionic personality disorder/ or narcissistic personality disorder/ or obsessive compulsive personality disorder/ or paranoid personality disorder/ or passive aggressive personality disorder/ or sadomasochistic personality/ or schizoid personality disorder/ or schizotypal personality disorder/] 34153

2 psychopathology/ 36557

3 (personality adj (disorder* or patholog* or psychopatholog*)).ti,ab,id,bt. 39953

4 (borderline adj (patient* or inpatient* or outpatient* or patholog* or psychopatholog* or personalit* or pd)).ti,ab,id,bt. 15615

5 ((antisocial or "anti social" or avoidant or anxious or compulsive or dependent or dissocial* or dyssocial* or emotional* unstable or impulsive or histrionic or narcissistic or negativistic or pathological or paranoid or passive-aggressive or schizoid or schizotypal or sadistic) adj (pd or personalit* or patholog* or psychopatholog*)).ti,ab,id,bt. 13809

6 (BPD or OCPD).ti. 198

7 or/1-6 87822

8 psychotherapy/ or exp group psychotherapy/ or interpersonal psychotherapy/ or psychodynamic psychotherapy/ or cognitive therapy/ or cognitive behavior therapy/ or problem solving/ or group problem solving/ 161203

9 (psychotherapy or psychotherapies or psycho-therapy or psycho-therapies).ti,ab,id,bt. 121078

10 (generalist or nonspeciali* or non-speciali* or unspeciali?ed).ti,ab,id,bt. 4004

11 ((psychological or psychiatric or psychotherapeutic or psycho-therapeutic or psychodynamic or psycho-dynamic) adj (treatment* or therap*)).ti,ab,id,bt. 25923

12 or/8-11 233800

13 7 and 12 11460

14 Guideline informed treatment.ti,ab,id,bt. 4

15 Good Psychiatric Management.ti,ab,id,bt. 43

16 General Psychiatric Management.ti,ab,id,bt. 49

17 Structured Clinical Management.ti,ab,id,bt. 34

18 (Systems Training for Emotional Predictability or Systems Training for Problem Solving).ti,ab,id,bt. 70

19 (STEPPS or STAIRWAYS).ti,ab,id,bt. 111

20 ((Transference-focused or Schema-focused or Schema or Dialectic* Behavior* or Mentalization-based) adj (treatment* or therap*)).ti,ab,id,bt. 4485

21 (GIT or GPM or SCM or TFT or SFT or DBT or MBT).ti. 553

22 or/13-21 15108

23 ((treatmen* or management* or program* or intervention* or therapeutic or therapy or therapies or psychotherapy or psycho-therapy or psycho-therapies) and (personality or PD)).ti. 6183

24 limit 23 to abstracts 5752

56 Vedlegg

25 23 not 24 431
 26 ("0830" or "1200").md. [note: Systematic Review; Meta Analysis] 86123
 27 "Systematic Review"/ 937
 28 Meta Analysis/ 5592
 29 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or metaregression* or meta review* or metareview* or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review* or meta-synth* or metasynth* or meta-ethnograph* or metaethnograph* or narrative-synthes* or meta-aggregat* or metaaggregat*).ti,ab,id,bt. 116129
 30 "literature review"/ 23083
 31 or/26-30 144771
 32 31 and (22 or 25) 584
 33 (animal not human).po. 400933
 34 (news or editorial or comment or letter).dt. 73869
 35 32 not (33 or 34) 580
 36 limit 35 to yr="2015-2025" 383
 37 remove duplicates from 36 382

Database: EMBASE

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: Systematiske oversikter, 2015-2025

1 *personality disorder/ or *character disorder/ or *passive aggressive personality disorder/ or *psychopathy/ or *sadistic personality disorder/ or *self defeating personality disorder/ or *impulsiveness/ or *psychopathology/ 157220
 2 exp *cluster a personality disorder/ [paranoid personality disorder/ or schizoidism/ or schizotypal personality disorder/] 2590
 3 exp *cluster b personality disorder/ [antisocial personality disorder/ or borderline state/ or histrionic personality disorder/ or narcissism/] 15566
 4 exp *cluster c personality disorder/ [avoidant personality disorder/ or compulsive personality disorder/ or dependent personality disorder/] 2231
 5 (personality adj (disorder* or patholog* or psychopatholog*)).ti,ab,kf,bt. 36012
 6 (borderline adj (patient* or inpatient* or outpatient* or patholog* or psychopatholog* or personalit* or pd)).ti,ab,kf,bt. 14283
 7 ((antisocial or "anti social" or avoidant or anxious or compulsive or dependent or dissocial* or dyssocial* or emotional* unstable or impulsive or histrionic or narcissistic or negativistic or pathological or paranoid or passive-aggressive or schizoid or schizotypal or sadistic) adj (pd or personalit* or patholog* or psychopatholog*)).ti,ab,kf,bt. 12498
 8 (BPD or OCPD).ti. 972
 9 or/1-8 194028
 10 *psychotherapy/ or *psychodynamic psychotherapy/ or *cognitive behavioral therapy/ or *problem solving therapy/ or *systems theory/ or *evidence based practice/ or *treatment guideline/ or *Guideline/ or *Guidelines as topic/ or *practice guideline/ 182428
 11 (psychotherapy or psychotherapies or psycho-therapy or psycho-therapies).ti,ab,kf,bt. 66595
 12 (generalist or nonspeciali* or non-speciali* or unspeciali?ed).ti,ab,kf,bt. 18981

