



Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres

DEBATT

SIGMUND KARTERUD

wkarteru@online.no

Sigmund Karterud (f. 1945) er professor i psykiatri, tidligere ved Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er administrativ og faglig leder av Institutt for mentalisering.

Det finnes veldokumenterte behandlingsmetoder for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Pasienter som bor i distriktene, mottar ikke dette tilbudet. Helsedirektoratet må ta diskrimineringen av disse pasientene på alvor.

Emosjonelt ustabil («borderline») personlighetsforstyrrelse er en alvorlig psykisk lidelse med høy mortalitet, selvskading og selvdestruktiv atferd. Tilstanden er forbundet med en lang rekke negative livshendelser, som tidlig uførhet, familieproblemer, inngripen fra barnevern, vold, ulykker, rusmisbruk, høy frekvens av andre psykiske lidelser, sosial mistilpasning, lav livskvalitet og redusert livslengde (1).

Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er ofte hjelpesøkende, og de kontakter gjerne fastleger, psykiatrisk legevakt og allmenn legevakt i forbindelse med kriser, gjerne av suicidal art. Av samme grunn er de ofte innlagt i psykiatriske akuttavdelinger eller avlastningsavdelinger ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det er mer omstridt om de drar nytte av lengre tids psykiatrisk døgnbehandling.

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse var tidligere ansett for å være svært vanskelig å behandle, men prognosen har bedret seg de senere årene, takket være utvikling av nye og mer effektive behandlingsmetoder (2). Det er ingen psykofarmaka som kan kurere tilstanden. Internasjonalt er det konsensus om at riktig behandling er psykoterapi. Behandlingen bør være langvarig, strukturert, sammenhengende, teoretisk velbegrunnet og gjerne basert på teamarbeid med tett samarbeidende terapeuter. Flere spesifikke behandlingsmetoder har vist god effekt: mentaliseringsbasert terapi (MBT), dialektisk atferdsterapi (DBT), skjemat terapi, overføringsbasert psykoterapi, kognitiv analytisk terapi m.fl.

Alle de ovennevnte behandlingsmetodene er utviklet utenfor Norge, men til forskjell fra medikamenter kan ikke disse behandlingsmetodene importeres i esker og deles ut til pasienter. En lang og møysommelig prosess må til før det kan godtgjøres at terapiformen for det første kan læres og praktiseres av norske terapeuter, for det andre at terapeutene kan omsette den til norsk kultur og norsk helsevesen, for det tredje at også norske pasienter opplever den som viktig og meningsfull, og endelig at den er dokumentert like virkningsfull i Norge som i utlandet.

Mentaliseringsbasert terapi

Av ovennevnte terapiformer er det bare mentaliseringsbasert terapi som oppfyller disse kravene i Norge i dag. Mentaliseringsbasert terapi kan læres i Norge av terapeuter/lærere som selv har samarbeidet tett med arkitektene bak terapien, og det finnes detaljerte manualer på norsk tilpasset norsk virkelighet. Det er etablert et kvalitetslaboratorium for mentaliseringsbasert terapi som kan overvåke kvaliteten av den terapien som praktiseres, og det er publisert flere undersøkelser som vitner om stor brukertilfredshet (3).

I en undersøkelse der 64 pasienter, med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som fikk mentaliseringsbasert terapi, ble sammenlignet med 281 pasienter som fikk mer «gammeldags» psykodynamisk behandling (4), var effektstørrelsene på symptomer, interpersonlig og sosial fungering nær det dobbelte av det som ble funnet for psykodynamisk behandling.

Internasjonalt er det flere studier med dialektisk atferdsterapi enn mentaliseringsbasert terapi for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men i praksis egner terapiformene seg til litt forskjellige typer pasienter. Dialektisk atferdsterapi er i utgangspunktet en behandling for selvskading og kronisk suicidalitet, og behandlingen varer inntil ett år. I Norge gis det opplæring i dialektisk atferdsterapi, men det er ikke undersøkt om dette er en effektiv behandlingsform i Norge for voksne med alvorlig personlighetspatologi. Det er derimot dokumentert at dialektisk atferdsterapi i Norge har en positiv effekt på selvskadende ungdom (5).

