

RAPPORT 2013

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) til rusavhengige kvinnelige pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Et samarbeidsprosjekt i Stiftelsen Bergensklinikkene mellom Kompetansesenter rus region vest Bergen og Avdeling for klinisk virksomhet

Avsluttende rapport for pilotprosjektet

Kompetansesenter rus region vest Bergen er ett av syv regionale kompetansesentra innen rusfeltet i Norge, med regionalt ansvar for Hordaland og Sogn og Fjordane. Arbeidsområder er innen forebygging, tidlig intervensjon og styrking av kompetanse i arbeid med rusmiddelavhengige. Kompetansesenteret bistår med råd og veiledning, kurs/konferanser, seminar, erfaringsutveksling og prosjektutvikling.

Stiftelsen Bergensklinikkene er en uavhengig, livssynsnøytral ideell non-profit og selveiende stiftelse for «mestring av rusproblemer, helse, livsstil og avhengighet» gjennom behandling, forebygging, forskning og undervisning.

Heftets tittel:

**Avsluttende rapport for pilotprosjektet
Mentaliseringsbasert terapi (MBT) til rusavhengige kvinnelige pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.**

Forfatter: Nina Arefjord
© Stiftelsen Bergensklinikkene

ISDN 978-82-8224-042-0

Rapporten kan bestilles hos:



Kompetansesenter rus region vest Bergen

Stiftelsen Bergensklinikkene

Vestre Torggate 11, 5015 Bergen.

Tlf 55 90 86 00

Område: Hordaland, Sogn og Fjordane.

Hjemmeside: www.bergensklinikkene.no

Spisskompetanse: «Kjønn og rus» og «Foreldrrollen i rusforebyggende arbeid»

Helsedirektoratet er oppdragsgiver for kompetansesenterets virksomhet.

Layout: Camilla Holcroft

FORORD

I denne rapporten har vi mange mennesker som vi ønsker å takke.

Først alle pasientene som har gitt sin tillatelse til å bruke deres data og innsyn i deres terapiforløp ved bruk av video. Disse pasientene har bidratt til at vi har lært mye om hva som er mulig med hensyn til kombinasjonsbehandling rus og psykiske lidelser.

Takk til Sigmund Karterud for å ha vært initiativtaker til prosjektet, forskningsmessig kvalitetssikrer, en svært god veileder og en støttespiller og for hans konkrete innspill og sentrale perspektiver til denne rapporten. Uten ham ville ikke MBT prosjektet blitt utviklet. MBT terapeutene Kristin Berge Strand, Fredrik Sylvester Jensen, Katharina Morken, Helle Hagness, Turi Bjelkarøy, Linda Fauskanger, Randi Abrahamsen og Helga Mjeldheim har vært helt nødvendige for prosjektets utvikling. Takk for viljen til selvrefleksjon og evnen til å håndtere terapeutiske utfordringer underveis. MBT prosjektet har vært helt avhengig av kontinuerlig støtte fra klinikkledelsen i Stiftelsen Bergensklinikkene ved direktør Erling Pedersen, klinikkdirektør Kari Lossius, klinikkjefene Eva Løvaas og Wenche Haga. Psykologspesialist Nina Andresen har vært en viktig støttespiller i referansegruppen. Geir Pedersen (Oslo Universitetssykehus) har med stor velvilje bidratt med bearbeiding av data

Helsedirektoratet fortjener en stor takk for å ha bevilget midler til opplæring og veiledning av terapeutene. Det har sikret at prosjektet har utført behandlingen i tråd med MBT retningslinjene.

Takk til Anthony Bateman som er en av opphavsmennene til behandlingsformen vi prøver ut for pasienter med sammensatte lidelser, som har undervist MBT for oss i ulike sammenhenger siden 2005 og som nå veileder behandlingen for sammensatte lidelser i Stiftelsen Bergensklinikkene.