13 ((psychological or psychiatric or psychotherapeutic or psycho-therapeutic or psychodynamic or psycho-dynamic) adj (treatment* or therap*)).ti,ab,kf,bt. 26087
 14 or/10-13 257549
 15 9 and 14 12291
 16 Guideline informed treatment.ti,ab,kf,bt. 7
 17 Good Psychiatric Management.ti,ab,kf,bt. 48
 18 General Psychiatric Management.ti,ab,kf,bt. 36
 19 Structured Clinical Management.ti,ab,kf,bt. 18
 20 (Systems Training for Emotional Predictability or Systems Training for Problem Solving).ti,ab,kf,bt. 51
 21 (STEPPS or STAIRWAYS).ti,ab,kf,bt. 224
 22 ((Transference-focused or Schema-focused or Schema or Dialectic* Behavior* or Mentalization-based) adj (treatment* or therap*)).ti,ab,kf,bt. 3241
 23 (GIT or GPM or SCM or TFT or SFT or DBT or MBT).ti. 1791
 24 or/15-23 16545
 25 ((treatmen* or management* or program* or intervention* or therapeutic or therapy or therapies or psychotherapy or psycho-therapy or psycho-therapies) and (personality or PD)).ti. 15200
 26 limit 25 to abstracts 14022
 27 25 not 26 1178
 28 Meta Analysis/ 372461
 29 "meta analysis (topic)"/ 59133
 30 Systematic Review/ 547643
 31 "systematic review (topic)"/ 38016
 32 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or metaregression* or meta review* or metareview* or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review* or meta-synth* or metasynt* or meta-ethnograph* or metaethnograph* or narrative-synthes* or meta-aggregat* or metaaggregat*).ti,ab,kf,bt. 751137
 33 Review.pt. and (pubmed or medline or qualitative).ab. 270672
 34 or/28-33 1027717
 35 34 and (24 or 27) 1284
 36 (exp animals/ or exp invertebrate/ or animal experiment/ or animal model/ or animal tissue/ or animal cell/ or nonhuman/) not (human/ or normal human/ or human cell/) 7843114
 37 (news or editorial or comment).pt. 845633
 38 35 not (36 or 37) 1273
 39 limit 38 to yr="2015-2025" 907
 40 limit 39 to embase 602
 41 remove duplicates from 40 600

Database: Cochrane Library

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: Cochrane Reviews, år 2015-2025

#1 [mh "personality disorders"] 1923

#2 [mh ^"psychopathology"] 126

58 Vedlegg

#3 (personality NEXT (disorder* or patholog* or psychopatholog*)):ti,ab,kw 3542

#4 (borderline NEXT (patient* or inpatient* or outpatient* or patholog* or psychopatholog* or personalit* or pd)):ti,ab,kw 1254

#5 ((antisocial or "anti social" or avoidant or anxious or compulsive or dependent or dissocial* or dyssocial* or emotional-unstable or emotionally-unstable or impulsive or histrionic or narcissistic or negativistic or pathological or paranoid or passive-aggressive or schizoid or schizotypal or sadistic) NEXT (pd or personalit* or patholog*)):ti,ab,kw 1279

#6 (BPD or OCPD):ti 214

#7 {or #1-#6} 4034

#8 [mh ^"psychotherapy"] OR [mh ^"behavior therapy"] OR [mh ^"or cognitive behavioral therapy"] OR [mh ^"emotion-focused therapy"] OR [mh ^"interpersonal psychotherapy"] OR [mh ^"psychotherapy, brief"] OR [mh ^"psychotherapy, psychodynamic"] OR [mh ^"psychotherapy, group"] OR [mh ^"sensitivity training groups"] OR [mh ^"problem solving"] OR [mh ^"case management"] OR [mh ^"systems theory"] OR [mh ^"evidence based practice"] OR [mh ^"best practices"] OR [mh ^"treatment guidelines"] OR [mh ^"guideline"] or [mh ^"Practice Guidelines as Topic"] 19206

#9 (psychotherapy or psychotherapies or psycho-therapy or psycho-therapies):ti,ab,kw 17406

#10 (generalist or nonspeciali* or non-speciali* or unspeciali?ed):ti,ab,kw 633

#11 ((psychological or psychiatric or psychotherapeutic or psycho-therapeutic or psychodynamic or psycho-dynamic) NEXT (treatment* or therap*)):ti,ab,kw 5707

#12 {or #8-#11} 33390

#13 #7 and #12 1137

#14 "Guideline informed treatment":ti,ab,kw 1

#15 "Good Psychiatric Management":ti,ab,kw 7

#16 "General Psychiatric Management":ti,ab,kw 19

#17 "Structured Clinical Management":ti,ab,kw 10

#18 ("Systems Training for Emotional Predictability" or "Systems Training for Problem Solving"):ti,ab,kw 17

