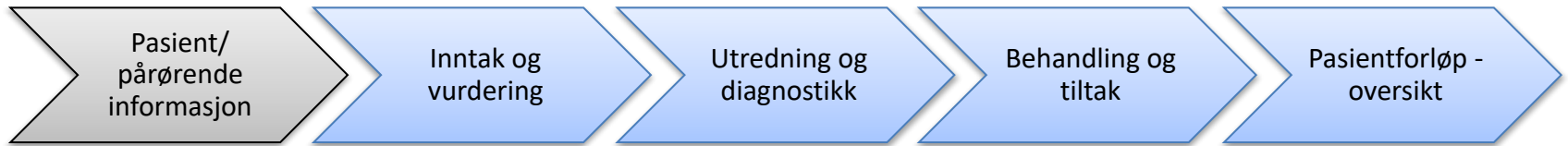


Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Pasientforløp for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse gir på bakgrunn av kunnskapsbasert praksis, anbefalinger for spesialisert behandling av denne tilstanden ved Sørlandet sykehus. Målet med pasientforløpet er å få til en kvalitetsmessig god og forutsigbar praksis i tråd med de angitte anbefalingene.

Hoveddelen av pasientforløpet er rettet mot helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det er en egen del som inneholder informasjon til pasienter og pårørende.





Hva er en personlighetsforstyrrelse?

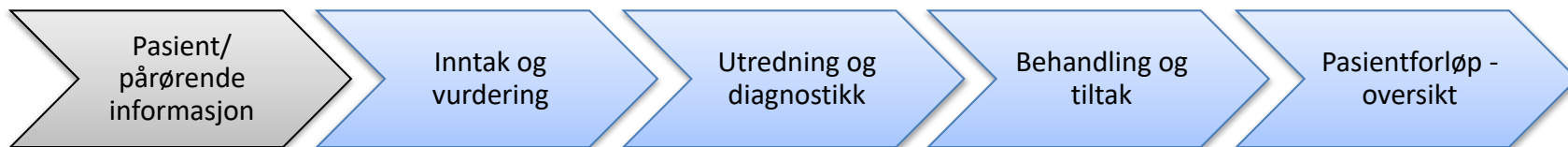
Kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Samsykelighet

Linker/video

Henvisning





Hva er en personlighetsforstyrrelse?

Kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Samsykelighet

Linker/video

Henvisning

Hva er en personlighetsforstyrrelse?

Personlighetsforstyrrelser er psykiske lidelser hvor lav og ustabil selvfølelse, og problemer i mellommenneskelige relasjoner er det mest fremtredende. Disse vanskene fører ofte til langvarige sykemeldinger, tidlig uførhet og vanskelige familieforhold.

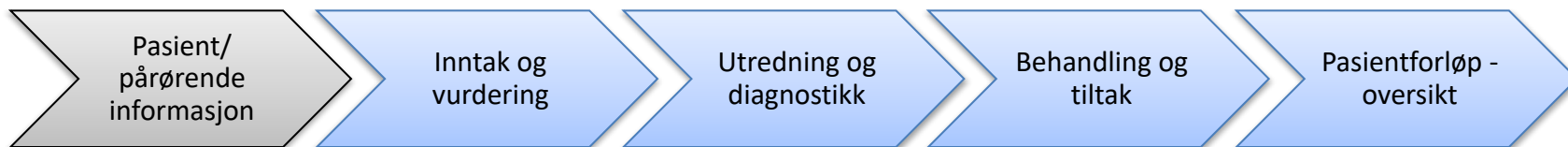
I henhold til diagnosemanualen (DSM V) er personlighetsforstyrrelser kjennetegnet av ; *«Et vedvarende mønster av indre opplevelse og adferd som avviker betydelig fra forventningene i individets kultur».*

Problemene viser seg på følgende områder;

- Tenkning: måter å oppfatte og forstå seg selv, andre og verden på
- Problemer med følelsesregulering
- Atferd og handlinger
- Mellommenneskelig fungering
- Impulskontroll

Man antar at minst 40% av pasienter under behandling ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) har en personlighetsforstyrrelse.





Hva er en personlighetsforstyrrelse?

Kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Samsykelighet

Linker/video

Henvisning

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er karakterisert av betydelige ustabile mellommenneskelige relasjoner, ustabil selvbylde og selvfølelse, ustabil humør og impulsiv atferd. Ca 1% av befolkningen har en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Symptomer inkluderer

- Svingende følelser som endres raskt.
- Vansker med å etablere og opprettholde forhold til andre.
- En ustabil opplevelse av sin egen identitet, slik som å tenke forskjellig om seg selv avhengig av hvem man er sammen med eller hvilke mål man har.
- Handler impulsivt uten å tenke på konsekvensene.
- Skader seg selv eller har tanker om å skade seg selv (for eksempel som å kutte seg selv eller ta overdose).
- Redsel for å bli forlatt, avvist eller være alene.
- Feiltolkning av andre personer og situasjoner, det vil si at de ofte har en annen oppfatning av andre og situasjoner enn folk flest.
- En overaktighet ovenfor andre personers følelser og handlinger med negativ fortolkning.
- Vansker med å ha flere perspektiver på sosiale hendelser

Graden av symptomer og sammensetning av symptombilde kan og vil variere fra pasient til pasient i innhold og styrke.





Hva er en personlighetsforstyrrelse?

Kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Samsykelighet

Linker/video

Henvisning

Samsykelighet

Ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er samsykelighet vanlig. Det vil si at flere enn en diagnose opptrer på samme tid.

Tilstander som ofte opptrer samtidig med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er;

- Rusmisbruk
- Bipolar lidelse
- Depresjon, inkludert dystymi
- Sosial fobi
- Generalisert angst
- Post traumatisk stresslidelse (PTSD)
- Dissosiativ lidelse
- Spiseforstyrrelser

I tillegg kan emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse opptre samtidig med andre personlighetsforstyrrelser.





Hva er en personlighetsforstyrrelse?

Kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Samsykelighet

Linker/video

Henvisning

Linker/videoer

Sammensetning av symptomer og deres intensitet vil variere fra person til person når det kommer til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Linkene presentert under er således ikke representative for alle med denne diagnosen.

- [Dialektisk atferdsterapi](#)
- [Mentaliseringsbasert terapi](#)
- [Skjematerapi](#)
- [Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykiatri](#)

Videoer

[Hva er en personlighetsforstyrrelse](#)

[Uten filter](#) – Anne Grethe forteller om hvordan det er å ha en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

[Om dialektisk atferdsterapi](#) - Lars Mehlum og en tidligere pasient

[Mentaliseringsbasert behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse](#) – individualterapi

[Mentaliseringsbasert terapi](#) – video om hva denne terapiformen er

[Skjematerapi](#) – film med Jeffrey Young





Hva er en personlighetsforstyrrelse?

Kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Samsykelighet

Linker/video

Henvising

Henvising

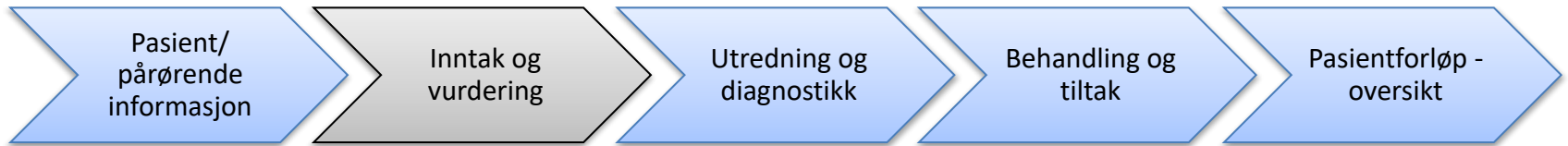
Det anbefales at henvising skrives i samsvar med [Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten](#) og mal på [Sørlandet sykehus sine nettsider](#).

Henvising sendes aktuelt sted jmf Norsk Helsenett sitt [adresseregister](#). Henvisingen vil bli fordelt lokalt DPS eller ABUP. Ved svært alvorlig personlighetsproblematikk kan det være aktuelt med internhenvising til gruppeenheten ved DPS Aust Agder eller DPS Strømme hvor spesialisert behandling for personlighetsproblematikk tilbys.

Henvising bør vurderes der det fremkommer;

- Emosjonell dysreguleringer/relasjonsproblemer av omfattende karakter
- Betydelig nedsatt daglig fungering
- Selvskading
- Suicidalitet



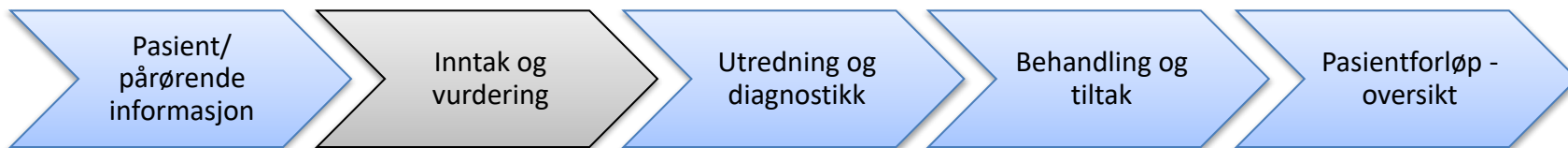


Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for
personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilede – vurderinger og
rettigheter





Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilde – vurderinger og rettigheter

Henvising sendt til Klinikk for psykisk helse skal vurderes av inntaksteam/vurderingsteam i den kliniske enhet som pasienten sorterer inn under. Det vil si at henvising vurderes av et tverrfagligteam bestående av minst en psykologspesialist og psykiater.