Bergen, oktober 2013

Kompetansesenter rus region vest Bergen

Nina Arefjord
PSYKOLOGSPESIALIST

Vibeke Johannessen
VIRKSOMHETSSJEF

1. Introduksjon

I samarbeid med klinisk avdeling i Stiftelsen Bergensklinikkene søkte KoRus Bergen Helsedirektoratet om midler til å implementere MBT i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), i første omgang begrenset til å gjelde kvinnelige pasienter med samtidig emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. MBT prosjektet startet planlegging i januar 2009. Prosjektbeskrivelse med søknad ble innsendt Helsedirektoratet i april 2009. Regional Etisk Komité godkjente prosjektet i september 2009. Helsedirektoratet bevilget kr. 830.000 i november 2009. I februar 2010 startet MBT kombinasjonsbehandlingen med 9 kvinnelige pasienter (Rapport Helsedirektoratet 2011; 2012). Helsedirektoratet bevilget midler for hele perioden. Tildelingen ble gitt årlig. (2009: kr. 850.000 i 2010; 1.500.000 i 2011 og kr. 1.500.000 i 2012).

2. Kort om bakgrunn og rammebetingelser

Betydningen av personlighetspatologi for utvikling og vedlikehold av rusmiddellidelser har blitt overbevisende dokumentert de senere årene (Fenton et al. 2012). De verst rammede pasientene har et sterkt lidelsespress, en opphopning av personlige og sosiale nederlag med skam, fortvilelse, destruktivitet, overdoser, selvskading, selvmordsforsøk, hyppige innleggelser, høyt forbruk av helsetjenester og nedsatt levealder, kort sagt et nedverdiggende liv (van den Bosch & Verheul, 2007; Vaglum, 2005; Kienast & Forster, 2008). Det er faglig enighet (ROP retningslinjene 2012) om at disse pasientene bør behandles på en bredspektret måte som henvender seg både til deres manglende kontroll over inntak av rusmidler, deres psykologiske og fysiske avhengighet, til deres dårlige sosiale funksjonsnivå og deres behov for personlighetsutvikling. Det er imidlertid vanskelig å få i stand slik integrerende behandling i polikliniske former. Alternativet har gjerne vært langvarig og kostbar institusjonsbehandling, henholdsvis ingen behandling, eller hyppige korttidsbehandlinger uten varig effekt.

Stiftelsen Bergensklinikken har lang erfaring med slike pasienter og de utfordringene dette byr på. Det gjelder positive erfaringer med langvarig behandlingskontakt, men også negative erfaringer med håpløshet, resignasjon og behandlingsspessimisme ved stadige tilbakefall og det å være vitne til utvikling av fremmedgjørende strategier der pasientene blir kateballer mellom instanser der alle frasier seg ansvar. I løpet av de siste 10-15 årene har det skjedd store fremskritt i kunnskap om personlighetsforstyrrelser og hva som skal til for vellykket behandling (Karterud, Wilberg og Urnes, 2010). En av de viktigste brikkene i dette nye kunnskapsgrunnlaget er teorien om mentalisering (Fonagy, Gergely, Elliot & Target, 2002). Mentaliseringsbasert terapi (MBT) har da også vist seg å ha svært god effekt i behandlingen av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline PF) (Bateman og Fonagy 2001, 2009, Bales et al., 2012). MBT er en lovende behandling også i rusfeltet fordi behandlingsformen er spesielt rettet mot pasienters problemer med affektregulering, utrygge tilknytning, nevrobiologiske sårbarhet, redsel for avvisning og aggresjonsproblemer. I de publiserte studiene om MBT har det også vist seg at en betydelig andel av pasientene som ble behandlet hadde moderate til alvorlige rusmiddellidelser (Bateman og Fonagy 2009; Bales et al., 2012).

Stiftelsen Bergensklinikkene så for seg at ny kunnskap kunne bidra til å utvikle et poliklinisk behandlings-program for pasienter som primært hadde ruslidelser, men også personlighetsforstyrrelse av emosjonelt ustabil type. Utfordringen var å skape et program som var mer helhetlig enn det man tidligere hadde. Behandlingsprogrammet skulle klare å holde på de dårligste pasientene, være behandlingseffektivt, redusere bruken av krisepregede korttidsinnleggelser og være betydelig billigere enn langvarig institusjonsbehandling. Det var ønskelig å integrere pasientene i tidligere sunne nettverk, eller bygge nye nettverk, komme i gang med studier og arbeidstrening og øke evnen til å mestre nære relasjoner.