#19 ((Transference-focused or Schema-focused or Schema or (Dialectic* NEXT Behavior*) or Mentalisation-based or Mentalization-based) NEXT (treatment* or therap*)):ti,ab,kw 1099

#20 (STEPPS or STAIRWAYS):ti,ab,kw 62

#21 (GIT or GPM or SCM or TFT or SFT or DBT or MBT):ti 223

#22 {or #13-#21} 2133

#23 {or #13-#21} with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Jul 2025, in Cochrane Reviews 12

Database: Web of Science Core collection

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: Review Article (Document Types) Timespan: 2015-01-01 to 2025-08-29

1: TS=((systematic* NEAR/1 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or meta-review* or metareview* or (evidence* NEAR/1 synth*) or synthesis-review* or meta-synth* or metasynth* or meta-ethnograph* or metaethnograph* or narrative-synthes* or meta-aggregat* or metaaggregat*) Results: 955044

2: TS=((Transference-focused or Schema-focused or Schema or Dialectic*-Behavio* or Mentalization-based) NEAR/0 (treatment* or therap*))) Results: 4020

3: TS=(STEPPS or STAIRWAYS) Results: 399

4: TS=("Systems Training for Emotional Predictability" or "Systems Training for Problem Solving") Results: 41

5: TS=("Structured Clinical Management") Results: 13

6: TS=("General Psychiatric Management") Results: 35

7: TS=("Good Psychiatric Management") Results: 59

8: TS=("Guideline informed treatment*") Results: 2

9: TS=(psychotherapy or psychotherapies or psycho-therapy or psycho-therapies) Results: 72749

10: TS=(generalist or nonspeciali* or non-speciali* or unspecialiEd) Results: 31666

11: TS=((psychological or psychiatric or psychotherapeutic or psycho-therapeutic or psychodynamic or psycho-dynamic) NEAR/0 (treatment* or therap*))) Results: 22212

12: #9 OR #10 OR #11 Results: 125592

13: BPD or OCPD (Title) Results: 1338

14: TS=((antisocial or "anti social" or avoidant or anxious or compulsive or dependent or dissocial* or dyssocial* or emotional*-unstable or impulsive or histrionic or narcissistic or negativistic or pathological or paranoid or passive-aggressive or schizoid or schizotypal or sadistic) NEAR/0 (pd or personalit* or patholog* or psychopatholog*))) Results: 442318

15: TS=((borderline NEAR/0 (patient* or inpatient* or outpatient* or patholog* or psychopatholog* or personalit* or pd))) Results: 16543

16: TS=((personality NEAR/0 (disorder* or patholog* or psychopatholog*))) Results: 38942

17: #13 OR #14 OR #15 OR #16 Results: 474758

18: #12 AND #17 Results: 5967

19: #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #18 Results: 10003

20: #1 AND #19 Results: 907

Database: Epistemonikos

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: Systematic Review, Broad Synthesis, Structured Summary. Publication year 2010-2025

Note: Søketreffene ble dublettsjekket separat før de ble lagt til i EndNote-biblioteket sammen med resten av treffmengden.

SØK 1 - 162 systematic review, 8 Broad Synthesis

Title/Abstract: "personality disorder" OR "personality disorders" OR personality-disorder* OR "personality pathology" OR "personality pathologies" OR "personality psychopathology" OR "personality psychopathologies" OR borderline OR antisocial or "anti social" or avoidant or anxious or compulsive or dependent or dissocial* or dyssocial* or "emotional unstable" or "emotionally unstable" or impulsive or histrionic or narcissis* or negativistic or pathological or paranoid or passive-aggressive or schizoid or schizotypal or sadistic

AND

Title/Abstract: psychotherapy OR psychotherapies OR psycho-therapy OR psycho-therapies OR generalist OR nonspeciali* OR non-speciali* OR unspecialized OR unspecialised

SØK 2 - 526 Systematic Review, 28 Broad Synthesis

Title/Abstract: "personality disorder" OR "personality disorders" OR personality-disorder* OR "personality pathology" OR "personality pathologies" OR "personality psychopathology" OR "personality psychopathologies" OR borderline OR antisocial or "anti social" or avoidant or anxious or compulsive or dependent or dissocial* or dyssocial* or "emotional unstable" or "emotionally unstable" or impulsive or histrionic or narcissis* or negativistic or pathological or paranoid or passive-aggressive or schizoid or schizotypal or sadistic

AND

(

Title/Abstract: (psychological or psychiatric or psychotherapeutic or psycho-therapeutic or psychodynamic or psycho-dynamic) AND (treatment* or therap*)

OR

Abstract: (psychological or psychiatric or psychotherapeutic or psycho-therapeutic or psychodynamic or psycho-dynamic) AND (treatment* or therap*)

)