Vurderinger gjøres med utgangspunkt i Prioriteringsforskriften § 2 og §§2a. Med bakgrunn i dette tildeles enten **rett til helsehjelp**, jmf. Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1. Eller man vurderer at det **ikke foreligger behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten**. Vurdering med tilbakemelding til pasient skal gjøres innen 10 dager.

To punkter skal vurderes når rett til helsehjelp tildeles;

- Nytte av helsehjelpen
- Det skal være et rimelig forhold mellom kostnader og nytte

Der det innvilges rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan dette være enten **rett til utredning** eller **rett til behandling**. Rett til behandling gis der man er sikker på pasientforløp. Rett til utredning når det er mer uavklarte forhold og usikkerhet rundt antatt diagnose og problemstilling.

Frist for oppstart skal settes. Fristen avhenger av vurderingen som gjøres av graden av alvorlighet. Vurdering gjøres i henhold til [prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne](#).





Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for personlighetsforstyrrelse

Oversiktbylde – vurderinger og rettigheter

Mange pasientene som følges innen allmennpsykiatrisk poliklinikk kan ha, eller har en kjent personlighetsproblematikk. Mange får et svært godt behandlingstilbud i individualterapi ved DPS.

Enkelte, med et stort symptomtrykk, kan imidlertid profitere på å følges opp av en mer spesialisert behandling, rettet inn mot sin personlighetsproblematikk.

Dette tilbys i dag ved gruppeteamet ved DPS Strømme MBT, gruppenheten ved DPS Aust Agder, skjemafokusertterapi, eller ved DBT team ved DPS Aust Agder

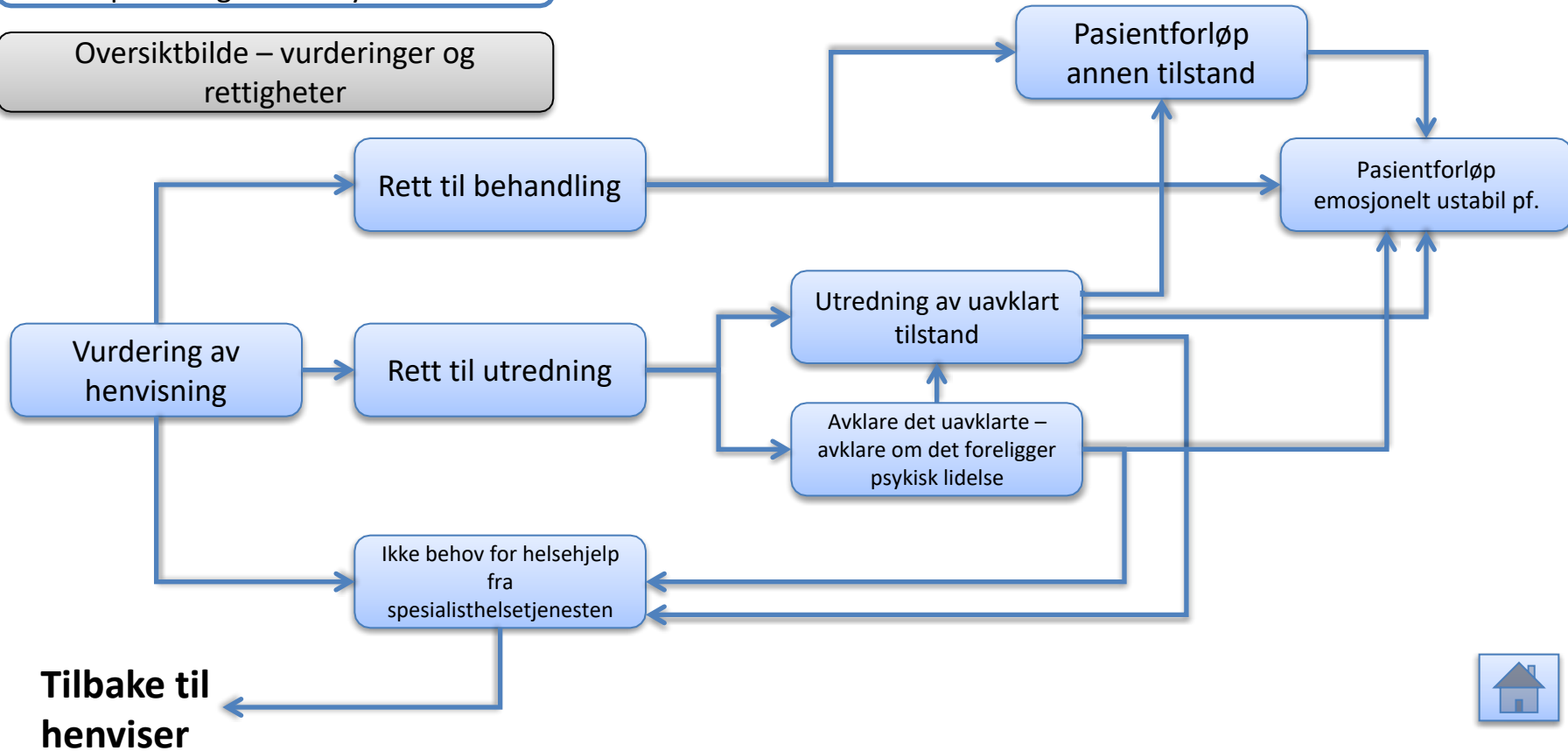


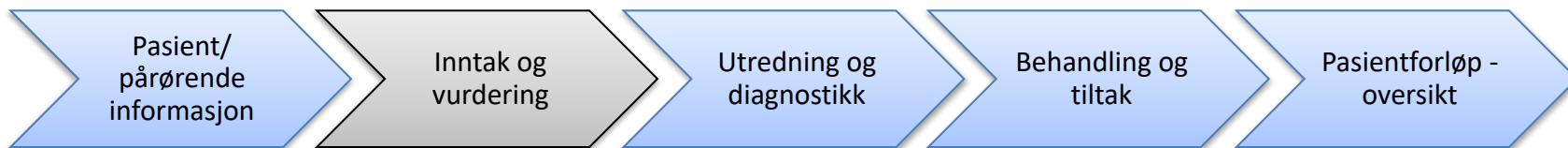


Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilde – vurderinger og rettigheter

