



Liten båt med stort seil...

ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Personlighetsforstyrrelser kan behandles!

AV OLA NORDVISTE

Kari (25) etter gruppeterapien:

«Dette har vært som en tøff seilskole for meg som seiler i liten båt med stort seil i konstant ustabilitet. Jeg tror jeg skal takle neste stormbyge uten den vanlige redselen for å drukne.»

Hvem snakker vi om?

Kjenner du igjen disse tre typiske pasientene som alle strever med sine liv?

• Borderline/ustabil personlighetsforstyrrelse?

KARI (25 ÅR)

Den unge kvinnen i butikken hilser på deg. Pen, blid, nysgjerrig. Du tenker – hvor har jeg sett henne før? Var ikke det hun som var så fortvilet og ustelt på vakt forleden natt med flere kutt på underarmen etter ennå et brudd med en ny kjæreste? Neste uke på kontoret forteller hun deg om sin spiseforstyrrelse. Det er først lenge etterpå at du hører om mulige seksuelle overgrep.

• Avhengig personlighetsforstyrrelse?

TORILL (35 ÅR)

Selv om Torill er uvanlig intelligent må hun alltid ha mange råd fra andre før hun kan ta hverdagslige avgjørelser. Hun mener egentlig mye, men klarer ikke å stå frem med sine meninger. Hun er redd for å være alene, så snart et forhold er slutt finner hun en ny som hun klamrer seg til.

• Unnvikende personlighetsforstyrrelse?

BENT (42 ÅR)

Du har en klar følelse av at Bent «holder igjen». Han unngår å bli kjent med andre fordi han er usikker på om noen liker ham. Han synes ikke han strekker til på noe område og er alltid redd for å bli kritisert. Han kan være pratsom med folk han kjenner, men er sjelden åpen. Sammen med folk han ikke kjenner er han stille som en østers.

De problemer Kari sliter med kommer enda tydeligere frem når vi intervjuer henne etter de kriterier som gjelder for diagnosen **Borderline /ustabil personlighetsforstyrrelse**, for eksempel ved hjelp av Strukturert Klinisk Intervju for Personlighetsforstyrrelser – SCID II:

- Blir du ofte desperat når noen du virkelig bryr deg om kan komme til å forlate deg?
- Har dine forhold til folk du virkelig bryr deg om mange svingninger opp og ned?
- Har du ofte gjort ting impulsivt? For eksempel når det gjelder innkjøp, sex med mennesker du knapt kjenner, stoff eller ukontrollert spising?
- Har du prøvet å skade deg eller ta livet av deg selv eller truet med å gjøre det?
- Føler du deg ofte tom innvendig?
- Har du ofte sinneutbrudd eller blir så sint at du mister kontrollen?

Hva er en personlighetsforstyrrelse?

En personlighetsforstyrrelse er, som navnet sier, en forstyrrelse i individets personlighet og atferdsmønstre i alvorlig grad. Forstyrrelsen skal ikke være en følge av sykdom, skade eller annen psykisk lidelse. Forstyrrelsene er nesten alltid forbundet med betydelige personlige problemer og sosiale vanskeligheter. De første tegn kommer til uttrykk i barndom eller ungdom og fortsetter gjennom voksen alder.

En pasient med personlighetsforstyrrelse kan være et utfordrende bekjentskap. Vil ikke – eller kan ikke – pasienten sitte i «førersetet» i sitt eget liv? Prøver pasienten å styre livet fra passasjeret? Ser hun ikke at hun kjører i grøfta? (Det store flertallet av pasientene i poliklinikker og institusjoner er kvinner, fordelingen ute i befolkningen er noe mer lik.). Hvorfor tar de ikke ansvar? Dreier det seg om umoden innsikt? Kan det være vrang vilje eller uferdig utviklet motivasjonsevne? Dreier det seg i det hele tatt om en sykdom?

Pasienten på sin side kan være dypt fortvilet over seg selv og sitt vanstyrte liv. Hun har kanskje angst, depresjon, søvnbesvær eller økonomiske og sosiale problemer, som hun ikke skjønner hvordan hun er havnet i, og ikke hvordan hun skal komme ut av. Hun kan sitte med en følelse av at hun ikke forstås, ikke tas på alvor og ofte ikke blir respektert. Hun føler seg ikke sjelden desillusjonert, demoralisert, isolert, håpløs og oppgitt. Hun kan tvile på retten til å tenke og føle som hun gjør og kan være ganske fortvilet over krav fra familie, venner, helsevesen og offentlige kontorer om å ta seg sammen eller ikke være så nærtagende og urimelig. Hun kan ty til desperate reaksjoner som selvskading og spiseforstyrrelser.

Pasienten med personlighetsforstyrrelser lider fysisk, psykisk og sosialt i stor grad. Invaliditetsgraden kan variere mye fra person til person, og over tid hos samme person, på akkurat samme måte som hos pasienter med mange andre kroniske sykdommer slik som rygglidelser, hjertesykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom, reumatiske lidelser, tarmsykdommer osv. Personlighetsforstyrrelser er ikke selvforskyldt! Det dreier seg om en alvorlig tilstand som ikke skiller seg fra sykdom når det gjelder krav om respekt, diagnostikk, behandling og offentlige ytelser.

Hva trenger pasienter med personlighetsforstyrrelser? Eller, hvorfor blir vi så slitne av dem?