SØK 3 - 16 Systematic Review

Title/Abstract: "Guideline informed treatment" OR "Good Psychiatric Management" OR "General Psychiatric Management" OR "Structured Clinical Management" OR "Systems Training for Emotional Predictability") OR abstract:("Guideline informed treatment" OR "Good Psychiatric Management" OR "General Psychiatric Management" OR "Structured Clinical Management" OR "Systems Training for Emotional Predictability" OR "Systems Training for Problem Solving") OR abstract:("Guideline informed treatment" OR "Good Psychiatric Management" OR "General Psychiatric Management" OR "Structured Clinical Management" OR "Systems Training for Emotional Predictability"

OR

Title: STEPPS OR STAIRWAYS OR GIT or GPM or SCM or TFT or SFT or DBT or MBT

SØK 4 - 69 Systematic Review, 7 Broad Synthesis

Title/Abstract: "personality disorder" OR "personality disorders" OR personality-disorder* OR "personality pathology" OR "personality pathologies" OR "personality psychopathology" OR "personality psychopathologies" OR borderline OR antisocial or "anti social" or avoidant or anxious or compulsive or dependent or dissocial* or dyssocial* or "emotional unstable" or "emotionally unstable" or impulsive or histrionic or narcissis* or negativistic or pathological or paranoid or passive-aggressive or schizoid or schizotypal or sadistic

AND

Title/Abstract: Transference-focused OR Schema-focused OR "Schema therapy" OR "schema therapies" OR "schema treatment" OR "schema treatments" OR Dialectic* OR Mentalisation-based or Mentalization-based OR "Mentalisation based" or "Mentalization based".

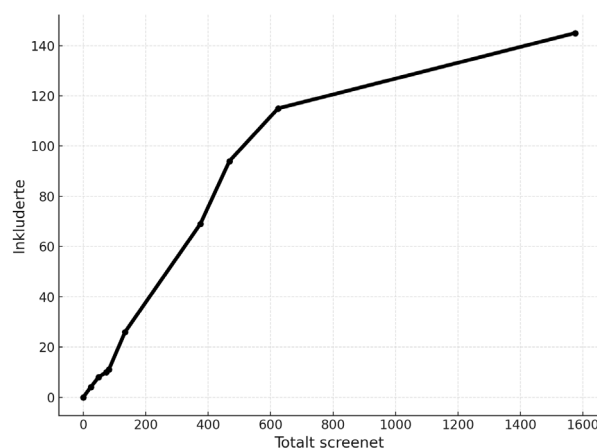
Vedlegg 2: Bruk av maskinlæring

I tråd med prosjektplanen benyttet vi funksjonen *priority screening* i EPPI-Reviewer, som kombinerer manuell vurdering med maskinlæring for å effektivisere screeningen av titler og sammendrag.

I prosjektplanen definerte vi fire kriterier for når screeningen kunne avsluttes:

1. Alle nøkkelartikler var identifisert. Dette gjaldt Setkowski og medarbeidere (2023) og Crotty og medarbeidere (2024), som vi på forhånd hadde bestemt måtte være med.
2. Det var screenet minst dobbelt så mange som det estimerte antallet relevante studier. Av de første 80 tilfeldig utvalgte referansene fant vi 11 relevante (13,75 %). Dette tilsvarer et estimat på 216 relevante artikler i hele datasettet. Stoppgrensen ble derfor satt til 432 screenede referanser.
3. Minst 10 % av hele datasettet var screenet (minst 157 referanser). Dette sikret at et minimum av datasettet var gjennomgått.
4. Ingen nye relevante studier var identifisert i de siste 250 vurderte. Dette var et signal om at det sannsynligvis ikke fantes flere relevante artikler i resten av datasettet.

Ikke alle kriteriene ble oppfylt (bl.a. ble det fortsatt identifisert relevante publikasjoner blant de siste 250 referansene). Vi valgte derfor å dobbelt-screene hele datasettet (N = 1575) på tittel- og sammendragsnivå.



Figur v1: Totalt antall screenede referanser (x-akse) mot antall inkluderte studier (y-akse). Figuren viser at kurven ikke flatet helt ut, noe som indikerer at det fortsatt ble identifisert relevante publikasjoner mot slutten av screeningen.

Vedlegg 3: Beskrivelse av de inkluderte oversiktene uten relevante primærstudier (n=50)

50 systematiske oversikter beskrevet i 50 publikasjoner inkluderte ingen relevante primærstudier, men tilfredsstilte våre inklusjonskriterier (14;33;46–92). I tabell V1 presenterer vi de 50 systematiske oversiktene sortert etter år for litteratursøk med den nyeste først.

Den nyeste av disse systematiske oversiktene hadde gjort litteratursøk i 2024, mens den eldste hadde utført søk i 2015. I 20 av oversiktene var personer med personlighetsforstyrrelser hovedmålgruppen. De øvrige oversiktene studerte brede populasjoner som ofte ble karakterisert som personer med psykisk sykdom (n= 18), personer med selvmordsatferd og selvskading (n= 4), eller personer med emosjonsreguleringsvansker (n=1). Noen få studerte spesifikke populasjoner som straffedømte personer (n=5, hvorav 3 inngår i de 20 oversiktene med personlighetsforstyrrelser). I et mindre antall (n=5) var ikke populasjonen spesifisert i oversiktens PICO. Ni av oversiktene studerte barn og ungdommer spesielt, syv inkluderte kun ungdommer, mens mer enn halvparten (n=26) kun voksepopulasjoner. To oversikter spesifiserte ikke alder på populasjonen, mens de resterende inkluderte alle aldre.