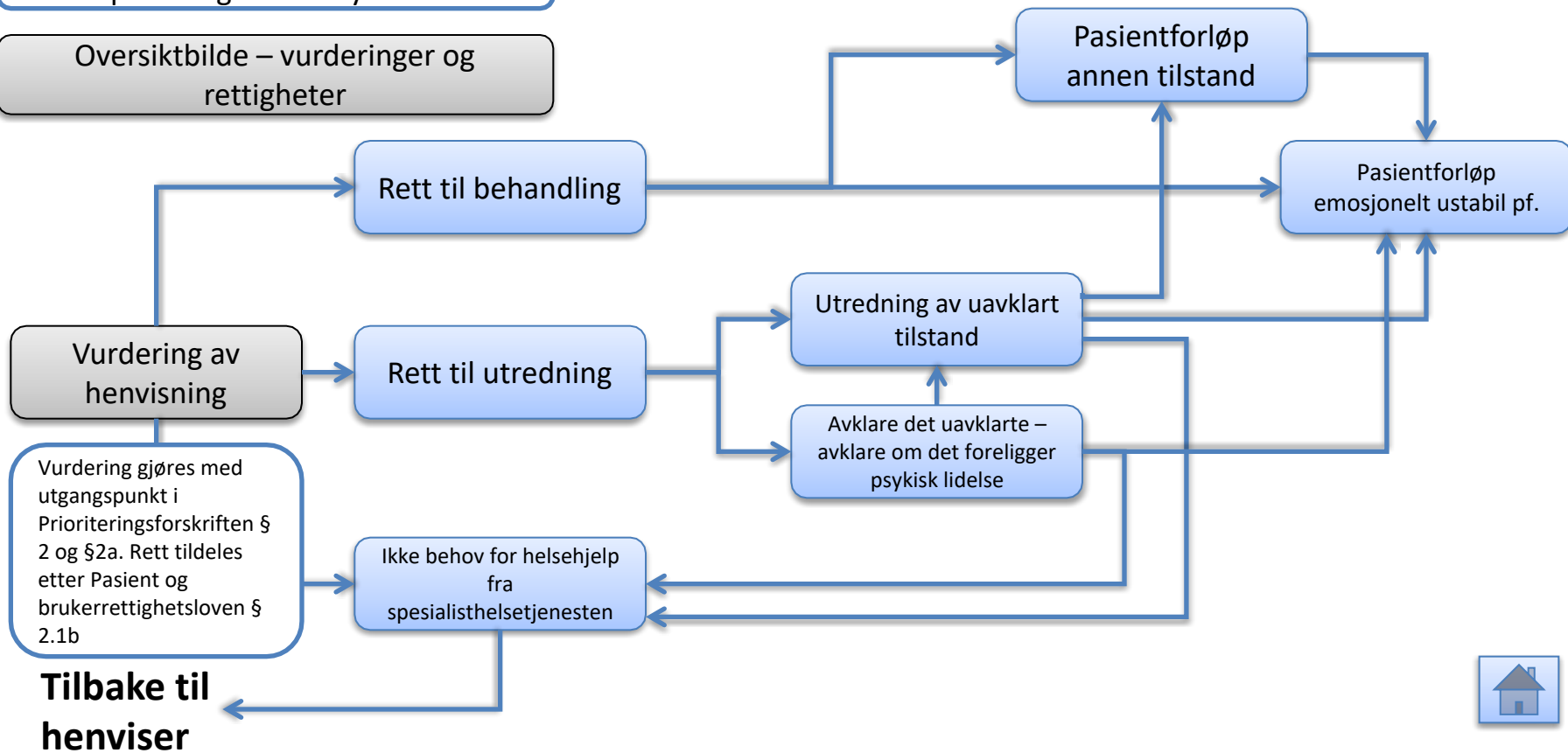


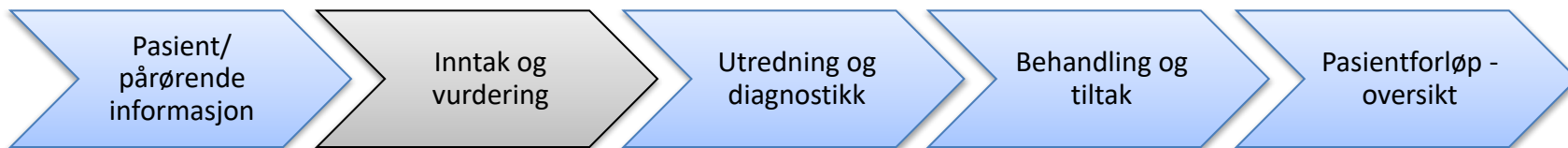


Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for
personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter

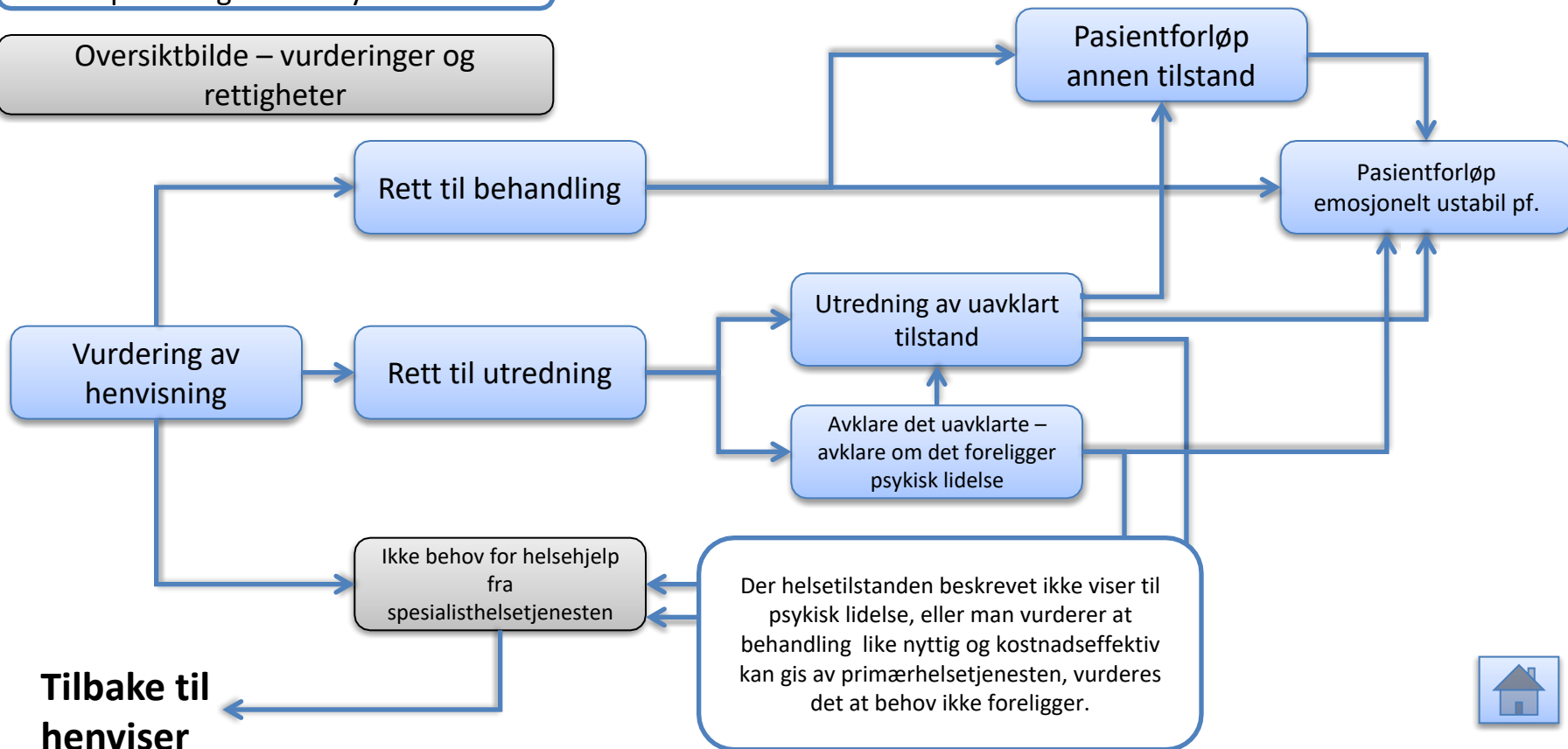


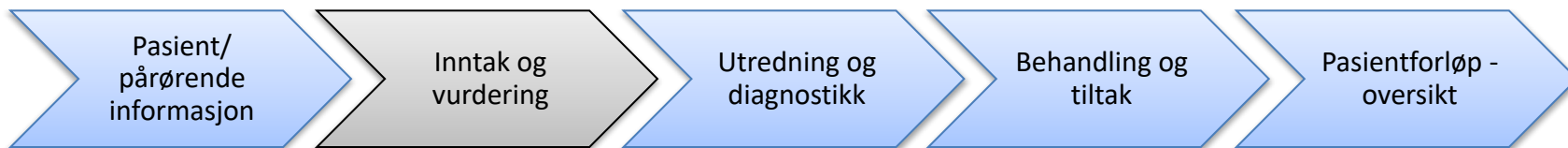


Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for
personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter

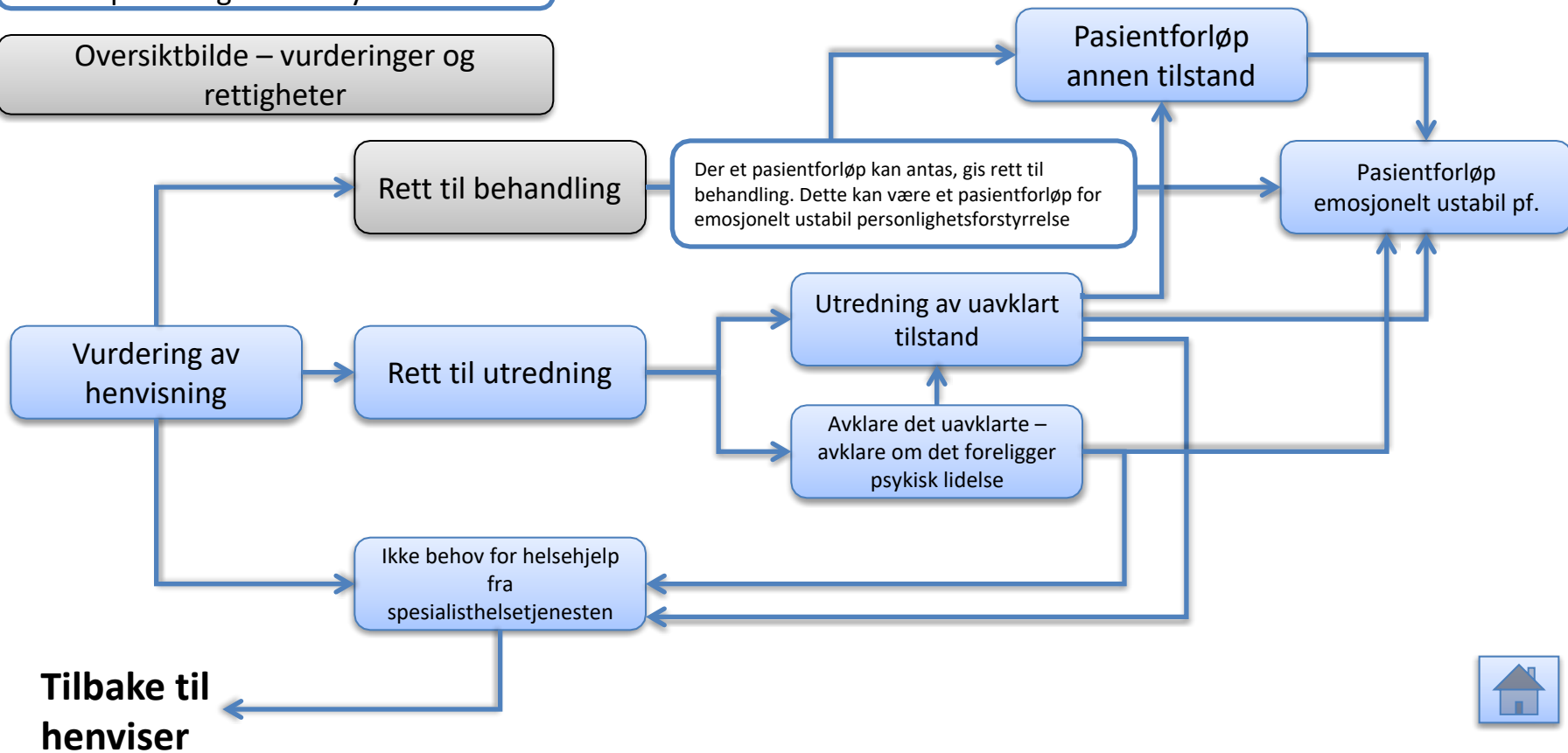


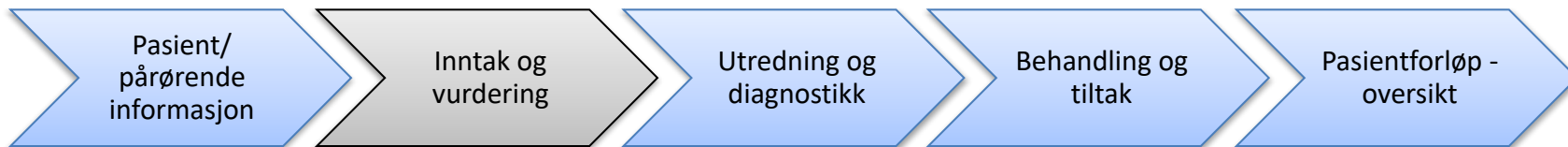


Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for
personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter



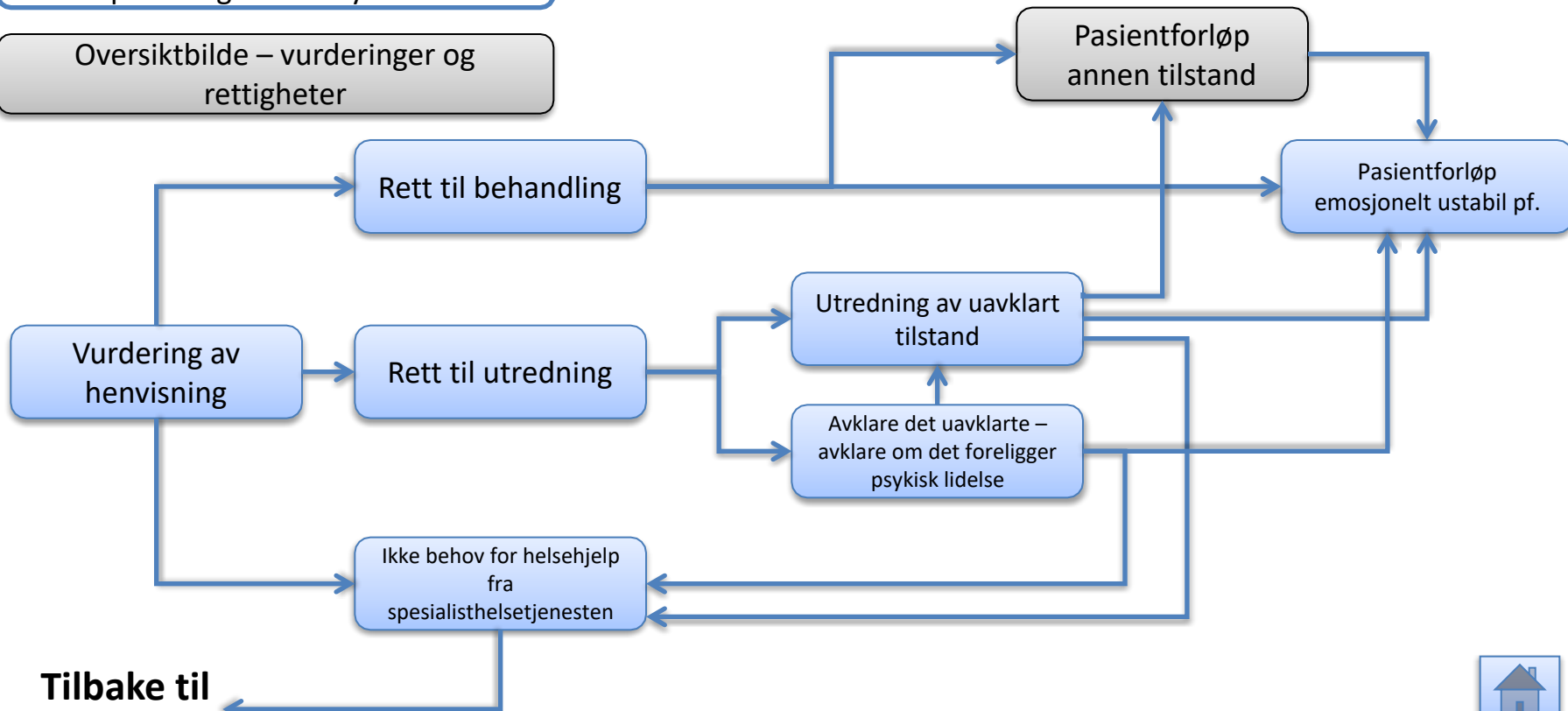


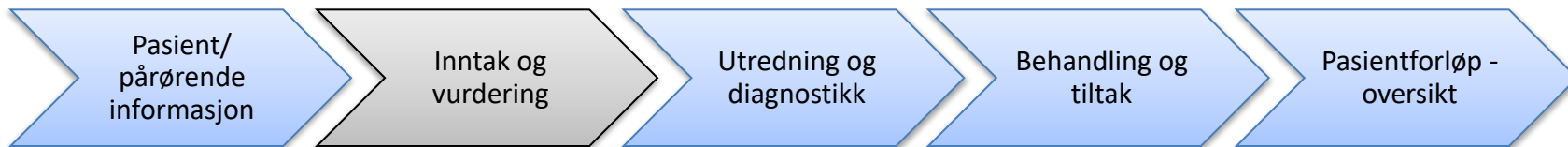
Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for
personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter

Under utredning i pasientforløp for
annen tilstand, kan antagelse om en
emosjonell ustabil
personlighetsforstyrrelse oppstå.
Kliniker vil da nytte seg av aktuelt
pasientforløp

