

Följsamhet och tålamod krävs för att möta dessa patienter

I ALLA BEHANDLINGSMODELLER BETONAS VIKTEN AV EN AKTIV, NÄRVARANDE, RELATIONSINRIKTAD TERAPEUT

Göran Rydén, överläkare, leg psykoterapeut, verksamhetschef, Norra Stockholms psykiatri
 ● goran.ryden@sl.se

Kent-Inge Perseus, docent, leg sjuksköterska, specialist-sjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatrisk vård, Röda Korsets högskola, Stockholm

I samband med den svenska översättningen av DSM-5 ändrades begreppet personlighetsstörning till personlighetssyndrom. I övrigt är kriterier och indelningen i kluster (A, B och C) oförändrade i förhållande till DSM-IV. Forskningsläget när det gäller bemötande och behandling är sådant att den övervägande majoriteten av studier berör borderline-formen av personlighetssyndrom, kanske eftersom de största kliniska utmaningarna i sammanhanget ofta anses ligga just här. När vi nedan beskriver bemötande och behandling vid personlighetssyndrom är fokus därför huvudsakligen på just borderline-formen.

Vården som medkraft eller motkraft

Vårdgivare upplever ofta att det är svårare att möta patienter med personlighetssyndrom, i synnerhet patienter med borderline-formen, än andra grupper av patienter. Dessa patienter väcker osäkerhet, ilska och vanmakt, vilket gör att många vårdgivare får svårare att hålla uppe den empatiska förmågan (Fakta 1) [1-6]. Samtidigt beskrivs känslorna som motstridiga; engagemang och empatisk beredskap finns parallellt med negativa känslor [7-9].

Kvalitativa studier där man intresserat sig för patienternas eget perspektiv visar att personer med personlighetssyndrom påfallande ofta känner sig respektlöst bemötta av personal inom vården och att de inte känner sig lyssnade till. De upplever också i vissa fall att de blir stämplade som »personlighetsstörda» eller »borderline», vilket uppfattas som stigmatiserande [10-13].

De i dag mest framgångsrika manualbaserade formerna för psykologisk behandling lägger stor vikt vid bemötandeaspekterna [14-17].

Eftersom personer med personlighetssyndrom på olika sätt uppfattas vara svåra att samarbeta med, är det en fördel att gå in i dessa möten med särskilt stor följsamhet, tålamod och uthållighet.

Principer för bemötande, som i stor utsträckning är sammanställda utifrån patienterfarenheter, finns sammanfattade i ett australiskt projekt: »Project air strategy for personality disorders» [14]. I urval och fritt översatt lyfts följande aspekter fram:

- Försök vara medkännande och lyssna till personens aktuella upplevelse.
- Bekräfta personens aktuella känslomässiga tillstånd och vinnlägg dig om att ta personens upplevelse på allvar.
- Förbli lugn och respektfull. Upprätthåll en icke-dömande hållning. ▶

FAKTA 1. Ett patientmöte

»Den här natten sökte hon akuten på psykiatriska kliniken för tredje gången under en och samma vecka. Hon hade tydligen, insåg jag efteråt, varit på vårdcentralen två gånger under samma period också. Sjuksköterskan på akuten berättade för mig att patienten hade varit ganska lugn och samlad när hon kommit in. Hon hade klagat över ångest och sömnsvårigheter. När sjuksköterskan på grund av personalsituationen på akuten hade lämnat patienten ensam en stund hade vederbörande gått in på toaletten, tagit fram ett rakblad och skurit sig ganska rejält i vänster underarm.

När jag som AT-läkare på jour kom till platsen var patientens sår provisoriskt omlagda, hon hade fått en kopp te och satt och väntade på att bli inlagd. Jag var trött och irriterad över situationen. Jag hade ju sytt ihop en hel del av »de där» tidigare som kirurgjour.

– Du, jag tror att patienten gör så gott hon kan under väldigt tuffa omständigheter, sa sjuksköterskan.

