

**Behov for reinnleggelser etter et bredspektret
dagbehandlingstilbud for pasienter med personlighets-forstyrrelser**

Ole Johan Hovland og Bjørn Bøe

Behov for reinnleggelser etter et bredspektret dagbehandlingstilbud for pasienter med personlighets-forstyrrelser

Artikkelen beskriver et gruppebasert dagbehandlingstilbud for pasienter med personlighetsforstyrrelser. Tilbudet besto av både analytiske, kognitive og kreative grupper. Kan et slikt program redusere behovet for reinnleggelser hos disse pasientene?

Innledning

Fagfolk har i en årrekke diskutert behandlingsstrategier for pasienter med personlighetsforstyrrelser. Terapeutiske utfordringer og faglige frustrasjoner i forbindelse med «svingdørproblematikk», selvmordstrusler og sosial ustabilitet er velkjente for alle som arbeider innenfor psykisk helsevern. Pasienter med en ustabil personlighetsforstyrrelse utgjør en spesiell utfordring. De kjennetegnes av et vedvarende mønster av ustabile mellommenneskelige forhold, med bakgrunn i en intens sårbarhet for atskillelse og forlatthet. Behandlingen kompliseres ofte av mer eller mindre kronisk depresjon, angst og dissosiative forstyrrelser, psykotiske symptomer og stoffmisbruk. Diskusjonene om behandlingsstrategier i forhold til denne gruppen synes til en viss grad å reflektere det forvirrede og sårbare indre livet til disse pasientene (Goldstein, 1995; Kibel, 1978; Lorentzen, 1983; Quaytman & Sharfstein, 1997).

I denne artikkelen vil vi beskrive et nå avviklet gruppebasert dagbehandlingstilbud for pasienter med personlighetsproblematikk.¹ Hensikten er å se om dette programmet reduserte behovet for (re)innleggelser hos pasienter med en slik problematikk og tidligere innleggelseshistorie.

Et gruppebasert dagbehandlingsprogram

Piper og medarbeidere beskriver utviklingen av dagens psykoterapeutiske dagbehandlingsprogrammer for pasienter med personlighetsforstyrrelser (Piper, Rosie, Azim & Joyce, 1993; Rosie, Azim, Piper & Joyce, 1995). De mener at et behandlingsprogram som innbefatter en best mulig kobling mellom tilbud og pasient, en utstrakt bruk av miljøterapeutisk erfaring og et godt samarbeid med

¹Dette gruppebaserte dagbehandlingstilbudet er dessverre nedlagt. Grunnen er blant annet en reorganisering av sykehusets voksenpsykiatriske avdeling og at sentrale personer i programmet gikk over i andre stillinger. Uten en entusiastisk og faglig inspirerende ledelse samt engasjerte og dyktige behandlere, synes det vanskelig å opprettholde et slikt tilbud over lengre tid.

henvisende instanser, kan gi en betraktelig reduksjon i behovet for innleggelser i sengeposter. Denne oppmuntrende antakelsen ledet oss til å starte opp et gruppebasert dagbehandlingsprogram ved Haugesund Sjukehus. I tillegg til erfaringene fra Piper og medarbeidere, var vi inspirert av arbeidet til Karterud og medarbeidere, som har bygget opp et omfattende nasjonalt nettverk for dagbehandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser her i Norge. Disse klinikerne og forskerne har bidratt sterkt til en økende interesse for bruken av gruppebehandling innenfor et mer enhetlig dagbehandlingstilbud (Karterud, 1998; Karterud, Urnes & Pedersen, 2001).

Såkalte «svingdørspasienter» beslagla opptil 10–20 % av sengene ved vår avdeling. Dette utgjorde et betydelig antall i betraktning av at avdelingen opererer med over 450 innleggelser i året og 7000 polikliniske konsultasjoner. Mange har stilt spørsmål ved hvor formålstjenelig det er utelukkende å tilby individualterapi til denne gruppen pasienter (Kibel, 1978; Miller, 1995).

Vårt gruppebehandlingsprogram for pasienter med personlighetsproblematikk var organisatorisk underlagt poliklinikken ved sykehuset. Det ble opprinnelig utformet som et tilbud to perioder i året over tre dager (mandag, onsdag og fredag) à seks timer i uken over 18 uker. Programmet beskjeftiget en psykiater, en psykolog og en fysioterapeut i omtrent 20 % stilling hver, samt to psykiatriske sykepleiere i henholdsvis 50 % og tilnærmet 100 % stilling.