Noen mener at den viktigste oppgaven for en som behandler en pasient med personlighetsforstyrrelse er *å holde ut!* Pasienten induserer vanskelige følelser i mange av sine kontakter og behandlere. Sammen med pasientens ofte økte sårbarhet fører dette gang på gang til avbrutte relasjoner og dyp fortvilelse. Skuffelsene ser ut til å stå i en endeløs kø og vente på pasienten. Slik behøver det ikke å være. Når pasienten sier «*jeg orker ikke å være her mer*» er det viktig å høre den lydløse bisetning «*men ikke slipp meg*». Langvarig kontakt med en stabil, moden og trygg behandler demper pasientens indre kaos, konflikter og forvirring. Dette er noe av det viktigste en pasient med personlighetsforstyrrelser kan oppleve. Å holde ut som behandler blir ennå viktigere i lys av at noen personlighetsforstyrrelser ser ut til å brenne ut i voksen alder.

Pasientens behov kan oppleves som grenseløse på mange måter. Klare grenser blir derfor særdeles viktig. Det kan være riktig å engasjere seg i pasientens bestrebelser på å strukturere tilværelsen, men det er mer enn vanlig viktig å ikke overta ansvaret for eller styringen med pasientens liv.

Pasientens overføringer av følelser og erfaringer fra forhold i barndommen kan bli svært sterke, og de kan ha problemer

med å skille slike overføringsfølelser fra realiteter. Dypere involvering og mer behandlingsorientert terapi bør derfor skje i svært nært samarbeid med eller overlates helt til spesialisthelsetjenesten. Der vil en prøve å gjøre seg kjent med pasientens indre verden og hennes viktigste relasjoner gjennom en lang behandlingsperiode. Kravet til empati og forståelsesevne må ofte strekkes svært langt. En innsikt i pasientens indre verden kan avsløre grove overgrep, et kaotisk sjelsliv og en rystende selvdestruktivitet og selvforakt. Her må behandleren ofte bruke hele sitt register, både som fagperson og som medmenneske, for å klare å gjennomføre behandlingsforløpet med positive resultater.

Hovedformålet med behandlingen av pasienter med personlighetsforstyrrelse er å fremme deres refleksive funksjon. Man må hjelpe pasienten til å sette ord på de følelsene som dukker opp i behandlingen og plassere dem i sammenheng med ting som skjer i den terapeutiske situasjonen her og nå på bakgrunn av tidligere opplevelser og tidligere innarbeidete reaksjonsmønstre. Det dreier seg om å følge pasienten på en strevsom og tidvis skremmende oppdagelsesferd i eget sinn. Dette stiller store krav til behandleren som må formidle nærvær og bruke sine egne følelser til å speile pasienten og belyse hennes utvikling, men uten å blande sine følelser inn på en privat måte. Behandlingen må strekke seg over lang tid. Medikamenter spiller som oftest en liten rolle i behandlingen.

Denne type gradvise personlighetsmodningen mener mange best finner sted gjennom en poliklinisk kombinasjonsbehandling som inkluderer både gruppeterapi og individualterapi.

Langvarig gruppeterapi gir ofte gode resultater ved personlighetsforstyrrelser. ILLUSTRASJONSFOTO: BILDET ER ARRANGERT





En oversikt over nettverket av dagavdelinger i Norge

Slik behandling er etablert ved en rekke institusjoner over det meste av landet, ofte i regi av de såkalte dagavdelinger. Mange av disse avdelingene har slått seg sammen i et faglig nettverk som strekker seg over store deler av landet.

Utenfor nettverket av dagavdelinger finnes det ulike behandlingstilbud ved de aller fleste psykiatriske avdelinger/poliklinikker.

Et standardopplegg som mange dagavdelinger følger er 18 uker med intens gruppeterapi tre til fire dager pr uke etterfulgt av tre til fire år med ukentlige gruppeterapimøter i kombinasjon med ukentlig individualterapi. I denne tiden arbeides det meget strukturert med pasientens tilknytningsevne, symptomer og interpersonelle funksjon med sikte på en mer omfattende integrasjon og utvikling av personligheten for å redusere sårbarheten. Et slikt opplegg har gitt lovende resultater, men må fortsatt regnes som eksperimen-

mentell terapi. Det forskningsmessige belegg for påstanden om effekt kommer fra et randomisert kontrollert kliniske forsøk i London (1,2) som vakte stor internasjonal oppsikt. Ullevål sykehus ved Avdeling for personlighetspsykiatri gjennomfører for tiden en tilsvarende behandlingsstudie. Alle pasienter gjennomgår en svært grundig utredning. Deretter blir halvparten av pasientene randomisert til dagavdelingsbehandling med gruppeterapi og individualterapi i fire og et halvt år, mens den andre halvparten følges opp med vanlig, mer tilfeldig individualterapi hos vanlige, erfarne psykoterapeuter ute i byen. Det er fortsatt plass til pasienter i dette behandlingsforsøket.

De første resultatene ventes først i 2007. I mellomtiden opplever vi som jobber ved avdelingen store fremskritt hos mange pasienter. Vi opplever at de aller fleste pasientene blir bedre, og enkelte ganger antar opplevelsene nær-mirakuløse dimensjoner.

Vi er ikke i tvil om at personlighetsforstyrrelser kan behandles.

Vil du vite mer

om personlighetsforstyrrelser, gruppeterapi eller nettverket av dagavdelinger?

Se www.med.uio.no/us/dn

Vil du vite mer om behandlingen?

Se <http://www.med.uio.no/us/dn/dninfo/behandl.htm>

Referanser

- 1) Bateman, A and Fonagy, P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563–1569. (1999)
- 2) Bateman, A and Fonagy, P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36–42 (2001)

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

Her er
UTPOSTEN
– føl deg hjemme!