Første målsetting var å øke kompetansen i generell personlighetsvurdering og i forståelsen av personlighetsfaktorens betydning for utvikling og opprettholdelse av rusavhengighet. Dette arbeidet

ble utført i årene 2007-2009 under ledelse av professor Sigmund Karterud, Avdeling for personlighetspsykiatri, Oslo universitetssykehus. Neste steg var å bygge opp et kompetent poliklinisk behandlingstilbud etter retningslinjer for MBT, i første omgang begrenset til kvinnelige pasienter med samtidig emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og teste effekten av dette. Det ble laget et pilotprosjekt som ble godkjent av Regional Etisk Komité i september 2009 og som ble støttet av Helsedirektoratet for årene oppstart mars 2010, 2011, 2012 og avsluttet 2013.

3. Teamstruktur og antall årsverk

MBT er en kombinasjonsbehandling (kombinert individual- og gruppeterapi). Det betyr at antallet grupper er bestemmende for størrelsen på programmet. Minste størrelse er én gruppe, hvilket innebærer maksimalt 8 pasienter til enhver tid. Stiftelsen Bergensklinikkene valgte denne størrelsen. Til dette trenger man 2 gruppeterapeuter og 2-4 individualterapeuter, avhengig av hvor mange pasienter pr terapeut man velger å ha. Dette innebærer en begrenset arbeidsbyrde som gjør at terapeutene kan ha sin hovedstilling på forskjellige steder i klinikkene. I vårt tilfelle arbeidet terapeutene i Psykiatrisk ungdomsteam (PUT), på Hjellestad - og Skuteviken-klinikkene og i Poliklinikken. Teamet var organisert med en teamleder og det møttes en gang ukentlig for utveksling av informasjon, samarbeid, vurdering av nye pasienter og veiledning. Teamet besto til enhver tid av 5-6 personer (3-4 psykologer, en vernepleier, en sosialkonsulent og en internveileder). Terapeutene brukte ca 20 % av sin arbeidstid på MBT teamet, sosialkonsulenten brukte ca 50 % og veileder ca 20 %. Til sammen brukte MBT teamet 1,7 årsverk pr år i årene 2010-2013.

4. Behandlingstid. God gjennomføringsevne og lav drop-out frekvens

Arbeidet med å rekruttere pasienter begynte i april 2009. Mange pasienter (27 totalt) ble vurdert av teamet. Pasientene ble henvist fra Stiftelsen Bergensklinikkene, Psykiatriske ungdomsteam og distrikts-psykiatriske poliklinikker (DPS), i Bergensområdet. Det tok lengre tid å rekruttere pasienter til prosjektet enn forventet. Flere faktorer antas å medvirke. Dette er en ustabil pasientgruppe med alvorlige ruslidelser. Disse vanskene innvirker på motivasjon, det å faktisk møte i behandling og etablering av behandlings-allianse. Våre erfaringer er sammenfallende med andre studier fra feltet (Van den Bosch & Verheul, 2007). Noen pasienter ønsket ikke å skifte til ny behandler. Dette var et krav da prosjektet fordret behandlere som behersket MBT. Noen pasienter var preget av konflikter fra rusmiljø og ønsket ikke gruppeterapi der en kunne treffe kjente. Alle komponentene var på plass og MBT - programmet startet i mars 2010. Behandlingstiden var i utgangspunktet satt til ca 2,5 år. I perioden 2010-2013 har 18 pasienter blitt klargjort for MBT behandling. *3 av de 18 pasientene droppet ut etter kun 1-5 gruppeterapitimer.*

Av alvorlige komplikasjoner underveis hadde en pasient en overdose ved oppstart og en overdose ved avslutning, men uten døden til følge. Pasienten søker nå LAR - behandling. En annen pasient der MBT -terapeuten var med å overføre pasienten til langvarig kollektiv behandling, døde i overdose ½ år etter drop-out fra kollektivbehandling. Utenom dette hadde prosjektet ingen selvmord, selvmordsforsøk eller ulykker med senskader.