Programmet kombinerte analytiske (mandag og onsdag), kognitive (mandag og onsdag), bevegelses- (onsdag og fredag) og kreativitetsorienterte (mandag og fredag) gruppetilbud. Behandlingsfilosofien var basert på en bredspektret tilnærming med en kombinasjon av psykodynamisk teori, inkludert selvspsykologi (Goldstein, 1995; Karterud & Monsen, 1997; Kohut, 1984; Wilberg, Karterud, Urnes, Pedersen & Friis, 1998) og kognitiv atferdsterapi (Beck, Freeman & Associates, 1990; Wright, Thase, Beck & Ludgate, 1993; Young, 1994).

Behandlingen i de *analytiske gruppene* tok utgangspunkt i selvspsykologi. Her ble en liten grad av terapeutstyring vektlagt i et undrende og reflekterende relasjonsarbeid med her og nå-hendelser i gruppen. Sentralt stod oppbygning av en mindre fragmentert og forvrengt livshistorie, og øket selvfølelse og selvrespekt (Karterud, 1998).

Behandlingen i de *kognitive gruppene* vektla et terapeutstyrt «her og nå»-arbeid med å identifisere, gjenkjenne og forandre pasientenes uhensiktsmessige tankemønstre, følelsesmessige reaksjoner og atferdsmønstre. Dette ble hele tiden gjort i forhold til pasientenes egne ønsker og behov gjennom bruk av relasjonen til de andre gruppedeltakerne og terapeuten (Free, 1999).

Behandlingen i *kreativitetsgruppene* ble rettet mot å skape en situasjon med muligheter til å uttrykke egne tanker og følelser gjennom tegning og maling. Disse uttrykkene ble så utgangspunkt for refleksjon over egne assosiasjoner og følelsesmessige reaksjoner (Miller, 1994).

Behandlingen i *bevegelsesgruppene* hadde som mål å gi muligheter til å arbeide med oppmerksomhet på et utvalg av basale bevegelser for å stimulere til større kroppsopplevelse, kroppsbevissthet og kroppsbeherskelse. Dette kunne i sin tur gi en innfallsvinkel til en mer nyansert forståelse av seg selv (Kohut, 1981/1991; Skatteboe, 1990).

Det ble lagt til rette for at pasientene skulle kunne følge opp terapien over flere påfølgende grupper. Den enkelte ble oppfordret til å benytte seg av denne muligheten til å utnytte perspektivskifter i sin terapiprosess.

Hvert gruppetilbud ble som tidligere nevnt gitt to ganger i uken à en og en halv time. I tillegg ble det avholdt en medisingruppe etter behov, samt en fast ukeavslutningsgruppe hver fredag ettermiddag. I ukeavslutningsgruppen oppsummerte pasientene sine erfaringer den aktuelle uken. Den enkelte pasient ble best mulig forberedt på kommende helg og neste ukes gjenopptagelse av terapiprosessen.

Terapeutene hadde to ukentlige møter for å diskutere terapiprosessen til den enkelte pasient og eget samspill i denne prosessen. Et fagmiljø preget av personlig og faglig trygghet, åpenhet og samarbeid var avgjørende for å kunne gi et godt behandlingstilbud.

En klinisk illustrasjon

Pasienten, en ugift 45 år gammel mannlig lærer, hadde vokst opp i en følelsesmessig kald atmosfære preget av stadige konflikter mellom foreldrene. Avvisning, manglende følelsesmessig støtte og skyhøye forventninger preget hans svært ulykkelige barndom. Han hadde en langvarig sykehistorie med depresjoner og flere innleggelser på grunn av suicidalfare. Tidligere hadde han brukt en betydelig mengde alkohol, og hadde da en tendens til å bli voldelig. Mannen var henvist på grunn av sine vedvarende og alvorlige symptomer. Hensikten var å forsøke å motvirke ytterligere isolasjon, kronifisering og innleggelser.

På bakgrunn av anamnesticke opplysninger, strukturerte intervjuer, personlighetstester og observasjon fikk han følgende diagnoser: uspesifisert personlighetsforstyrrelse med unnvikende, enkelte tvangspregede og narsissistiske trekk og en viss mistenksomhet, samt tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig uten psykotiske symptomer, og generalisert angstlidelse.