Hennes kommentar följde med mig in i mötet med patienten, och jag tror att jag lärde mig något.«

»Personcentrerad vård understryker vikten av att se patienten som en kapabel person som ingår partnerskap med vårdpersonalen.«

HUVUDBUDSKAP

- Patienter med personlighetssyndrom erbjuder särskilda utmaningar i fråga om bemötande.
- De flesta behandlingsstudier har gjorts på borderline-formen av personlighetssyndrom.
- Av de specifika psykologiska behandlingar som är utvärderade vid borderline-formen har dialektisk beteendeterapi det starkaste forskningsstödet, följt av mentaliseringsbaserad terapi.
- Läkemedelsbehandling bör begränsas till kortare insatser vid kriser och vid behandling av samsjuklighet.
- Det finns få studier av heldygnsvård, men det pågår intressanta projekt kring självvald inläggning som krisintervention.
- Det finns konsensus om att så långt som möjligt undvika långa vårdtider och tvångsåtgärder.

»Dessa patienter väcker osäkerhet, ilska och vanmakt vilket gör att många vårdgivare får svårare att hålla uppe den empatiska förmågan ...«

- Förbli omhändertagande och delta i en öppen kommunikation.
- Var tydlig, konsistent och pålitlig.
- Tänk på att utmanande beteende ofta har ett överlevnadsvärde utifrån patientens tidigare erfarenheter.

Särdrag för kluster A, B och C

Om man tittar litet närmare på de olika klustren av personlighetssyndrom kan man säga att kluster A har det gemensamma kännetecknet att personen framstår som udda, excentrisk och som en ensamvarg. För kluster B gäller att personen framstår som dramatisk, emotionell och impulsstyrd. Egenheterna som är gemensamma för kluster C skulle kunna beskrivas som att personen framstår som räddhågad, ängslig och kontrollerande. Egenheterna gör att det finns olika aspekter att ta hänsyn till i mötet med dessa patienter.

För personer med kluster A-problematik bör man ex ta särskild hänsyn till att dessa personer är uttalat misstänksamma, överkänsliga för kritik och att de tenderar att känna sig oerhört obekväma i sociala situationer och i relationer till andra människor. Det tar ofta lång tid att skapa en relation som håller.

En tendens att på olika sätt provocera sin omgivning (om än omedveten) gäller för hela kluster B. Man bör därför vara särskilt uppmärksam på sina egna känslor och reaktioner i sammanhanget.

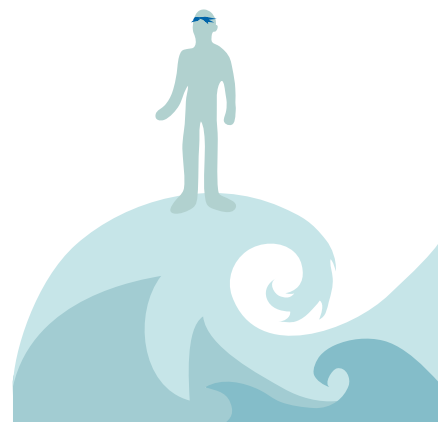
Extrem känslighet för kritik och sådant de upplever som tecken på andras ogillande kan sägas vara gemensamt för personer med kluster C-problematik. Deras starka tendens att känna skam och skuld fast det inte finns någon egentlig anledning bör också särskilt beaktas. Hos personer med tvångsmässig problematik kan kontrollbehovet och den starka perfektionistiska tendensen väcka irritation hos omgivningen [18].

Personcentrerad vård

Konceptet personcentrerad vård och dess ambition till subjektiv förståelse och delat beslutsfattande mellan patient och vårdgivare är något som kan ha stor potential i sammanhanget [15, 16]. Personcentrerad vård understryker vikten av att se patienten som en kapabel person som ingår en allians med vårdpersonalen. Vårdpersonalen lyssnar till och försöker förstå patientens berättelse om hur ohälsa och symtom påverkar vardagen för att kunna planera vården tillsammans med patienten [16].

Läkemedelsbehandling vid personlighetssyndrom

Litteraturen om läkemedelsbehandling vid personlighetssyndrom är motsägelsefull. De flesta studier är små och av otillräcklig kvalitet för att man ska kunna



dra några egentliga slutsatser, och de sammanställningar som finns berör i princip endast borderlineformen [19]. Läkemedelsbehandling kan vara indicerad som tidsbegränsat symtomlindrande stöd för att hantera akuta kriser. Försiktighet bör dock iakttas med läkemedel som har beroendepotential eller som kan vara farliga vid intoxikation. Man bör vidare tänka på förskrivning av läkemedel i kontext med andra insatser och beakta de psykologiska effekterna av förskrivningen [20].