Av erfaring er pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ofte så dårlig fungerende at avtalespesialister kvier seg for å ta dem i egen praksis. Ofte krever de flere terapeuter som samarbeider. Samtidig er det et langvarig poliklinisk arbeid som skal til, og dette tilsier at det er distriktspsykiatriske sentre som er det naturlige sted for slik behandling. Utredning og behandling er krevende, som eksemplifisert med mentaliseringsbasert terapi: Pasienten skal gjennom en profesjonell personlighetsutredning, der det også bør inngå intervju om mentaliseringssvikt; Det skal lages en mentaliseringsbasert kasusformulering og ofte en kriseplan, det skal tas standpunkt til farmakoterapien der man gjerne lager en plan for styrt nedtrapping av psykofarmaka, pasienten tilbys innledningsvis en 12 ukers psykoedukativ gruppeterapi som kommer i kombinasjon med ukentlig individualterapi (i ett år) og ukentlig gruppeterapi (i inntil tre år), det tilbys psykoedukasjon også til pårørende og samarbeidsmøter med andre aktører (som Nav), og endelig er det ukentlig videobasert veiledning.

Diskriminering i distriktene

Ovennevnte type behandling krever et team. I Norge er det nå ca. 29 team for mentaliseringsbasert terapi, og 21 av disse befinner seg ved distriktspsykiatriske sentre. Blant de rundt 77 sentrene i landet har altså rundt 56 sentre *ikke* noe slikt team. Av naturlige grunner er teamene særlig konsentrert rundt de store byene Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim. Her finner vi universitetsmiljøer og forholdsvis flere psykoterapeuter. Dels er

det en sentrum-periferi-problematikk og dels en sør-nord-problematikk: Jo lenger fra de store byene, desto færre team for mentaliseringsbasert terapi, og jo lenger nord man kommer, desto færre team.

Denne geografiske skjevfordelingen i behandlingstilbud er selvsagt et problem for pasienter og deres pårørende. Det burde også være et problem for helsevesenet, dels for de lokale distriktpspsykiatriske sentrene som ennå ikke har noe egnet behandlingstilbud til denne gruppen, og dels for Helsedirektoratet som har et styringsansvar for psykisk helsevern.

Pasientene har krav på behandling ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter. Pasientene som det gjelder, har en alvorlig psykisk lidelse, det finnes effektiv behandling, og da er de distriktpspsykiatriske sentrene pliktige til å levere slik behandling. I en avsagt dom ([6](#)) ble staten, gjennom Norsk pasientskadeerstatning, i 2017 dømt til å betale pasienten over fire millioner kroner som erstatning for mangelfull behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ved et sykehus på Vestlandet («Clemence-saken»).

Rettsliggjøring av helsetilbudet

Ovennevnte dom er blitt forbausende lite diskutert i pressen. Trolig er det bare et tidsspørsmål før den blir bedre kjent i pasientforeninger. Dermed er det nok duket for flere rettsaker om mangelfull behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Mange distriktpspsykiatriske sentre gjør derfor best i å skjerpe seg på dette området. Det er vel egentlig litt pinlig for Helsedirektoratet, dersom det er rettsvesenet som i praksis sørger for en mer rettferdig fordeling av behandlingsmulighetene i Norge.

LITTERATUR

1. Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø. Personlighetspsykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk, 2017.
2. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD005652. [PubMed]
3. Morken KTE, Binder PE, Arefjord N et al. Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychother Res* 2017; 1 - 16. [PubMed][CrossRef]
4. Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes Ø et al. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder—does it make a difference? *Psychol Psychother* 2015; 88: 71 - 86. [PubMed][CrossRef]
5. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 1082 - 91. [PubMed][CrossRef]
6. Gulating lagmannsrett. LG-2016-77091. www.lovdato.no (1.2.2018).

Publisert: 5. mars 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0100

Mottatt 27.1.2018, første revisjon innsendt 30.1.2018, godkjent 1.2.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2023.