I *den analytiske gruppen* viste pasienten refleksjonsevne og engasjement. Han klarte i stor grad å være til stede for andre, og var empatisk og aktivt lyttende. Men han tillot bare i liten grad selvutforskning, og brukte mye energi på å beskytte seg selv.

Sentralt i *den kognitive gruppen* var arbeidet hans med behovet for følelsesmessig avstand til andre for at de ikke skulle oppdage hans feil og forlate ham. Han trodde han måtte gjøre andre til lags for ikke å bli avvist. Ingenting han gjorde var godt nok, følte han. Men han viste evne og vilje til å bearbeide egne oppfatninger når han ble «holdt» i situasjonen og ikke kunne «skvette» unna. Han klarte å justere seg i forhold til ny informasjon som han selv tok initiativ til å fremskaffe, tok ansvar for egne feiloppfatninger og korrigerende disse. Måtte stadig gjøres oppmerksom på og bevisstgjøres om sine overdrevne krav til seg selv og sin stadige underkjennelse av egne mulige positive opplevelser. Klarte å nyttiggjøre seg «in vivo»-eksperimenter i behandlingssituasjonen, men trengte perioder med indre bearbeiding.

Behandlingsfilosofien var basert på en bredspektret tilnærming med en kombinasjon av psykodynamisk teori, inkludert selvspsykologi og kognitiv atferdsterapi

I *den kreative gruppen* klarte han å uttrykke tanker og følelser så lenge gruppelederne var aktivt pågående. Ellers brukte han gruppen til å prøve ut egne meninger og følelser som forberedelse til den kognitive gruppen.

Han viste i *bevegelsesgruppen* et godt psykomotorisk uttrykk, men også et ekstremt høyt spenningsnivå. Det ble ikke observert noe endring i kroppskontakt og kroppsbewissthet i behandlingsperioden. Gjennomslag av kroppsopplevelser ble fort fjernet gjennom at han distrahererte seg selv og stengte av for følelser.

Gjennom de 18 ukene dagbehandlingsprogrammet varte, skjedde det markerte endringer i pasientens holdninger. Fra å bli opplevd som noe fjern, arrogant og tilknapet, ble han gradvis opplevd som mer åpen og som aktivt deltakende i samtaler om temaer som sosial fremmedgjøring og bekreftelse. Han viste også, overraskende for de som kjente han fra tidligere, en voksende empati og støtte overfor sine medpasienter. En av de viktigste endringene fra vårt synspunkt, var hans økende vilje og evne til å integrere positive så vel som negative erfaringer, og å korrigere egne perfektjonistiske forventninger med påfølgende selvforrakt. Han taklet til en viss grad å bli direkte konfrontert med sin defensive stil, og ble dermed også i stand til å prøve ut emosjonelle og atferdsmessige arbeidsoppgaver både innenfor og utenfor gruppene. Han opplevde å få mye støtte fra

terapeutene trass i at han stadig ble utsatt for et visst press. Hans artistiske talenter og evnen til å gjøre seg nytte av metaforer ga ham etter hvert en spesiell stilling i gruppene.

Metode

Som en del av det nasjonale dagavdelingsnettverkets kvalitetssikringssystem (Karterud, Urnes & Pedersen, 2001), ble pasientinntaket styrt av klare kriterier for såvel inklusjon som eksklusjon. Inklusjonskriteriene innbefattet vedvarende psykiske problemer av en ikke-psykotisk natur som hadde resultert i en eller flere tidligere innleggelse.

Vi valgte også å inkludere enkelte pasienter med tilsvarende problemer uten tidligere innleggelse. Bakgrunnen var muligheten for at disse pasientene kunne ha en modelleffekt i forhold til de andre. Tanken var at de gjennom sine kommentarer og reaksjoner på bruk av innleggelse som en «løsning» på aktuelle problemer kunne bidra med tanker og refleksjoner omkring alternative måter å takle situasjonen på.

Motivasjon og evne til å ta ansvar for hva som er egne tanker, følelser og handlinger inngikk også som inklusjonskriterier. Eksklusjonskriterier var atferdsmessig utagering i form av fysisk vold, pågående selvmordsforsøk, pågående misbruksproblemer og vedvarende uregelmessig fremmøte.

