

Amerikanske retningslinjer for behandling av ustabil personlighetsforstyrrelse

Den amerikanske psykiaterforeningen utgav i 2001 retningslinjer for behandling av ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse. Det gis en kortfattet redegjørelse for retningslinjene.

Det er en heterogen gruppe pasienter som faller inn under kriteriene for ustabil personlighetsforstyrrelse. Grunnlig utredning hos psykiater er derfor viktig, likeså en behandlingsplan og et langvarig lege-pasient-forhold. Det konkluderes med at psykoterapi i minst ett år er den primære behandlingsmåte og at medikamentell behandling er en viktig tilleggsbehandling.

Evidensgrunnlaget er noe spinkelt, og det er tatt betydelig hensyn til ikke-randomiserte studier. Dette kan være kontroversielt. Retningslinjene har stor relevans for norske forhold.

I løpet av de senere årene har den innflytelsesrike American Psychiatric Association (APA), utarbeidet behandlingsretningslinjer for forskjellige psykiatriske lidelser. Disse har inspirert til utarbeiding av tilsvarende kliniske retningslinjer for utredning og behandling i Norge. Til nå er det viktige psykiatriske symptomlidelser, som for eksempel affektive lidelser, angst- og misbrukslidelser, som har fått slike retningslinjer. Nylig har APA publisert retningslinjer (1) for behandling av en personlighetsforstyrrelse, «borderline personality disorder» (DSM-IV), på norsk: ustabil personlighetsforstyrrelse. Den tilsvarende i grove trekk kategorien emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type (F 60.31) i ICD-10.

Det er et betydelig arbeid gjennom mange år, med litteraturgjennomgang, utkast, høringer og ekspertkonferanser, som ligger bak disse retningslinjene. Vi formoder det har vært heftige diskusjoner i arbeids- og styringsgruppen; ikke minst fordi arbeidet aktualiserer psykoterapiens rolle i psykiatrisk behandling. Dette har vært et kontroversielt tema i mange år. Biologisk psykiatri har vært på fremmarsj, ikke minst i USA, og psykoanalytisk orientert psykoterapi har vært kritisert for et spinkelt evidensgrunnlag. Det er derfor oppsiktsvekkende hvilken plass psykoterapi nå tillegges i behandlingen av ustabil personlighetsforstyrrelse.

Retningslinjene er et dokument på 52 sider (1). Ca. halvparten er anbefalinger om behandling. Resten er bakgrunnsinformasjon, en gjennomgang og sammenfatning av tilgjengelig kunnskap og anbefalinger for fremtidig forskning. I innledningen heter det at «this report is not intended to be construed

Sigmund Karterud

sigmund.karterud@psykiatri.uio.no

Avdeling for dagbehandling og polikliniske tjenester

Theresa Wilberg

Avdeling for forskning og undervisning

Psykiatrisk divisjon

Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

or to serve as a standard of medical care». Det er snakk om retningslinjer utarbeidet etter samtidens evidensgrunnlag og teoretisk-kliniske forståelseshorisont. Dette vil forandre seg, og retningslinjene vil være gjenstand for senere revisjoner. Enhver behandling må skreddersys den enkelte pasient.

Kjennetegn og kriterier

Ifølge de amerikanske retningslinjene er ustabil personlighetsforstyrrelse den vanligste personlighetsforstyrrelsen i klinisk sammenheng. De viktigste kjennetegn er vedvarende ustabilitet med henblikk på relasjoner, affekt og selvilde, samt markert impulsivitet. Personer med ustabil personlighetsforstyrrelse er ofte sterkt subjektivt plaget, og deres funksjonsevne i familiære og yrkesmessige roller er svekket. De er sårbare for å utvikle grensepsykotiske, forbigående psykotiske eller dissosiative symptomer, mange har tendens til rusmisbruk, risikofylt seksuell aktivitet, overspising, selvskading og annen potensielt selvdestruktiv atferd. Selvmordsrisikoen er høy, størst i 20- og 30-årsalderen. Undersøkelser har vist at 3–9% av tidligere innlagte har begått selvmord innen 15 år etter innleggelse (2).