De fleste av de 50 oversiktene hadde studert brede tiltakskategorier, beskrevet i publikasjonene som psykologiske tiltak, psykoterapi, og/eller psykososiale tiltak eller lignende (n=28). Noen oversikter studerte et spesifikt sett (grupper) med spesialiserte behandlingsmodeller (n=2), mens noen oversikter spesifiserte én spesifikk kategori tiltak som DBT (n=8), Skjematerapi (n=4) eller MBT (n=5). De øvrige (n=3) oppga tiltak ment for å redusere/endre en konkret type atferd eller problem uten nærmere beskrivelse av dette. To av de femti oversiktene oppga, blant et sett av aktuelle tiltak, at de inkluderte henholdsvis STEPPS (74) og GPM (93), mens de øvrige ikke spesifiserte hvorvidt de studerte enklere, tilpassede behandlingsmodeller spesielt, verken som tiltak eller i kontrolltiltaket. I alt manglet 27 av de 50 systematiske oversiktene beskrivelser av kontrolltiltaket (sammenlikningen), fire sammenliknet kun med standardbehandling, mens de øvrige oversiktene hadde lite spesifikke beskrivelser som inkluderte aktivt kontrolltiltak, annen type behandling, og lignende.

Tabell V1: Inkluderte systematiske oversikter uten relevante studier for vår problemstilling (n= 46) er merket med*, og de som hadde standardbehandling (eller lignende) som eneste kontrolltiltak (n= 4) er merket med **

Forfatter, år (søkeår)	Populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Utfall
Abdolizadeh, 2025 (2024)*	Innlagt i psykisk helsevern, voksne	Farmakologiske og ikke-farmakologiske tiltak	Ikke spesifisert	Selvmondsatferd
Joshua, 2025 (2024)*	Diagnostisert psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelser, unge mellom 12 og 30 år	Skjematerapi (ledet av kliniker)	Ikke spesifisert	Symptomer relatert til den psykiske lidelsen eller de psykiske plagene
Magill, 2025 (2024)*	Rus-diagnose kombinert med psykisk sykdom, voksne	CBT-orienterte metoder kombinert med annen terapi	Ikke spesifisert	Rusbruk, symptomer på psykisk uhelse
Sandery, 2024 (2024)*	Psykiatrisk diagnose; barn og ungdommer mellom 10 og 19 år	Tredje bølge av kognitive atferdsterapi: MBCT, MBSR, DBT, ACT, CFT	Aktivt kontrolltiltak eller ikke-aktivt tiltak (f.eks. venteliste)	Psykiske symptomer på for eksempel angst, depresjon, selvmordstanker eller psykologisk fungering (for eksempel emosjonsregulering)
Cha, 2024 (2023)*	EUPF alle behandlingssettinger, voksne menn	Psykologisk behandling eller medisinering	Ikke spesifisert	Primære og sekundære utfall på effekt og erfaringer målt i de inkluderte studiene
Cuijpers, 2024 (2023)**	8 typer psykiske diagnoser, voksne	Psykoteraier	Standardbehandling, venteliste, pille-placbo	Absolutte respons-rater, dvs. minst 50 % symptom-reduksjon fra baseline til måletidspunkt
Hu, 2024 (2023)*	Høyrisiko-pasienter for selvmord/selvskading, uklar aldersgruppe	Ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge suicidale forsøk	Andre tiltak, standardbehandling, forsterket standardbehandling	Selvmondsatferd, selvskading
Prillinger, 2024 (2023)*	Kombinasjon EUPF og PTSD, alle aldre	DBT (DBT-PTSD, DBT PE)	Ikke spesifisert	PTSD-symptomer, EUPF-symptomer
Tanvir, 2023 (2023)*	EUPF med PTSD, voksne	DBT	Annen terapi	PTSD-symptomer, EUPF-symptomer
Tracy, 2025 (2023)*	PF, uklar aldersgruppe	Skjematerapi levert som gruppeterapi	Ikke spesifisert	Effekt på den aktuelle tilstanden
Alkan, 2025 (2022)*	Alle typer psykiske lidelserr, voksne	Mindfulness basert intervensjon	Standardbehandling, aktive tiltak, medisinering, eller kombinasjon	Symptomer på depresjon
Garcia-Fernandez, 2024 (2022)*	Selvmondsatferd, barn og unge 10–19 år	Psykologiske tiltak for behandling av selvmordsatferd	Ikke spesifisert	Selvmondsatferd
Iwakabe, 2023 (2022)*	Pasienter med psykiske utfordringer, voksne	Psykoteraier	Ikke spesifisert (resultatene sier: aktivt kontrolltiltak, ingen tiltak, venteliste)	Emosjonsregulering målt med validert instrument
Pedrola-Pons, 2024 (2022)*	Personer i fengsel, voksne	Psykoteraier ment for å forebygge selvmord og selvskading	Ingen kontrollgruppe eller ingen tiltak	Selvskading, selvmordsatferd