Gruppedeltakerne ble alle valgt ut fra poliklinikkens ordinære pasientgrunnlag. De fremviste med få unntak et symptomnivå og sosialt funksjonsnivå lik eller over GAF-skåre 40, men under GAF-skåre 51 (APA, 1994; Karterud et al., 2001).

Kvalitetssikringssystemet for det nasjonale dagavdelingsnettverket krevde videre at samtlige pasienter måtte gjennomgå fastsatte diagnostiske og problem-identifiserende målingsprosedyrer. Før behandlingen startet måtte alle gjennomgå strukturerte kliniske intervjuer (M.I.N.I., Sheehan & Lecrubier, 1994, Sheehan et al., 1998; SCID-II, First et al., 1997). I tillegg ble en undersøkelse av pasientens motivasjon for å delta i programmet gjennomført. De kliniske intervjuene dannet grunnlaget for Akse I-diagnoser (MINI) og Akse II (SCID-II)-diagnoser. De sistnevnte diagnosene ble vurdert på nytt ved slutten av 18 ukers-programmet (LEAD-prinsippet, Karterud et al., 2001).

Programdeltakerne

Dataene våre er fra de to første pasientgruppene som fullførte programmet (N = 16, fire menn og 12 kvinner). Alderen til disse pasientene varierte fra 21 til 52 år, med et gjennomsnitt på 33.2 og standardavvik på 8.3. På Akse II tilfredsstilte 11 av pasientene en eller flere

personlighetsforstyrrelsesdiagnoser. Diagnosene unnvikende (4 stk.) og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (4 stk.) forekom hyppigst. Av de tre gjenværende med Akse II-diagnose ble to pasienter gitt diagnosen uspesifisert personlighetsforstyrrelse og den siste diagnosen schizotyp personlighetsforstyrrelse. På Akse I var tilbakevendende depresjon, posttraumatisk stressforstyrrelse og forskjellige angstforstyrrelser de diagnoser som forekom hyppigst. Grunnen til at bare 11 av pasientene tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for personlighetsforstyrrelser var, som tidligere nevnt, at vi vurderte det som viktig også å inkludere pasienter med vedvarende psykiske problemer, men uten tidligere innleggelse. Totalt fremviste disse 16 pasientene en gjennomsnittlig GAF-skåre på 44.1 med standardavvik på 5.3.

To av de kvinnelige pasientene med henholdsvis en Unnvikende og en Emosjonelt ustabil PF-diagnose klarte ikke å gjennomføre programmet på grunn av manglende regelmessig fremmøte.

De to siste årene før de begynte i vårt behandlingsprogram hadde ni av de inkluderte pasientene, alle med en PF-diagnose, en innleggelseshistorie på til sammen 30 innleggelse bestående av totalt 995 sengedøgn. I samme periode hadde klinikken som helhet 935 innleggelse.

Resultater

Hvilke konsekvenser hadde så programmet totalt sett for deltakernes forbruk av (re)innleggelse i etterkant av gjennomført dagbehandling? I et forsøk på å besvare dette, undersøkte vi innleggelsehyppighet og innleggelseslengde hos gruppedeltakerne de to siste årene før de begynte i dagbehandlingen, og sammenliknet denne med hyppighet og lengde av innleggelse de to første årene etter fullført behandling. Som tidligere nevnt innbefattet denne undersøkelsen 14 pasienter, hvorav ni med totalt 30 innleggelse og 995 innleggelsesdøgn de to siste årene før gruppedeltakelse (se Tabell 1).

Tabell 1. Innleggelse og innleggelseslengde. En sammenlikning av forekomst blant pasienter (n = 9 av 14) to år før og to år etter deltakelse i dagbehandlingsprogrammet.

	Antall innleggelse	Total innlegg. lengde (dager)	Gjennomsnittlig innlegg. lengde (dager)
Siste to år før deltakelse i dagbehandlingsprogrammet:	30 (936)*	995	33

	Antall innleggelser	Total innlegg. lengde (dager)	Gjennomsnittlig innlegg. lengde (dager)
Første to år etter deltakelse i dagbehandlingsprogrammet:	13 (979)*	202	15
Økning/reduksjon i antall innleggelser:	17 (43)	793	18
Økning/reduksjon i innleggelser i prosent:	56.7 % (4.5 %)	79.7 %	55 %

For de ni pasientene redusertes antallet innleggelser fra 30 de siste to årene før deltakelse i dagavdelingsprogrammet til 13 i de to påfølgende årene umiddelbart etter gjennomført program (57 % reduksjon).