Kriteriene for ustabil personlighetsforstyrrelse er såkalt polytetiske. Fem av ni kriterier er nødvendig for å få diagnosen, men ingen kriterier er obligatoriske. Dette innebærer at det teoretisk finnes 256 kriteriekombinasjoner. Disse pasientene har svært ofte andre psykiatriske lidelser i tillegg, som depresjon, angst, spiseforstyrrelser, misbrukslidelser og posttraumatisk stressforstyrrelse. Mange vil også tilfredsstille kriterier for andre personlighetsforstyrrelser som kan være vel så avgjørende for aktuell livssituasjon og prognose. Dessuten er det et stort sprik i psykososialt funksjonsnivå. Som gruppe betraktet er derfor disse pasientene svært forskjellige. Den enkelte pasient presenterer et sammensatt klinisk bilde med mangeartede symptomer og sosiale proble-

mer som krever en fleksibel behandlingstilnærming tilpasset pasientens individuelle behov, evner og preferanser.

Utredning og behandling

De amerikanske retningslinjene vektlegger grundig diagnostisk og funksjonsmessig utredning hos psykiater. Siden det her er snakk om langvarige tilstander med multiple problemområder, kan ofte flere behandlere være involvert. Ved psykososiale kriser kan tilstanden forverres dramatisk i livstruende retning. Derfor understrekes betydningen av en langvarig og overordnet behandlingskontakt hos psykiater som kan legge til rette en helhetlig behandlingsplan, koordinere behandlingstiltak, iverksette farmakoterapi, intervensere ved kriser, etc.

Både psykoanalytisk orientert psykoterapi og dialektisk atferdsterapi har vist effekt i randomiserte kontrollerte studier (3, 4). Retningslinjene anbefaler psykoterapi som viktigste behandlingsform ledsaget av symptomrettet farmakoterapi om nødvendig. I studien til Bateman & Fonagy (3) fikk eksperimentgruppen dagavdelingsbehandling i inntil 18 måneder etterfulgt av poliklinisk gruppeterapi to ganger per uke. Behandlingen omfattet psykoanalytisk orientert individualterapi, psykoanalytisk orientert gruppeterapi, regelmessig vurdering av medikamentbehov, psykodrama og andre tradisjonelle elementer i et terapeutisk samfunn. Sammenliknet med kontrollgruppen som fikk «sedvanlig behandling» hadde eksperimentgruppen et signifikant bedre forløp påvist både etter 18 og 36 måneder med hensyn til symptomer, interpersonlige problemer, psykososial funksjon, selvdestruktivitet og hospitaliseringsbehov. Dialektisk atferdsterapi, utviklet av Linehan og medarbeidere, er en manualisert kognitiv atferdsterapi som er utprøvd med positivt resultat i et utvalg av kvinner med gjentatt fysisk selvskading eller selvmordsforsøk (4). Behandlingen omfattet kombinasjon av ukentlig poliklinisk individualterapi og ferdighetstrening i gruppe i ett år og utstrakt mulighet for telefonisk kontakt med individualterapeut utenom timer.

Effekt som er dokumentert gjennom randomiserte kontrollerte forsøk knytter seg til velstrukturerte behandlingsprogrammer. Hva med individuell psykodynamisk psykoterapi alene? Her er evidensgrunnlaget spinklere, men det konkluderes med at slik behandling kan anbefales med «moderat klinisk sikkerhet» på grunnlag av ukontrollerte studier og råd fra kliniske eksperter. I retningslinjene er det svakere holdepunkter for effekt av individuell kognitiv terapi alene.