Ribeiro, 2024 (2022)*	Straffedømte med psykopatiske personlighetstrekk; ungdom > 12 år og voksne	Psykologiske eller sosiale tiltak ment for å redusere voldelig atferd	Aktivt eller ikke-aktivt kontrolltiltak	Psykopatiske personlighetstrekk, tilbakefall til kriminalitet
Vijaya-priya, 2023 (2022)*	Diagnostisert med psykisk lidelse, ungdom > 12 år og voksne	DBT (generelle prinsipper)	Ikke spesifisert	Kognitive funksjoner (subjektive og objektive mål, hjernestruktur/ funksjon)
Zhang 2023, (2022)*	PF, voksne	Skjematerapi	Ikke spesifisert	PF-symptomer og alvorlighetsgrad (andre: livskvalitet, psykiske helse/ symptomer, interpersonlige vansker)
Holah, 2024 (2021)*	EUPF, menn og gutter i alle aldre	DBT	Standardbehandling, andre tiltak, ingen tiltak	Målt med validerte eller tilpassede instrumenter for å fange opp behandlingsresultater som emosjonsregulering, aggresjon, vold, depressive symptomer, selvskading og selvmordsatferd
Holland, 2023 (2021)*	EUPF med rusmisbruk, voksne	Psykologiske intervensjoner	Andre tiltak, ingen tiltak	EUPF-symptomer, andel pasienter med rusmisbruk, andre utfall relatert til psykisk helse som selvskading, selvmordsatferd, impulsivitet, selvfølelse
Kounidas, 2022 (2021)*	EUPF, voksne	Mindfulness-baserte tiltak	Alle typer psykoterapi eller aktive kontrolltiltak	Impulsivitet, oppmerksomhet, emosjonsregulering, mindfulness kapasitet
May, 2023 (2021)*	EUPF og PTSD, Kvinner i perinatal perioden	Tiltak for perinatale EUPF-symptomer og traumer, ikke ytterligere spesifisert	Ikke spesifisert	Lite spesifisert (i resultater: interpersonlig fungering, psykopatologi, maternell patologi, EUPF-symptomer, emosjons-regulering, komplekse traumer)
Nawaz, 2021 (2021)*	Pasienter innlagt i psykisk helsevern, alle aldre	Tiltak til inneliggende pasienter	Ikke spesifisert	Selvskading
Stoffers-Winterling, 2022 (2021)**	EUPF, voksne	Psykotterapi (frittstående behandling og kombinasjonsbehandling/«add-on»)	Alle typer uspesifiserte kontrolltiltak (dvs. eksklusjon av spesifikke EUPF psykotterapi-tiltak), standardbehandling, venteliste, koordinering av psykososialt arbeid	Globale EUPF-symptomer, selvskading, selvmordsatferd, selvmordstanker, psykososial fungering
Waitz, 2021 (2021)*	Inneliggende/ døgntilbehandling, ungdommer	DBT-A	Ikke spesifisert	Uklart beskrevet i PICO