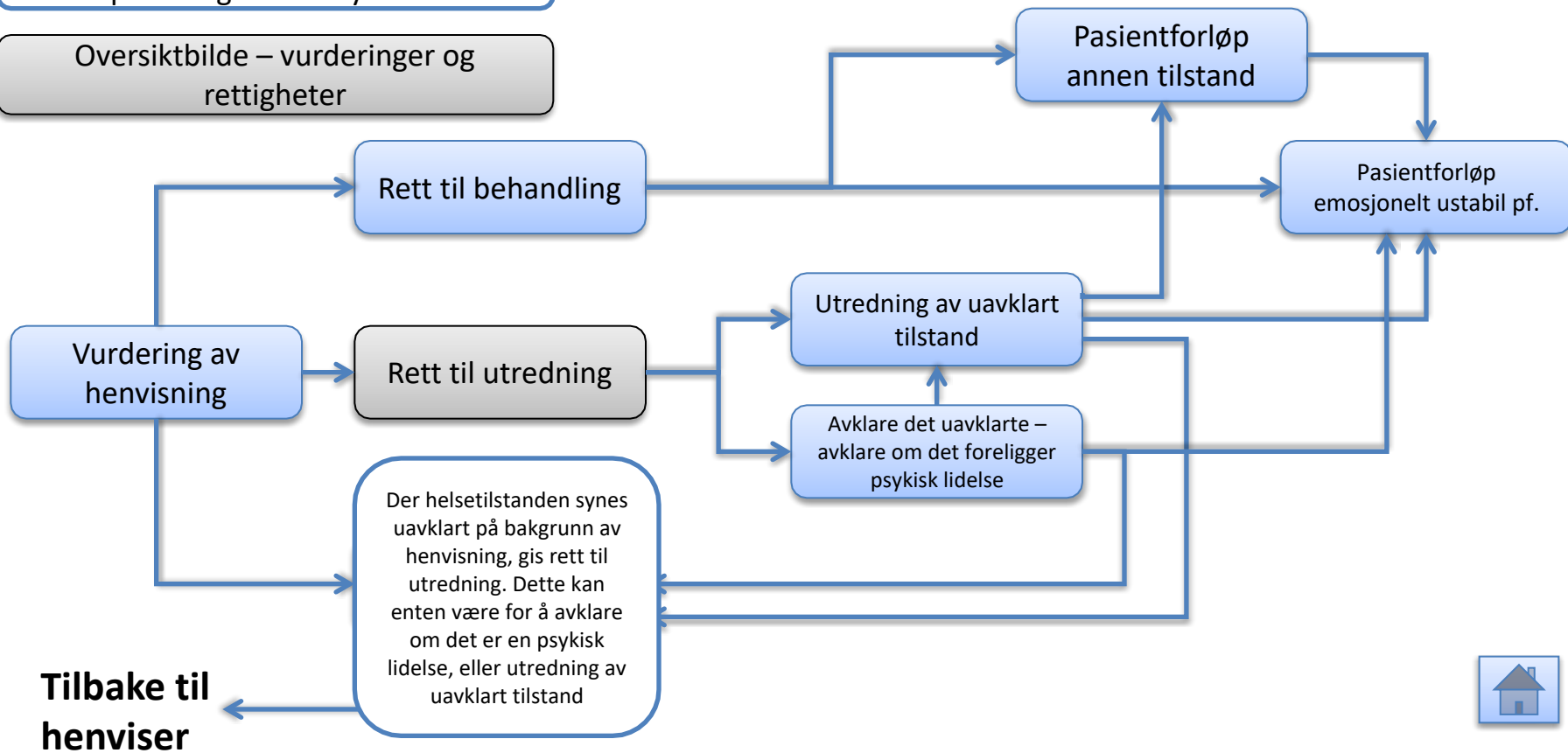


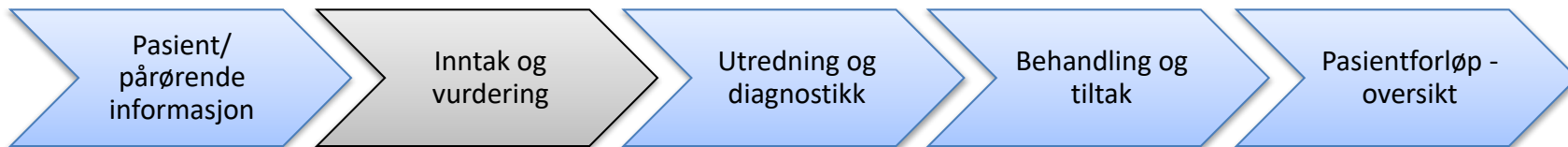


Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for
personlighetsforstyrrelse

Oversiktbylde – vurderinger og
rettigheter

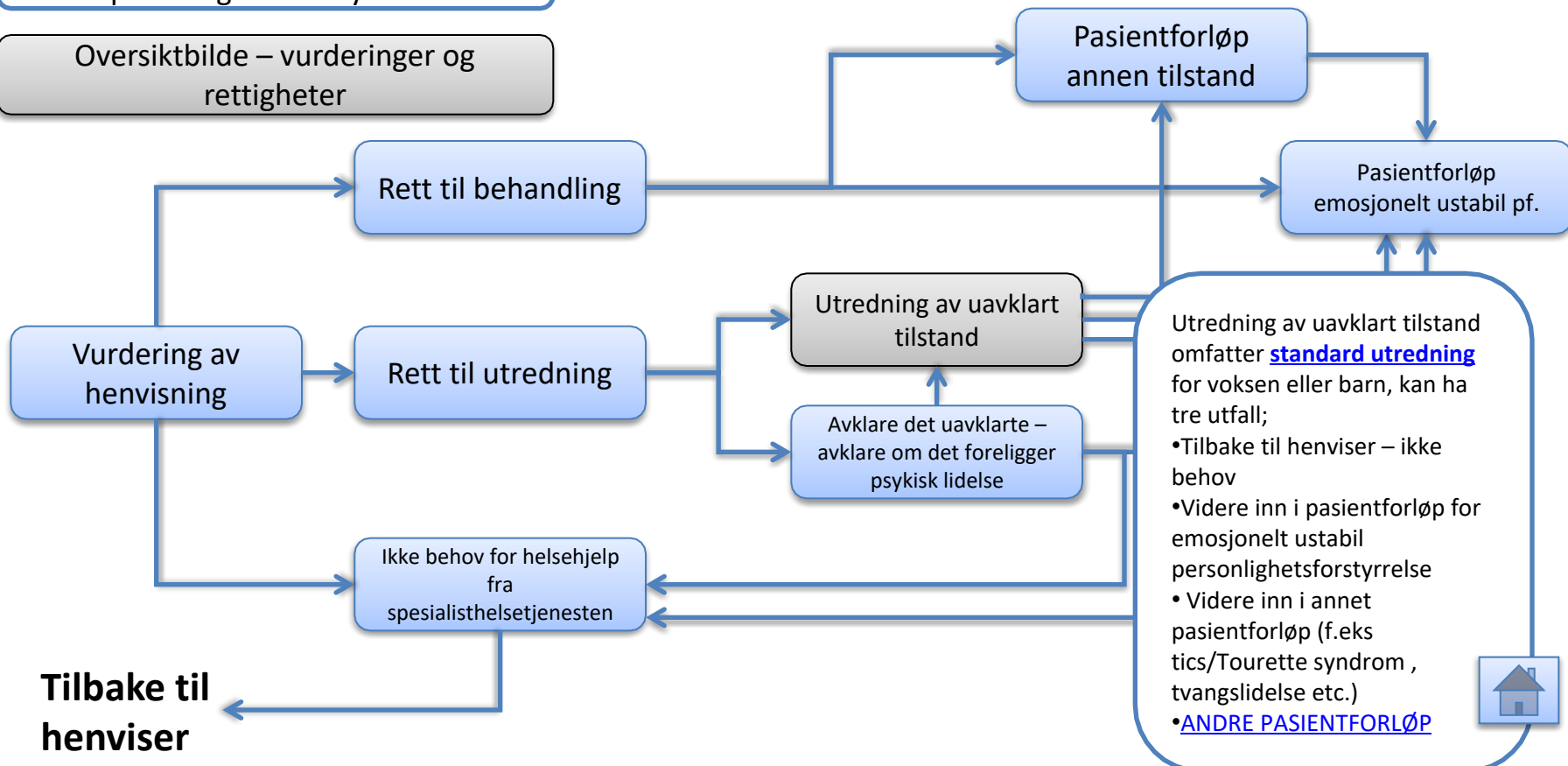


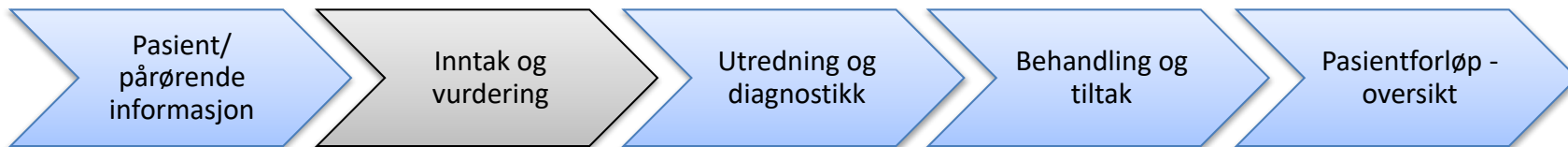


Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for
personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter

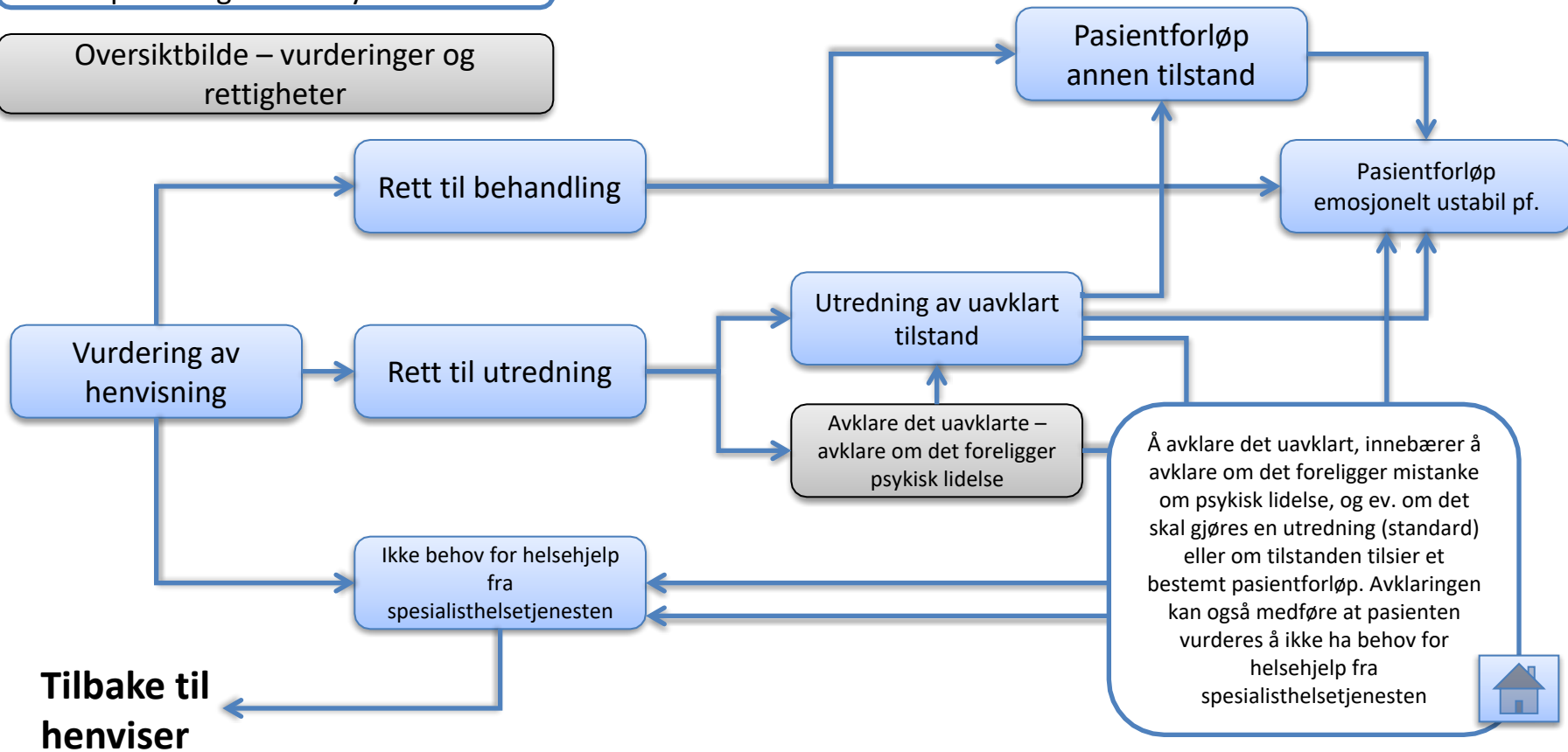




Inntak og vurdering

Spesialisert behandling for
personlighetsforstyrrelse

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsriskovurdering

Fører kortvurdering

Litteratur for fagpersonell





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Fører kortvurdering

Litteratur for fagpersonell

Screening

Screening gjøres der det er mistanke om en personlighetsforstyrrelse enten av fastlege eller ved lokalt DPS.

Screening for personlighetsforstyrrelse bør gjøres der det er;

- 1) Langvarige relasjonsproblemer og/eller betydelige problemer når det kommer til emosjonsregulering.
- 2) Hvis pasienten har alvorlig funksjonsnedsettelse, selvskading av alvorlig karakter eller selvmordsproblematikk (for helsepersonell GAF under 55).

Screening for personlighetsforstyrrelse anbefales å omfatte følgende;

GAF

MINI pluss

SCL 90 R

IOWA

IIP-C





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Fører kortvurdering

Litteratur for fagpersonell

Utredning

Utredning gjennomføres når screening indikerer en personlighetsforstyrrelse. Utredningen videre omfatter følgende;

SCID II

Metodespesifikke undersøkelser

SIPP - 118

Det er viktig å gjøre relevante differensialdiagnostiske vurderinger under utredningen da symptomer på emosjonell dysregulering og relasjonelle vansker også kan indikere andre tilstander.

Se tabell under, benytt eventuelt andre pasientforløp for informasjon om aktuelle utredningsverktøy som kan bistå i den diagnostiske prosessen.

Aktuelle differensialdiagnostiske vurderinger





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Fører kortvurdering

Litteratur for fagpersonell

Diagnostikk

Diagnostisk vurdering gjøres på bakgrunn av kunnskap om pasienten ervervet gjennom utredningen. Det er kjent at personer med personlighetsforstyrrelse ofte også har samsykelighet i forhold til andre symptomlidelser. Dette bør fremkomme i den diagnostiske vurderinger.

Diagnostisk vurdering skrives med følgende momenter;

- Vurderingsgrunnlag
- Relevant anamnestisk informasjon
- Problembeskrivelse (symptomer på emosjonell dysregulering/relasjonelle vansker).
- Differensialdiagnostiske vurderinger- omfatter vurderinger opp mot andre personlighetsforstyrrelser, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, ADHD, traumelidelser, ruslidelse, og lignende).





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsriskovurdering

Fører kortvurdering

Litteratur for fagpersonell

Selvmondsrisikovurdering - voldsriskovurdering

Ved utredning og behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan det være aktuelt med vurderinger både i forhold til selvmordsrisiko og i forhold til risiko for voldelig atferd.

Vurderinger gjøres i henhold til aktuell retningslinje ved KPH.

Selvmonds
risikovurdering

Voldsrisiko
vurdering





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Fører kortvurdering

Litteratur for fagpersonell

Litteratur for fagpersonell

Nice guidelines personality disorders <https://www.nice.org.uk/search?q=personality+disorders>

Aschehoug, E. 2014. *Skjematerapi. Norsk Forum for Skjematerapi 2014 [cited 10.06. 2014]. Available from http://www.kognitiv.no/norsk_forum_for_skjematerapi.*

Bateman, A. W., og P. Fonagy. 1999. "The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder - a randomised controlled trial." *American Journal of Psychiatry* (156):1563-1569.

Bateman, A. W., og P. Fonagy. 2001. "Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up." *American Journal of Psychiatry*, (158):36 -42.

Hazelton, E. . 2014. *DBT Mindfulness. The Linehan Institute 2014 [cited 10.06. 2014]. Available from <http://behavioraltech.org/resources/mindfulness.cfm>.*

Helsedirektoratet, Sosial-og. 2008. "Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern." *IS-1511*.

Kendall, Tim, Stephen Pilling, Peter Tyrer, Conor Duggan, Rachel Burbeck, Nicholas

Meador, og Clare Taylor. 2009. "Guidelines: Borderline and Antisocial Personality Disorders: Summary of NICE Guidance." *BMJ: British Medical Journal*:293-295.

Leichsenring, Falk, Eric Leibing, Johannes Kruse, Antonia S New, og Frank Leweke. 2011. "Borderline personality disorder." *The Lancet no. 377 (9759):74-84*.

Lieb, Klaus, Mary C Zanarini, Christian Schmahl, Marsha M Linehan, og Martin Bohus. 2004. "Borderline personality disorder." *The Lancet no. 364 (9432):453-461*.

Lindeham, M. M. 2014. *Marsha M. Lindeham Official webpage. The Linehan Institute 2014 [cited 10.06. 2014].*

Mehlum, Lars. 2014. *DBT ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging 2014 [cited 10.06. 2014]. Available from www.dbt.no.*

Tvedten, I. Ø. 2014. *Institutt for mentalisering 2014 [cited 10.06 2014].*





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Generelt om behandling

Poliklinisk psykoterapi er anbefalt som førsteprioritetsbehandling av denne pasientgruppe og medikamentell kun som støttebehandling i perioder. Fellestegnet ved metoder som har vist seg virkningsfulle er at de er strukturerte med fokus på målrettede intervensjoner rettet mot antatte kjerneaspekter ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, **holder seg til samme metode, er utdannet i metoden** og terapien varer over tid.

Poliklinisk behandling bør være strukturert, ved alvorlige former anbefales særlig;

- [DBT – dialektisk atferdsterapi](#),
- [MBT – mentaliseringsbasert terapi](#)
- [eller skjemafokusert terapi](#).

Det som her foreslås er faseinndelt behandling med tilhørende dokumenterte metoder til de ulike faser. Det gis allikevel mulighet til unntak ved anbefalingen pga spesielle tilfeller i pasientens tilstand eller lokale tilganger på kompetanse. ***Hvis man velger å gjøre avvik må dette dokumenteres.***

Alternative behandlingstilnærminger (i tillegg til de som her nevnes i pasientforløpet) er; overføringsfokusert psykoterapi, dynamic deconstructive psychotherapy (DDP) og kognitive eller





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Faseorientering behandling – ved behov for koordinerte tjenester i spesialisthelsetjenesten

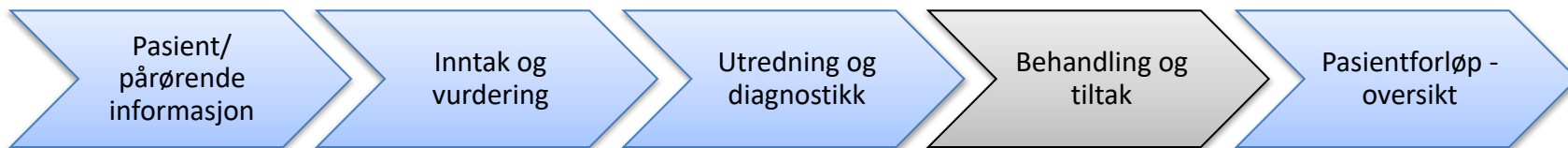
Behandlingen skjer gjennom ulike faser. Dette innebærer at en vurdering av alvorlighet, for eksempel i forhold suicidalitet, dissosiasjon etc. vil avgjøre i hvilke fase behandlingen begynner.

Noen har behov for en stabiliseringsfase av kortere eller lengre tid før de er forberedt til å starte i en endringsfase. Avslutningsvis foregår autonomifasen. Pasientens koordinator er sentral ved faseorientert behandling.

Det betyr at man ser behandling som bygget opp av veksling mellom ulike stadier i behandlingsforløpet:

1. [Stabilisering](#)
2. [Endringsfase](#)
3. [Autonomifase](#)





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Individ og gruppebehandling

Der utredningen konkluderer med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, bør behandlingstilbudet som tilbys være spesialisert, stabilt og strukturert. Behandling kan tilbys både i gruppe og individuelt. Behandlingen gis primært poliklinisk.

Ren gruppeterapi bør suppleres med individualterapi. Man bør ha individualbehandling kombinert med gruppebehandling, med varighet minst et år.