Hvor lenge bør psykoterapien vare? Også her er evidensgrunnlaget spinkelt. Det an-

tydes minst ett års psykoterapi, men at mange pasienter vil måtte ha enda lengre behandling. Utbyttet av slik terapi avhenger i stor grad av om man greier å utvikle en god relasjon til pasienten (terapeutisk allianse) som gjør det mulig å samarbeide rundt felles målsettinger. Dette er i seg selv en hovedutfordring ved behandling av denne gruppen pasienter, som har tilknytningsproblemer som et hovedproblem. Deres ustabilitet og impulsivitet utgjør bare noen av mange skjær i sjøen i prosessen mot en trygg behandlingsallianse. Sterke overførings- og motoverføringsreaksjoner utgjør spesielle behandlingsmessige utfordringer. Det har lenge vært kjent at denne gruppen har en høy risiko for å avbryte behandlingen eller følger opp denne så uregelmessig at behandlingen blir kompromittert. Det er derfor gledelig at flere nye undersøkelser (3, 4) viser at man ved strukturerte behandlingsopplegg kan oppnå at under 20 % av pasientene dropper ut.

Skreddersydd behandling

Psykoterapi for manges vedkommende bør ikke gis som et isolert tiltak, men være ledd i et sammensatt behandlingsprogram som vil måtte involvere flere behandlere og instanser. Man kan tenke seg mange forskjellige former for kombinasjonsbehandling som ivaretar en overordnet forståelse av pasientens problemer og samtidig er tilpasset den enkeltes symptomprofil. Eksempelvis kan psykodynamisk orientert behandling suppleres med kognitivt atferdsorientert behandling ved samtidig panikk lidelse eller spiseforstyrrelse. Enkelte pasienter vil trenge samtidig eller forutgående behandling for rusmisbruk for å kunne nyttiggjøre seg psykoterapeutisk behandling. Kombinering av individuell og gruppeanalytisk psykoterapi kan ofte være aktuelt. Det er graden av funksjonsnedsettelse, symptom- og personlighetsmessig profil og risiko for selvskading som er avgjørende for om pasienten bør behandles privat, poliklinisk, i psykoterapeutisk dagavdeling eller i døgnavdeling. Kombinering av behandling setter store krav til samordning av tilbudene, samarbeid mellom behandlere og ikke minst veiledning. Pasientens tendens til idealisering og devaluering skaper ofte spenninger mellom behandlere og behandlingsinstanser. Positiv erfaring med organisering av behandlere i team med felles veiledning finnes.

Valg av behandlingsopplegg krever kartlegging av tilleggsproblemer som eventuelle antisosiale, paranoide eller schizotype trekk, selvdestruktivitet og samtidige symptomlidelser. Selv om behandling av samtidige symptomlidelser kan ha dårligere eller forsinket effekt når pasienten har ustabil personlighetsforstyrrelse, bør pasienter med samtidige og alvorlige angstlidelser og affektive lidelser, spiseforstyrrelser, misbruk, etc., få spesifikk supplerende behandling for disse lidelsene.

Retningslinjene inneholder en grundig

drøfting av farmakoterapi ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Psykofarmaka kan dels gis, etter sedvanlige retningslinjer, for samtidige symptomlidelser. Det er holdninger for at symptomer som er karakteristisk for ustabil personlighetsforstyrrelse, som affektiv ustabilitet, ukontrollerbar impulsivitet og kognitive og perseptuelle forstyrrelser under stress, kan modereres med medisiner. Førstevalget ved uttalt affektiv ustabilitet og ukontrollerbar impulsivitet, er en serotoninreopptakshemmer. Dersom effekt uteblir, kan det forsøkes en monoaminooxydasehemmer, et stemningsstabiliserende medikament, eller et lavdosenevroleptikum. En fordel med nevroleptika er raskt innsettende effekt. Typiske lavdosenevroleptika, og sannsynligvis moderne atypiske nevroleptika, er vist å ha god effekt på kognitive og perseptuelle symptomer. På grunn av høyt lidelsestrykk og ønske om symptomlindring hos både pasient og behandler, er det fare for polyfarmasi, og pasienter kan bli behandlet for lenge med medisiner som har liten eller ingen effekt. Behandlingen må derfor følges nøye opp.

Vurdering

Etter vår vurdering representerer retningslinjene fra APA et betydningsfullt arbeid med stor relevans for norske forhold. Vi merker oss at norske fagfolk (Per Vaglum og Alv A. Dahl) har bidratt til arbeidet og at to norske publikasjoner (5, 6) har kommet med i den selekterte referanselisten på 198 artikler (av over 2 000 artikler).