Enda mer talende er resultatene når det gjelder det totale antall døgn disse pasientene benyttet i innleggelsene sine i samme periode etter avsluttet programdeltakelse. Det totale forbruket av innleggelsesdøgn ble redusert fra 995 i tidsrommet før programdeltakelse til 202 i et tilsvarende tidsrom etter avsluttet program. Samtlige pasienter med reinnleggelser etter programavslutning fremviste her en reduksjon i sitt forbruk av innleggelsesdøgn. Dette representerer en total reduksjon i forbruk av innleggelsesdøgn på 80 %. I tillegg til at innleggelsesfrekvensen ble redusert med 57 %, ble lengden på de «gjenværende» 13 reinnleggelsene også redusert med 55 %, sammenliknet med den gjennomsnittlige lengden av innleggelsene før programdeltakelse.

Diskusjon

Denne studien inkluderer ikke bruk av kontrollgruppe, noe som setter klare grenser for hvilke konklusjoner som kan trekkes av våre data. Konklusjonene nedenfor må derfor sees i lys av denne begrensningen.

Behovet for reinnleggelse ble redusert med 57 %. Det er flere grunner til å anta at behandlingstilbudet kan ha bidratt til dette positive resultatet. Avdelingens totale innleggelsesfrekvens økte svakt (4.5 %) i samme periode. Reduksjonen hos våre pasienter kan dermed ikke forklares av endringer i avdelingens generelle innleggelsespolitikk. En innvending kan her være at svingdørspasientene allikevel kan ha blitt nektet reinnleggelser på grunn av avdelingens oppfatning av at disse ikke representerte noen alvorlig suicidalfare. Så langt vi kunne bringe på det rene var dette

ikke tilfelle. Snarere tvert i mot. På grunn av sin markerte reduksjon i behovet for reinnleggelser ble de heller tatt mer alvorlig når de først ble søkt innlagt.

Alle våre ni pasienter med en innleggelseshistorie reduserte sitt behov for reinnleggelser, og de med reinnleggelser etter avsluttet program reduserte alle sitt forbruk av innleggelsesdøgn i den aktuelle tidsperioden. Uavhengig av andre funn, som grad av symptomlettelse, er dette et svært positivt resultat av behandlingen. Det kan tyde på at dagbehandlingstilbudet er til hjelp for pasienter med gjentatte akuttinnleggelser, noe som i sin tur kan bidra til økt stabilitet i poliklinikkens behandlingstilbud til disse pasientene. Som en del av denne stabiliseringen ble pasientene også tilbudt et behandlingstilbud i analytisk gruppebehandling på 1.5 time per uke over to år. Så lenge behandlingstilbudet eksisterte i sin beskrevne form, tok omtrent halvparten av pasientene i mot tilbudet. Det ble ikke observert vesentlige forskjeller i antall reinnleggelser eller innleggelseslengde hos de som henholdsvis benyttet eller unnlot å benytte seg av dette tilbudet.

Kostnad og utbytte

Å se på forholdet mellom kostnad og utbytte er svært viktig i dagens moderne og stadig mer avanserte behandlingsprogrammer. Programmet vårt synes å kunne bidra til å frigjøre sengekapasitet eller redusere institusjonens utgifter. Vi fant en reduksjon i totalt 793 innleggelsesdøgn over en toårsperiode etter gjennomført dagbehandling. Omgjort i sengeforbruk per døgn tilsvarer dette én frigjort sengepostplass hvert eneste døgn i to år og to måneder etter at pasientene hadde fullført sin dagbehandling. Dette sammenliknet med sengeforbruket deres de to siste årene før de påbegynte sin dagbehandling. Når prisen per innleggelsesdøgn ved vår institusjon den gang var noe i overkant av kr 2500, tilsvarte dette en reduksjon i innleggelsesutgifter på omtrent 1 million kroner per år de to første årene etter at pasientene hadde avsluttet vårt gruppebaserte dagbehandlingstilbud. I og med at vår dagavdeling var medlem av det nasjonale dagavdelingsnettverket, betalte vi kr 40 000 per år i medlemsavgift. Denne utgiften kunne imidlertid anses dekket gjennom trygderefusjon og innbetalte egenandeler i forbindelse med pasientbehandlingen. Totalt sett gav dette en nærmest overveldende innsparingsmulighet når en tar i betraktning de relativt beskjedne ressursene som investertes i programmet. Dersom våre foreløpige funn holder mål, synes det altså som om institusjonen har en mulighet til å spare inn minst en million kroner i året ved å benytte et program som dette for pasienter med personlighetsforstyrrelser og gjentatte akuttinnleggelser to ganger årlig.