Byrne, 2020 (2020)*	Ikke spesifisert, foreldre og barn/ungdommer	MBT	Ikke spesifisert	Standardiserte mål på psykisk lidelse
Griffiths, 2022 (2020)*	Innlagte i psykisk helsevern, barn	Tiltak for å redusere selvskading	Ikke spesifisert	Selvskading
Kothgassner, 2021 (2020)*	Selvskading, ungdommer 12-19 år	DBT-A (uten farmakologisk behandling)	Kontroll-tiltak eller før-etter evaluering	Selvskading, selvmordstanker
Midgley, 2021 (2020)*	Psykisk lidelse ikke spesifisert, barn og unge 3-25 år	Psykodynamisk eller psykoanalytisk terapi	Ikke spesifisert	Relevante utfall for den aktuelle psykiske lidelsen
Slotema, 2020 (2020)*	PF med PTSD; Uklar aldersgruppe	PTSD behandling	Kontrolltiltak annet enn tiltak for PTSD	Symptomer på PTSD. Andre: symptomer på PF, angst, depresjon, selvskading, selvmordsatferd, frafall fra behandling
Spong, 2021 (2020)*	EUPF, voksne	Psykoterapi med varighet ≤6 måneder (for eksempel STEPPS, DBT eller andre kortvarige tiltak)	Psykologiske tiltak, standardbehandling, SCM, ikke-manualisert- eller generisk psykoterapi	EUPF-kjernesymptomer, humør, selvskading, selvmordsatferd, tjenestebruk, sosial funksjon, psykisk helse
Stynes, 2022 (2020)*	Personer som deltok i studier om effekter av MBTW, alle aldersgrupper	MBTW	Aktive eller inaktive kontrollgrupper	Selvstigmatisering, skam (andre: delta-gelse i samfunnet, livskvalitet, velvære, selvssetting, søk-etter-hjelp atferd, relasjoner, psykisk helse)
Witt, 2021 (2020)*	Selvskading, barn og ungdommer <18 år	Spesifiserte psykososiale tiltak, farmakologiske tiltak, tiltak med naturlige produkter (f.eks. kosttilskudd)	Standardbehandling, forsterket standardbehandling, aktivt tiltak, placebo medikamentell behandling, eller kombinasjon av disse	Gjentatt episode av selvskading som resulterte i mottak i helse-tjeneste
Yiu, 2021 (2020)*	Pasienter innlagt i akutt-psykiatrisk enhet, voksne	Psykososiale tiltak	Ikke spesifisert	Selvmordsatferd, selvskading, depresjon, håpløshet
Gibbon, 2020 (2019)**	Antisocial PF, voksne	Psykologiske tiltak	Standardbehandling, venteliste, ingen tiltak	Aggresjon, domfellelse, generell fungering/global funksjons-evne, sosial fugering
Jørgensen, 2021 (2019)*	EUPF, ungdommer	Klart definert, teori-basert psykotera-peutisk behandling	Standardbehandling, venteliste, ingen tiltak, eller spesifikke terapeutiske tiltak, slik som generell psykiatrisk behandling (GPM)	EUPF alvorlighetsgrad, sekundære utfall: psykopatologiske diagnoser, impulsivitet, rusmisbruk, funksjon, inkludert global fungering, livskvalitet
Rameckers, 2021 (2019)**	EUPF, voksne	Psykoterapi for EUPF	Ikke spesifisert (men inkluderer standardbehandling, CTBE)	EUPF-patologi etter DSM-kriteriene
Wong, 2020 (2019)*	EUPF (-diagnose, -symptomer, eller -	Psykoterapi (f.eks. DBT, MBT; CBT og andre)	Alle typer, inkludert standardbehandling, venteliste, eller andre støtteterapier	Alvorlighetsgrad av symptomer, forekomst av parasuicidal eller

	trekk), ungdommer				selvmordsatferd, funksjonell bedring (global funksjonsskala, klinisk bedømmelse eller selvrapportert) Aggresjon, vold
Gillions, 2019 (2018)*	Ikke spesifisert populasjon; voksne	Mindfulness, Buddhists eller annen oppmerksomhetsmeditasjon	Ikke spesifisert		
Harvey, 2019 (2018)*	Problemer med emosjonsregulering, alle aldre	DBT	Ikke spesifisert		Emosjonsregulering
MacInnes, 2019 (2018)*	Pasienter innlagt i rettspsykiatrisk helsevern, voksne	Psykologiske eller psykososiale tiltak	Ikke spesifisert		Psykiske plager, psykisk velvære, livskvalitet, tilfriskning, fare for vold, tilfredshet med behandlingen, skjerming, symptomer, terapeutisk relasjon og forhold i avdelingen
Moltrecht, 2021 (2018)*	Emosjonsreguleringsvansker ved depresjon, angst, spiseforstyrrelse, rusmisbruk, ADHD, EUPF-symptomer, barn og unge 6–24 år	Tiltak ment å bedre emosjonsregulering	Hvilke som helst kontrolltiltak		Emosjonsregulering, dysregulering, psykopatologi
Stewart, 2019 (2018)*	EUPF i en rettspsykiatrisk setting/fengsel; Uklar aldersgruppe	Psykoterapi (indivuell eller gruppe)	Ikke spesifisert		EUPF-symptomer og atferd
Connell, 2017 (2017)*	PF, voksne straffedømte	Alle typer tiltak rettet mot sosial fungering (psykologisk-, farmakologisk-, arbeidsrettet eller sosial trening/ behandling)	Ikke spesifisert		Sosiale utfall
Iyengar, 2018 (2017)*	Selvmordsatferd, selvskading, populasjon bestående av >50 % barn og unge <18 år	Terapeutiske intervensjoner, definert som enhver teoretisk fundert, manualbasert psykologisk, psykososial eller farmakologisk behandling	Placebo eller kontrollbehandling		Selvmordsatferd, selvmordstanker, selvskading, symptomer på depresjon
Silva, 2018 (2017)*	PF, voksne	Psykoterapi	Ikke spesifisert		PF-symptomer, livskvalitet, psykisk helse
Hunnicutt, 2018 (2016)*	Ikke spesifisert, barn og unge < 19 år	DBT-A	Ingen tiltak, standardbehandling, andre tiltak		Symptomer på depresjon, angst, selvskading, selvmordsatferd
Sloan, 2017 (2016)*	I behandling for psykisk lidelse/ symptomer, ungdommer	Psykologiske behandlingstiltak	Ikke spesifisert		Emosjonsregulering, symptomer på psykopatologi