Samsjukliga tillstånd (tex depression och ADHD) kan behandlas enligt gängse riktlinjer för respektive tillstånd.

Evidensläget för psykologisk behandling

Det finns få kunskapssammanställningar gällande psykologisk behandling vid personlighetssyndrom. De som finns omfattar närmast uteslutande borderline-formen eller antisocialt personlighetssyndrom [21-24]. En genomgång av psykologisk behandling resulterade i knappt 15-talet olika behandlingsmetoder. De bäst studerade metoderna beskrivs här nedan.

I den Cochrane-rapport som handlar om psykologisk behandling vid borderline-formen konstateras att behovet av replikerande studier är mycket stort [23]. Efter att denna publicerades har ytterligare några studier tillkommit, bl a för emotionsreglerande gruppterapi (ERGT) [25]. För antisocialt personlighetssyndrom finns ett antal olika behandlingsmodeller prövade. Få av dem undersökte återfall i brottslighet eller effekt på aggressivitet, vilket gör det svårt att entydigt rekommendera någon särskild metod [26].

I riktlinjer som utarbetats i Storbritannien för antisocial personlighetsstörning har därför större emphasis lagts på andra åtgärder och insatser än att rekommendera psykologiska behandlingsprogram [24].

Faktorer för framgång i behandling

Det är viktigt att det psykoterapeutiska arbetet är interfolierat med övriga insatser för att hantera akuta kriser och olika former av samsjuklighet. Detta återkommer i princip i de olika behandlingsmanualer som har utvecklats för borderline-formen sedan 1990-talet [20, 22]. I alla behandlingsmodeller betonas betydelsen av en aktiv, närvarande och relationsinriktad terapeut.

Gruppmomentet förekommer vid flera av behandlingsmodellerna, liksom att man har en tydlig behandlingshierarki, där olika hot mot behandlingen definieras och adresseras genom olika tekniker i behandlingen.

Generellt omhändertagande eller specifik behandling

Modeller för trappstegsvård (stepped care) vid borderline-formen handlar om att ge kvalitativ vård på rätt nivå med hänsyn tagen till resursanvändning [27]. En modell för detta är »Good clinical management for borderline patients» [28].

Alla patienter lämpar sig inte för de mer ambitiösa behandlingsprogrammen men behöver ändå ett adekvat omhändertagande. Viktiga komponenter är att upprätthålla en uppmuntrande och pedagogisk hållning med fokus att hantera kriser och svåra livssituationer.

Specifika behandlingsprogram vid borderline-formen

Dialektisk beteendeterapi. De bakomliggande tankgångarna vid dialektisk beteendeterapi (DBT) handlar om att det vid personlighetssyndrom av borderline-typ finns en biologiskt betingad emotionell instabilitet i kombination med en uppväxtmiljö som präglas av traumatiska händelser och/eller bristande känslomässig återkoppling från föräldrar eller andra viktiga personer. I färdighetsträningsgrupp lär sig patienterna strategier att hantera dysfunktionella beteenden, vilket utgör en bas för att sedan kunna arbeta vidare i terapin med en förståelse för tillvarons dialektiska aspekter, dvs spänningen mellan olika yttreligheter.

Mindfulness, med grund i zenbuddhism, kan användas som en teknik för att stabilisera sig själv när känslorna riskerar att ta överhanden. Behandlingen pågår som regel under 1-2 år.

Metoden har i ett flertal studier visat goda effekter, och av de specifika psykologiska behandlingsprogrammen är det den som i dag har störst spridning i Sverige [29-31].

Mentaliseringsbaserad terapi. Med mentalisering menas förmågan att föreställa sig vilka tankar och känslor som ligger bakom det egna eller andras beteende. Denna förmåga kan vara påverkad vid en rad olika tillstånd och variera över tid och beroende på situation. Hos patienter med borderline-formen är mentaliseringsförmågan särskilt instabil, framför allt i situationer där tidiga, otrygga anknytningsmönster och starka affekter aktiveras.

Genom att i ett tryggt sammanhang träna den mentaliserande förmågan kan patienten successivt överge mer självdestruktiva strategier. Metoden har visat sig fungera väl i två randomiserade kontrollerade studier [32, 33]. Programmet löper över 18 månader.

Team som arbetar med mentaliseringsbaserad terapi (MBT) finns i dag på flera håll i Sverige.