Noen få kritiske innvendinger: Etter vår mening er det ofret for liten plass til drøfting av problemet med komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser. Det samme gjelder bestemmelse av funksjonsnivå (f.eks. globalt funksjonsnivå, GAF). Komorbiditet og funksjonsnivå er kanskje de viktigste faktorene for valg av behandlingsformer. Det nevnes heller ikke at unnvikende personlighetsforstyrrelse konkurrerer med ustabil personlighetsforstyrrelse om å være hyppigst i klinisk praksis. Under seksjonen for fremtidig forskning savner vi behovet for å utvikle forandringsensitive mål på personlighetsfungering. Dette er imidlertid mindre anmerkninger.

Når APA nå slår fast at psykoterapi er effektivt ved ustabil personlighetsforstyrrelse, kan dette også sees som et innlegg i debatten om kunnskapsbasert medisin og hva som er gyldig kunnskap om psykiatrisk behandling. Komiteens anbefalinger med hensyn til psykoterapi baseres på bare to randomiserte kontrollerte studier. Den tillegger derfor studier med andre typer design og såkalt klinisk erfaring hos eksperter betydelig vekt. En slik balansering er viktig fordi randomiserte kontrollerte forsøk er spesielt krevende ved undersøkelse av behandlingseffekt ved tilstander som krever langtidsterapi, der eventuelle positive endringer utvikles over lang tid og der frafallsfrekvensen er høy. Særlig

pga. kostnadene forbundet med slike langtidsstudier, vil det i forskningslitteraturen være en overrepresentasjon av randomiserte kontrollerte undersøkelser av korttidsterapier. Man kan komme til å undervurdere nytten av langtidsbehandling og underkjenne pasientenes behov for dette.

Skal man ta disse retningslinjene på alvor, noe vi mener de absolutt fortjener, representerer de store utfordringer for helsevesenet. Det er lite som tyder på at de fleste pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse i Norge i dag får den behandling som anbefales her. Således kan retningslinjene tjene som brekkstang for pasienter, pårørende og fastleger med krav om bedre utrednings- og behandlingstilbud i psykiatrien. Slik vi ser det, er det god kompetanse i norske fagmiljøer med hensyn til kunnskap og ferdigheter i individuell psykoterapi, gruppepsykoterapi, kognitiv terapi og farmakoterapi. Det skorter kanskje noe på utredningssiden. Det som først og fremst mangler er systematiserte og organiserte kombinasjonsbehandlinger og kvalitetssikring av disse. Her er det mye å ta fatt på. Det bør eksempelvis etableres bedre samarbeid mellom individual- og gruppe-terapeuter, og mellom distriktspsykiatriske sentre og privatpraktiserende spesialister.

Helsemyndighetene bør ta sin del av ansvaret ved å nedsette en arbeidsgruppe for å utarbeide retningslinjer tilpasset norske forhold. Implementeringen av slike retningslinjer bør følges opp av et dertil egnet fagmiljø. Det Nasjonale fagrådet for psykiatri har nylig anbefalt et Kompetansesenter for personlighetsforstyrrelser for Helseregion Øst. Nettopp fordi denne pasientgruppen skaper så sterke motoverføringsreaksjoner hos behandlere, tror vi det er viktig at spesielle fagmiljøer tildeles en mer overordnet og offensiv rolle. Hvis ikke, risikerer behandlingstilbudet å bli like fragmentert, motsetningsfylt og skiftende som borderlinepasientens indre verden.

Litteratur

1. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (suppl).
2. Perry JC. Longitudinal studies of personality disorders. *J Personal Disord* 1993; 7 (suppl): 63–85.
3. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36–42.
4. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060–4.
5. Kjelsberg E, Eikeseth PH, Dahl AA. Suicide in borderline patients – predictive factors. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 283–7.
6. Wilberg T, Friis S, Karterud S, Mehlum L, Urnes Ø, Vaglum P. Outpatient group psychotherapy: a valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? A 3-year follow-up study. *Nord Psykiatr Tidsskr* 1998; 52: 213–22.

○