Taylor, 2017 (2016)*	> 12 år og voksne Psykisk lidelse, voksne	Skjematerapi	Ikke spesifisert	Symptomer, symptomendring relatert til den aktuelle tilstanden
Rampling, 2016 (2015)*	EUPF, voksne	Ikke-farmakologiske tiltak	Ikke spesifisert	Vold, inkludert fysisk vold, verbal aggresjon, eller voldelig atferd
Espenes 2024 (ikke spesifisert søkedato)*	Kliniske eller subkliniske symptomer på psykisk lidelse; barn og unge 0–23 år	Psykososiale tiltak	Aktive eller passive kontrolltiltak, standardbehandling	Minst et mål på emosjonsregulering (f.eks. Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS) og symptom-mål på psykisk helse (f.eks. Child Behavior Checklist, CBCL)

Forkortelser (se tabell 1 i rapporten)

Vi gjør oppmerksom på at datauttrekket er hentet ut av én prosjektmedarbeider, uten validering av en annen. Det medfører en økt risiko for at tabellen kan inneholde feil, enn om datauttrekket hadde blitt kontrollert av en medarbeider. Vi prioriterte ikke dette av hensyn til ressurser/rammene i prosjektet.

I de 50 oversiktene presentert over, var det ingen aktuelle primærstudier inkludert. Dermed kan vi ikke basere oss på noen av disse for å evaluere effekt av enklere, tilpassede psykoterapi-modeller sammenliknet med spesialiserte psykoterapimodeller.

Vedlegg 4: Relevante ekskluderte studier lest i fulltekst

Studie	Eksklusjonsårsak
Alsubaie (2024)	Feil tiltak
Antuna-Cambor (2024)	Feil populasjon
Ater (2024)	Språk
Azevedo (2024)	Feil design, ikke effekt
Bahji (2021)	Riktig PICO, ingen relevante data. Kunne potensielt ha vært rapportert i oversikten
Bennett (2015)	Feil populasjon
Brown (2017)	Språk
Busby (2020)	Feil design, ikke SR
Calati (2018)	Feil design, ikke SR
Cañizares (2024)	Feil design, ikke SR
Carrasco (2023)	Språk
Ciesinski (2022)	Feil design, ikke SR
Clarkin (2023)	Feil design, ikke SR
Cook (2016)	For gammelt søk, før august 2014
Cwik (2020)	Feil design, ikke SR
Dadomo (2018)	Feil design, ikke SR
de la Torre-Luque (2023)	Feil populasjon
DeCou (2019)	Feil populasjon
Delaquis (2022)	Feil populasjon
Easdale-Cheele (2024)	Feil design, ikke SR
Echeburúa (2017)	Feil design, ikke SR
Emmelkamp (2025)	Feil design, ikke SR
Fonagy (2015)	Feil design, ikke SR
Giannoulis (2025)	Feil populasjon
Guhne (2015)	Feil design, ikke SR
Harrer (2025)	Annen
Hawton (2015)	Feil populasjon
Hawton (2016)	Gammel publisasjon (2009), feil i referanse
Heiland (2024)	Feil design, ikke SR
Howner (2018)	Feil design, OoO
Jakubovic (2023)	Feil design, ikke SR
Juanmarti (2017)	Feil design, ikke SR
Juul (2023)	Feil populasjon
Kaess (2025)	Feil design, ikke SR
Karaburun (2025)	Feil design, ikke SR
Kavla (2024)	Feil design, ikke SR
Kivlighan (2015)	Søk før 2015
Kothgassner (2020)	Feil design, ikke SR

Krysinska (2017)	Feil design, ikke SR
Lee (2015)	Søk før 2015
Leichsenring (2015)	Feil design, ikke SR
Leichsenring (2023)	Feil design, OoO
Leichsenring (2024)	Feil design, ikke SR
Li (2023)	Feil design, ikke SR
Links (2017)	Feil design, ikke SR
Luyten (2024)	Feil populasjon
Marques (2017)	Språk
Marr (2023)	Feil design, ikke SR
Mendez-Bustos (2019)	Feil sammenlikning (DBT vs. TAU før 2019)
Mills (2019)	Feil design, ikke SR
Moriana (2017)	Feil design, ikke SR
Morken (2019)	Feil design, OoO
Mungo (2020)	Feil design, ikke SR
Navarro (2023)	Språk
Nesnidal (2021)	Feil design, ikke SR
Olano (2017)	Feil design, ikke SR
Ougrin (2015)	Feil populasjon
Rado (2024)	Språk
Rao (2020)	Feil design, ikke SR
Robinson (2018)	Feil sammenlikning
Rudge (2020)	Feil design, ikke SR
Seidel (2024)	Feil sammenlikning
Seyedi (2024)	Feil design, ikke SR
Simon (2025)	Feil design, ikke SR
Simonsen (2025)	Feil design, ikke SR
Sng (2016)	Feil design, ikke SR
Sobanski (2021)	Feil design, ikke SR
Soomro (2015)	Søk før 2015
Thoma (2016)	Feil design, ikke SR
Timberlake (2020)	Feil design, ikke effekt
Torralba-Suarez (2024)	Feil design, OoO
van Alphen (2015)	Feil design, ikke SR
Wetzelaer (2017)	Feil design, ikke effekt av relevante tiltak (kostnadseffektivitet)

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Januar 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no