Schemafokuserad terapi. I schemafokuserad terapi är grundtanken att en bristfällig uppväxtmiljö leder till dysfunktionella scheman, som i sin tur leder till en negativ självbild. Genom att successivt avtäcka och ifrågasätta dessa scheman där terapeuten intar en alternativ och mer positiv form av föräldraskap (parenting) kan patienten modifiera sina scheman. Även här finns lovande resultat i en randomiserad kontrollerad studie [34]. Terapin kan pågå uppemot 3 år.

I Sverige finns (möjligheter till) schemafokuserad terapi endast på några få ställen.

Överföringsfokuserad terapi. I överföringsfokuserad terapi (transference focused therapy; TFP), som är en psykodynamiskt orienterad metod, lägger man stor vikt vid kontraktet som en genomarbetad överenskommelse och relationen mellan terapeut och patient. Genom att arbeta med en stege av psykoterapeutiska interventioner tänker man sig att patienten successivt ska få en mer sammanhängande bild av sig själv och minska behovet av utagerande beteende [15]. Behandlingen är ofta tidsbegränsad till uppemot 2 år.

Metoden har använts som en kontrollbehandling vid flera forskningsstudier och har på så sätt indirekt kunnat visa vissa positiva effekter [31, 34]. I Sve-

rige har behandlingsmetoden inte fått någon större spridning.

Emotionsreglerande gruppterapi. Emotionsreglerande gruppterapi är en utveckling av den färdighets träningsmodul inom dialektisk beteendeterapi som handlar om känslor, i kombination med delar av »acceptance and commitment therapy« (ACT) [35]. Behandlingen har visat sig fungera väl i randomiserade kontrollerade studier även vid uppföljning [36]. Behandlingen, som sker i grupp under ca 3 månader, är tänkt att kunna kombineras med andra parallella behandlingsinsatser.

I Sverige har emotionsreglerande gruppterapi fått spridning genom den utbildningsinsatsning och den naturalistiska studie som genomförts inom det nationella självskadeprojektet.

Heldygnsvård

Det finns i princip inga studier som kan svara på frågan om hur patienter med personlighetssyndrom bäst tas om hand inom heldygnsvård. I de riktlinjer som dristar sig till att komma med vissa rekommendationer nämns värdet av korta inläggningsperioder och att vården bör vara inriktad mot krisstöd [22]. Självvald inläggning där patienten upprättar en överenskommelse med vården och själv får möjlighet att bestämma när hon/han behöver läggas in några dagar är en metod som har prövats med lovande resultat [37]. Detta provas och utvärderas för närvarande vid Norra Stockholms psykiatri och i Skåne.

Framtida behov av utveckling

Det behövs mer kunskap om de gemensamma verk-samma behandlingsingredienserna, oavsett teoretisk utgångspunkt, och hur man förädlar dem. Det är också viktigt att systematiskt utvärdera hur programmen fungerar i den vanliga sjukvården. Emotionsreglerande gruppterapi är en lovande behandlingsform, eftersom den sannolikt är kostnadseffektiv och kan utgöra ett tidigt steg i en vårdprocess för patienter med personlighetssyndrom.

Sammanfattningsvis finns anledning att vara optimistisk. Självskadebeteende är ett alarmerande beteende som väcker starka känslor hos både den som själv skadar sig och omgivningen. Alla de behandlingsmetoder som nämns ovan har positiv effekt på detta, även om många andra svårigheter som sammanhänger med borderline-formen av personlighets-syndrom kvarstår efter behandlingsavslut.

Det finns därför starka skäl att utveckla vården med dessa aspekter i fokus. Detta kräver mer samordnade insatser snarare än att utveckla nya psykoterapeutiska interventioner. Behovet är också stort att utveckla strukturer för heldygnsvård för dessa patienter som minimerar tvångsinsatser och opåkallad övervakning. Här är medskapande mellan professionen och patienter och närstående sannolikt en av de viktigaste vägarna att gå [38]. Bristen på behandlingsutvärde-

»Det behövs mer kunskap om de gemensamma verk-samma behandlingsingredienserna, oavsett teoretisk utgångspunkt, och hur man förädlar dem.«

ringar vid andra personlighetssyndrom än borderline är också påtaglig – här finns ett behov av utveckling.