Følgende bør utarbeides:

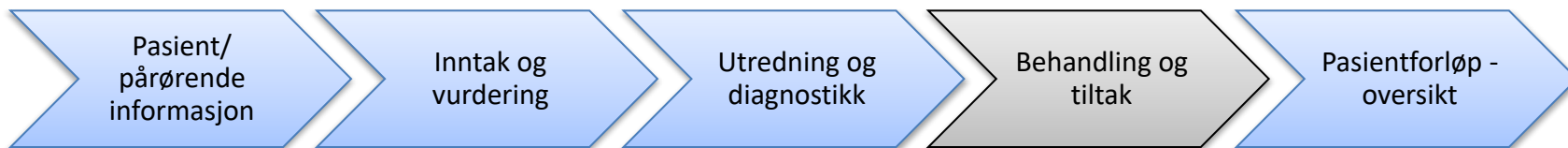
- [Behandlingsplan](#)
- [Krise og mestringsplan](#)

Det foreligger en app "MinPlan" som kan anvendes.

Omsorgsnivået må vurderes i pasientforløpet. I utgangspunktet gis behandlingen poliklinisk. Se egen retningslinje for vurdering av omsorgsnivå.

Omsorgsnivå





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

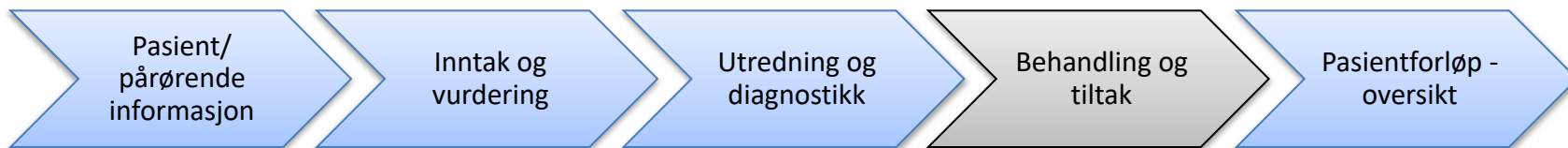
DBT integrerer kunnskap fra; atferdsterapi, kognitiv terapi og læringsteori samt dialektisk og østlig filosofi (zen).

Ordet «*dialektisk*» viser til behovet for å ta hensyn til og balansere ulike deler av virkeligheten, se at flere sannheter kan sameksistere, bruke ulike strategier og løsninger, tenke «både-og» istedenfor «enten-eller».

En nøkkel i dette er trening i [mindfulness](#) (oppmerksomt nærvær) der pasienten lærer å styre sin egen oppmerksomhet og oppleve øyeblikket på en ikke-dømmende, aksepterende måte: Akseptering er dermed et nødvendig fundament som integreres i behandlingens andre hovedelement: økning av pasientenes problemløsningsferdigheter.

Den gis som *individualterapi* og ferdighetstrening i *gruppe*, begge ukentlig. Mellom gruppemøtene og timene som gis individuelt, kan pasienten etter avtale kontakte sin individualbehandler per telefon ved behov for veiledning i bruk av effektive ferdigheter i krevende situasjoner (<http://dbt.no/om-dbt/> [15.03.16]).





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Skjematerapi

Skjematerapi er en integrativ psykoterapimodell som kombinerer elementer fra tilknytningsteori, psykodynamiskterapi, gestaltterapi, emosjonsfokustert terapi og kognitiv atferdsterapi. Terapiformen er spesielt godt egnet for behandling av langvarige, personlighetsrelaterte problemer som har sine røtter i tidlige relasjoner fra ens barndom og oppvekst. Den terapeutiske relasjon spiller en vesentlig rolle i denne terapiformen. Gjennom såkalt «**avgrenset nyomsorg**» (limited reparenting) modellerer terapeuten hvordan klientens grunnleggende behov kan bli møtt på en annen måte enn i oppveksten.

Et tidlig, uhensiktsmessig skjema består av minner, følelser, kroppslige fornemmelser og tanker. Det kjennetegnes ved et bredt og gjennomtrengende mønster eller tema som berører personens selvbylde og dets forhold til andre. Det dannes i barndom eller ungdom pga at barnets behov ikke ble møtt på en god nok måte. Et skjema utvikles gjennom hele livet og er i betydelig grad dysfunksjonelt.

Kjernebegreper i skjematerapi;

- Tidlig, uhensiktsmessig skjema
- Uhensiktsmessige mestringsstrategier
- Modus

Terapeutiske mål i skjematerapi

- Å hjelpe pasienten med å utvikle det man kaller «**den sunne voksne**» slik at han eller hun selv kan ivareta sine følelsesmessige behov.
- At pasient utvikler forståelse og oppmerksomhet for sine skjemaer og modi.
- Å erkjenne at et skjema eller modus ikke innebærer å være «**mislykket**», men at det er et uttrykk for at visse behov ikke ble møtt på en god nok måte av betydningsfulle andre i oppveksten.
- Å hele skjema og modus gjennom avgrenset nyomsorg.





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en manualisert terapi for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, utviklet av Peter Fonagy og Anthony Bateman.

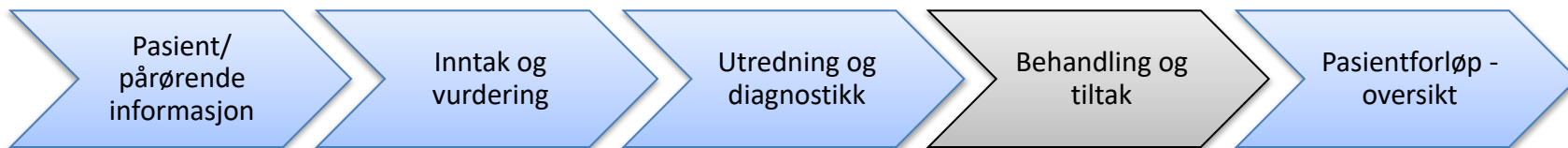
MBT kombinerer gruppe og individualterapi. Formålet er å fremme mentaliseringsevner og dermed følelsesregulering og mellommenneskelig fungering. Fokus er både på kognitive og emosjonelle prosesser. Slik sett kan MBT bygge bro mellom psykoedukative, kognitive og psykoanalytiske teknikker. Til forskjell fra de tradisjonelle kognitive terapiformene, har mentaliseringsbasert terapi ikke bare fokus på egne tanker, men også både tanker og følelser hos andre.

En mentaliseringsbasert tilnærming kan benyttes i;

- individualterapi,
- gruppeterapi,
- parterapi,
- familieterapi - og miljøterapi.

Den terapeutiske holdningen innebærer å være ikke-vitende nysgjerrig, leken, aktiv i dialog med pasienten, med et fokus på "minding the mind". Mentaliseringsbasert terapi retter fokus mot prosess mer enn innhold, og er en prosess av felles oppmerksomhet hvor pasientens mentale liv er i fokus.





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Medikamentell behandling

Det finnes ingen farmakologisk behandling som endrer eller helbreder selve grunnlidelsen. Psykoterapi er førstevalg i behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Generelt rådes en til å være restriktiv med bruk av psykofarmaka, helst begrense bruken til kortvarige kriser.

- Antipsykotisk medikasjon bør ikke brukes som langtidsbehandling ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.
- Vurder medikamentell behandling av eventuelle komorbide tilstander og gjør dette etter gjeldene retningslinjer.
- Vurder kortvarig bruk av sederende medikasjon som del av den overordnede kriseplanen. Behandlingsvarigheten bør avklares før oppstart og bør ikke være lengre enn 1 uke.
- Gi pasienten skriftlig og muntlig informasjon om medikamentet som eventuelt skal brukes, slik at han/hun kan gi et informert samtykke ved oppstart.
- Vurder fortløpende behandlingen av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som ikke har en kjent komorbid lidelse, med den hensikt å redusere og stoppe unødvendig medikament bruk

Medisinsk behandling ved akutt krise:

- Avklar/diskuter bruk av medikamenter med pasientens faste behandler og avklar hvem som skal skriver ut medisinen.
- Avklar og informer om mulige risikofaktorer ved bruk av medikamentet.
- Ha en klar avtale om hvor lenge medisinen skal brukes og ikke lenger enn 1 uke.
- Streb etter monoterapi med laveste effektive dose.
- Velg et preparat med få bivirkninger, lav tilvenningsfare, lav misbruksfare og lav risiko for overdose.
- Skriv ut få tabletter hyppig ved fare for overdose.
- Unngå vanedannede medikamenter og medikamenter med mange bivirkninger.
- Avklar hvilke symptomer medisinen skal hjelpe mot og avslutt behandlingen dersom effekten uteblir.
- Ikke bruk medisiner i stede for andre bedre intervensjoner.
- Revurder behandlingsplanen når krisen er over.

Ved søvnproblemer gis først og fremst generelle søvnhygieniske råd som fast døgnrytme, unngå kaffe, unngå overstimulering på kvelden osv.