Et ofte undervurdert tema er nødvendigheten av grundige forberedelser i forbindelse med gjennomføring av et enhetlig gruppebasert dagbehandlingstilbud. Omhyggelige kliniske intervjuer

og målingsstrategier sammen med en grundig utforskning av pasientenes motivasjon for å delta i programmet må gjennomføres. Samtidig er det viktig å forberede pasientene ved å klargjøre og gi konkrete eksempler på hva de forplikter seg til. Vi opplevde da også kun et beskjedent frafall på to pasienter (12.5 %).

Avslutning

En mulig forklaring på de observerte effektene kan være at dagbehandlingen gjennom sitt arbeid med å modifisere uhensiktsmessige tankemønstre og utvikle mer hensiktsmessige mestringsstrategier, har bidratt til å hindre regresjon blant pasienter som står i fare for alvorlig dekompenisering (Beck et al., 1990; Piper et al., 1993; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Tradisjonelt har valget for pasient og behandler vært ett av to: Enten en 50 minutters samtale en gang i uken, eller et opphold i en sengeavdeling. Som en mellomløsning synes et gruppebasert dagbehandlingstilbud å være klart å foretrekke (Miller, 1995).

Ole Johan Hovland

Nordhordland voksenpsykiatriske poliklinikk og dagavdeling

Kvassnesveien 63

5914 Isdalstø

E-post olehovl@online.no

Referanser

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. L. et al. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups. Guidelines and resources for practice*. New York: Wiley.

- Goldstein, W. (1995). The borderline patients. Update on the diagnosis, theory, and treatment from a psychodynamic perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 317–337.
- Karterud, S. (1998). Selvutvikling og selvforståelse i grupper. *Omsorg*, 1, 40–43.
- Karterud, S., & Monsen, J. (1997). *Selv-psykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal.
- Karterud, S., Urnes, Ø., & Pedersen, G. (Red.). (2001). *Personlighetsforstyrrelser: Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Oslo: Pax Forlag.
- Kibel, H. (1978). The rationale for the use of group psychotherapy for borderline patients on a shortterm unit. *International Journal of Group Psychotherapy*, 28, 339–358.
- Kohut, H. (1981/1991). On empathy. I I. P. Ornstein (Ed.), *The search for the self* (ss. 525–535). Madison, CT: International University Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* London: University of Chicago Press.
- Lorentzen, S. (1983). Miljøterapi av borderline-pasienter – fokus på motoverføringsreaksjoner i staben. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 6, 433–442.
- Miller, B. C. (1995). Characteristics of effective day treatment programming for persons with borderline personality disorders. *Psychiatric Services*, 6, 605–609.
- Miller, S. G. (1994). Borderline personality disorders from the patient's perspective. *Hospital Community Psychiatry*, 45, 1215–1220.
- Piper, W. E., Rosie, J. S., Azim, H. F. A., & Joyce, A. S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital Community Psychiatry*, 44, 757–763.
- Quaytman, M., & Sharfstein, S. S. (1997). Treatment for severe borderline personality disorders in 1987 and 1997. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1139–1145.
- Rosie, J. S., Azim, H. F. A., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (1995). Effective psychiatric day treatment: Historical lessons. *Psychiatric Services*, 10, 1019–1025.
- Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y. (1994). *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*. Tampa, Florida/Paris, France: University of South Florida Institute for Research in Psychiatry / INSERM-Hôpital de la Salpêtrière.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl 20), 23–33.

- Skatteboe, U. B. (1990). *Å være i samspill. En kropporientert gruppeterapi for pasienter med kroniske nevroser og personlighetsforstyrrelser*. Hovedoppgave. Oslo: Statens Spesiellærerhøgskole.
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, Ø., Pedersen, G., & Friis, S. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatric Services, 11*, 1462–1467.
- Wright, J. H., Thase, M. E., Beck, A. T., & Ludgate, J. W. (Eds.). (1993). *Cognitive therapy with inpatients. Developing a cognitive milieu*. New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.