Sällan bota, ofta lindra, alltid trösta – det gamla talesättet som lär vara taget från Hippokrates gäller fortfarande år 2016, inte minst när det gäller vården av personer med personlighetssyndrom. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2016;113:D36U*

SUMMARY

Compliance and patience is needed when meeting patients with personality disorder

To encounter patients with personality disorders in health care settings is often challenging. Most treatment studies published have included only patients with borderline personality disorder. Of evaluated psychological treatments in borderline personality disorder, dialectical behaviour therapy (DBT) has the strongest research support, followed by mentalization based therapy (MBT). Pharmacological treatment in personality disorders should focus on time-limited crisis intervention and treatment of comorbidity. There are few studies on inpatient care of persons with personality disorder. However, there are some interesting projects on brief self-directed inpatient stays as crisis intervention. There is a consensus to avoid long inpatient stays and coercive measures as far as possible.

REFERENSER

- Bergman B, Eckerdal A. Professional skills and frame of work organization in managing borderline personality disorder. Shared philosophy or ambivalence – a qualitative study from the view of caregivers. *Scand J Caring Sci.* 2000;14(4):245-52.
- Bland AR, Rossen EK. Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues Ment Health Nurs.* 2005;26(5):507-17.
- Bodner E, Cohen-Fridel S, Iancu I. Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2011;52(5):548-55.
- Fraser K, Gallop R. Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Arch Psychiatr Nurs.* 1993;7(6):336-41.
- Koehne K, Hamilton B, Sands N, et al. Working around a contested diagnosis: borderline personality disorder in adolescence. *Health.* 2013;17(1):37-56.
- Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16(6):558-67.
- Deans C, Meocevic E. Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemp Nurse.* 2006;21(1):43-9.
- Stroud J, Parsons R. Working with borderline personality disorder: a small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personal Ment Health.* 2013;7(3):242-53.
- Westwood L, Baker J. Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(7):657-62.
- Holm AL, Berg A, Severinsson E. Longing for reconciliation: a challenge for women with borderline personality disorder. *Issues Ment Health Nurs.* 2009;30(9):560-8.
- Perseus KI, Ekdahl S, Åsberg M, et al. To tame a volcano: patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Arch Psychiatr Nurs.* 2005;19(4):160-8.
- Rogers B, Dunne E. »They told me I had this personality disorder ... all of a sudden I was wasting their time«: personality disorder and the inpatient experience. *J Ment Health.* 2011;20(3):226-33.
- Wehbe-Alamah H, Wolgastott S. Uncovering the mask of borderline personality disorder: knowledge to empower primary care providers. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2014;26(6):292-300.
- Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. *Mentalization-based treatment.* Oxford, New York: Oxford University Press; 2004.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger ME, et al. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord.* 2004;18(1):52-72.
- Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. A practitioner's guide. New York: The Guilford Press; 2003.
- Bender DS. The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *J Psychiatr Pract.* 2005;11(2):73-87.
- Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(6):CD005653.
- Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council (NHMRC); 2012.
- Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *Lancet.* 2015;385(9969):735-43.
- Borderline personality disorder: recognition and management. NICE Clinical Guideline CG78 [updaterad 2015]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
- Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(8):CD005652.
- Antisocial personality disorder: prevention and management. NICE Clinical Guideline CG77 [updaterad 2013]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2009.
- Gratz KL, Tull MT, Levy R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2014;44(10):2099-112.
- Gibson S, Duggan C, Stoffers J, et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(6):CD007668.
- Paris J. Stepped care: an alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv.* 2013;64(10):1035-7.
- Gunderson JG, Links PS. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2014.
- Bohus M, Haaf B, Simms T, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther.* 2004;42(5):487-99.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(12):1060-4.
- Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, et al. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2003;182:135-40.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1999;156(10):1563-9.
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166(12):1355-64.
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(6):649-58.
- Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther.* 2006;37(1):25-35.
- Gratz KL, Tull MT, Levy R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2014;44(10):2099-112.
- Helleman M, Goossens PJ, Kaasenbrood A, et al. Evidence base and components of Brief Admission as an intervention for patients with borderline personality disorder: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care.* 2014;50(1):65-75.
- Stringer B, van Meijel B, Koekkoek B, et al. Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: a comparative multiple case study on processes and outcomes. *BMC Psychiatry.* 2011;11:102.