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

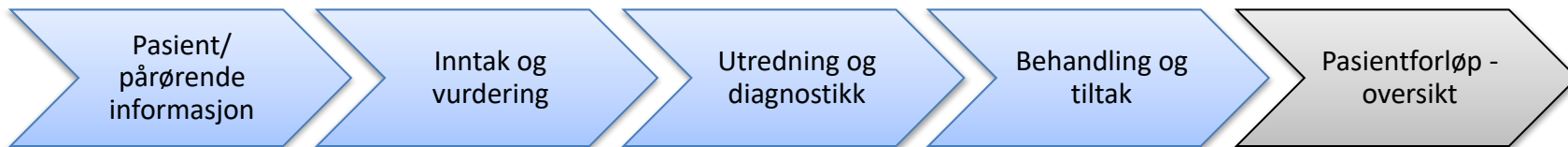
Samhandling

God planlagging av forebyggende tiltak er viktig ettersom saksbehandling av søknader og/eller etablering av nye tiltak kan være tidkrevende. Pasientens rettigheter og fremtidige behov kartlegges så tidlig som mulig.

I samarbeid med pasienten (evt. pårørende) vurderes aktuelle tiltak, som særlig vil kunne innbefatte områdene:

- NAV - Økonomi, arbeid, aktivitet (evt. utdanning)
- Boforhold – Endring eller etablering av botilbud
- Habilitering/rehabilitering
- Kommunale tjenester – Individuell plan



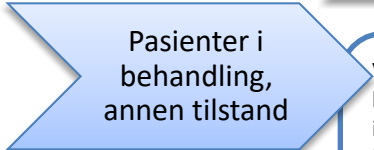
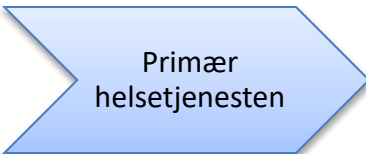


Problembeskrivelse;

- Emosjonell dysregulering
- Relasjonelle vansker
- Funksjonsnedsettelse
- Selvskading
- Suicidalitet

Primærhelsetjenesten

- Oppfølging av PPT (barn)
- Fastlege
- Psykiatrisk sykepleier (voksne)
- Kommunale tilbud for pasienter med psykiske lidelser – se aktuell kommune sine nettsider



Der det oppdages symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse når pasienten er under oppfølging for annen tilstand, benyttes pasientforløp for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Vurdering av helsetilstand av inntaksteam/ innledende samtale.

Vurdering av tilstanden – generell utredning/ standard utredning for voksne KPH

Screening gjøres der det er mistanke om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Screening omfatter;

- [IOWA](#)
- [MINI](#)
- [SCL 90 R](#)
- [Funksjonsvurdering \(GAF\)](#)

Utredning for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse omfatter;

- [SCID II](#)
- [Utredning for komorbiditet/ diff. diagnostisk vurdering](#)
- [Ev. metodespesifikke undersøkelser](#)

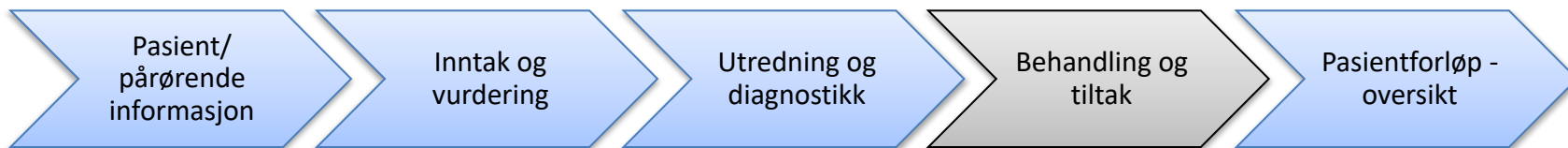
Diagnostisering gjøres jmf. ICD 10.

F 60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Behandling anbefales å være strukturert . Behandler bør være stabil over tid. Følgende metoder;

- DBT
- Skjematerapi
- Mentaliseringsbasert terapi
- Ev.medikamentell behandling





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Faseorientering

Behandlingen skjer gjennom ulike faser. Dette innebærer at en vurdering av alvorlighet, for eksempel i forhold suicidalitet, dissosiasjon etc. vil avgjøre i hvilke fase behandlingen begynner.

Noen har behov for en stabiliseringsfase av kortere eller lengre tid før de er forberedt til å starte i en endringsfase. Avslutningsvis foregår autonomifasen. Pasientens koordinator er sentral ved faseorientert behandling.

Det betyr at man ser behandling som bygget opp av veksling mellom ulike stadier i behandlingsforløpet:

1. Stabilisering ;

Målet her er å redusere selvskading, [suicidalitet](#) og impulsiv atferd. **Dialektisk atferdsterapi (DBT) er den anbefalte metoden som retter seg mot dette.**

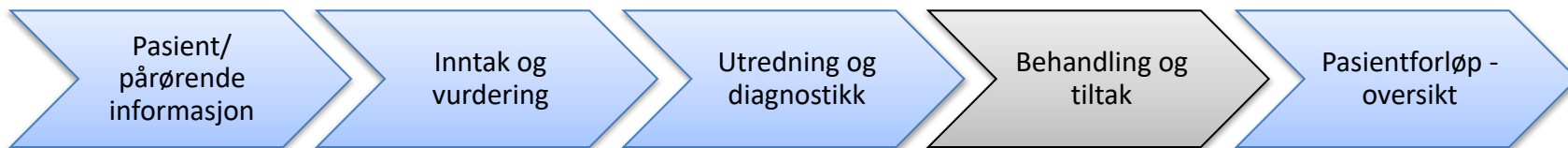
I de andre anbefalte (skjematerapi/MBT) metodene er stabiliseringsarbeid en implisitt del av metodene.

Noen vil ha behov for stabiliseringsarbeid før endringsarbeid, mens andre vil kunne starte direkte med endringsarbeid. Ved tilbakevendende kriser, beveger man seg mellom endrings- og stabiliseringsfase. Rusbehandling kan også være aktuelt her.

2. [Endringsfase](#)

3. [Autonomifase](#)





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Faseorientering

Behandlingen skjer gjennom ulike faser. Dette innebærer at en vurdering av alvorlighet, for eksempel i forhold suicidalitet, dissosiasjon etc. vil avgjøre i hvilke fase behandlingen begynner.

Noen har behov for en stabiliseringsfase av kortere eller lengre tid før de er forberedt til å starte i en endringsfase. Avslutningsvis foregår autonomifasen. Pasientens koordinator er sentral ved faseorientert behandling.

Det betyr at man ser behandling som bygget opp av veksling mellom ulike stadier i behandlingsforløpet:

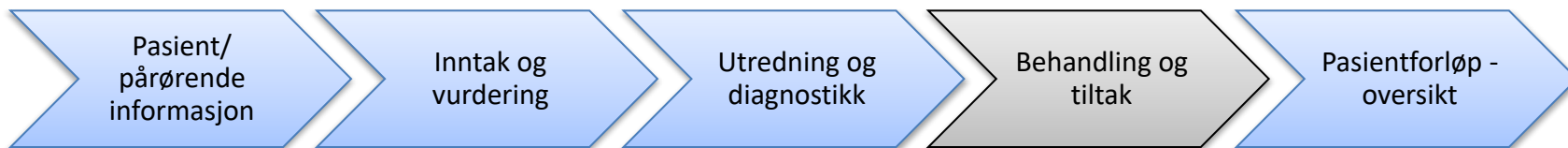
1. Stabilisering

2. Endringsfase

Når pasienten er tilstrekkelig stabil til å kunne tolerere følelser og har gode mestringsstrategier til å håndtere hendelser i livet, kan endringsarbeid igangsettes. Det finnes ulike metoder som er dokumentert virksomme. Disse tilbys av sertifiserte/spesialutdannede behandlere; MBT, Skjemafokuserterapi, DBT og andre terapiretninger (dynamisk dekonstruktiv psykoterapi, kognitiv terapi tilpasset personlighetsforstyrrelser og tranferance focused psykoterapi).

3. Autonomifase





Generelt om behandling

Faseorientert behandling

Individ og gruppebehandling

Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Skjematerapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Medikamentell behandling

Samhandling

Faseorientering

Behandlingen skjer gjennom ulike faser. Dette innebærer at en vurdering av alvorlighet, for eksempel i forhold suicidalitet, dissosiasjon etc. vil avgjøre i hvilke fase behandlingen begynner.

Noen har behov for en stabiliseringsfase av kortere eller lengre tid før de er forberedt til å starte i en endringsfase. Avslutningsvis foregår autonomifasen. Pasientens koordinator er sentral ved faseorientert behandling.

Det betyr at man ser behandling som bygget opp av veksling mellom ulike stadier i behandlingsforløpet:

1. [Stabilisering](#)
2. [Endringsfase](#)
3. [Autonomifase](#)

Når pasienten har nådd et ønskelig mål innenfor den valgte metode anbefales igangsetting et arbeid for å gjøre pasienten mer selvstyrt: Dette kan være utdanning, arbeid, bosted, etc. Man kan tenke seg at dette i stor grad vil foregå i kommunen.

Revurdering av diagnose gjøres i forbindelse med avslutning av behandling.





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Fører kortvurdering

Litteratur for fagpersonell

Metodespesifikke undersøkelser;

YSQ

Youngs Schema Questionnaire

SMI

Schema Mode Inventory

RF

Reflektiv funksjon –
mentaliseringsbasert terapi