Av de gjenværende 15 pasientene som startet i behandling i perioden 2010 – 2013, avsluttet 5 pasienter i løpet av det første året. Årsaker til tidlig avslutning var: 1) graviditet 2) rask bedring og lite motivasjon for mer omfattende behandling 3) valg av overgang til LAR 4) tidligere konfliktfullt kjennskap til annet gruppemedlem. (Denne pasienten startet opp igjen senere og deltar i nåværende MBT gruppe).

5. "Utearbeidende" sosialkonsulent

Pasientene har som gruppe hatt betydelige vansker med bolig, arbeid, barnevern, NAV, rettsapparatet, familie, svingende motivasjon, tilbakefall og tendens til å utebli fra behandlingen. Som en del av prosjektet ble det derfor besluttet å engasjere en sosialkonsulent som kunne bistå pasientene med sosiale problemer, følge opp kriseplaner og fungere som bindeledd mellom MBT teamet og andre samarbeidspartnere.

Sosialkonsulenten deltok på all MBT kurs- og veiledningsvirksomhet. Erfaringsmessig er mange fagfolk og instanser involvert med disse pasientene, men samhandlingen er ikke alltid like god. Det har også vært behov for å informere om og ha en dialog med samarbeidspartnere om behandlingsprogrammet, og avklare hva MBT teamet tar ansvar for og hva andre instanser tar ansvar for. Vår erfaring var at dette var særdeles nyttig.

Sosialkonsulentens arbeid bidro på en avgjørende måte til at psykologene kunne konsentrere seg om sin del av oppgaven, som var å utføre psykoterapeutisk arbeid etter mentaliseringsbaserte retningslinjer. Konsulentens arbeid har blant annet bestått i kontaktetablering med pasientene i deres oppstartfase, praktisk støtte i forhold til skole, lærere, møter med NAV, ambulant arbeid som hjemmebesøk, sms – kontakt som eksempelvis påminning om ukentlig gruppeterapi. MBT konsulenten overvåker pasientenes oppmøte og kan fort kontakte pasienten ved uteblivelse. Videre har konsulenten fulgt opp, holdt oversikt over og kontrollerte at kartleggingsskjemaene ble fylt ut av terapeutene og pasientene til fastsatt tid. Sosialkonsulentens arbeid var viktig for fastholdelse av strukturen rundt behandlingen. Det var lenge ustabil oppmøte til gruppeterapien og dermed vanskelig å oppnå sammenhengende gruppeterapiprosesser. Rusinntak var nødvendigvis ikke eneste årsak. Også mange andre livsvansker gjør at pasientene har vansker med å følge opp sine forpliktelser. Pasientene oppgir at de kan mangle penger til transport, har somatisk sykdom og må i møte med andre instanser. De kan ofte føle seg lammet av angst- og depresjonssymptomer eller at de bare ikke kommer seg av gårde. Det har vært viktig å ta vanskene på alvor og samtidig motivere til å gå i psykoterapi selv om livsvanskene synes uoverstigelige.

6. Teamsamarbeid med videobasert veiledning

Ukentlige teammøter er nødvendig for dette arbeidet. Til enhver tid erfares det uklarheter rundt enkelte pasienter. De kan utebli fra timer, kriseplaner kan være aktivert, det har vært tilbakefall, de har respondert uvanlig på intervensjoner etc. Terapeutene må informere hverandre gjensidig og søke å forstå hva som skjer og hvorfor. MBT er en manualisert behandling (Bateman & Fonagy, 2004; Karterud og Bateman, 2010). Videobasert veiledning har tre formål: 1) sikre at terapeuten følger manualen, 2) tilby terapeuten et godt refleksjonsrom, spesielt med hensyn til å klargjøre og håndtere egen motoverføring, og 3) informere veileder og andre teammedlemmer om terapiens gang. Denne malen har vært fulgt i pilotprosjektet og den har fungert godt. Denne arbeidsformen krever en veileder med MBT kompetanse. Psykologspesialist Nina Arefjord fungerte som lokal veileder. En dag i måneden ble hele teamet veiledet av ekstern veileder, professor Sigmund Karterud.

Et vedholdende fokus på terapirelasjonen var en utfordring for terapeutene som i hovedsak var opplært i en kognitiv tradisjon. Vår erfaring er at terapeuter i rusbehandling er vant til å være empatisk og støttende og gjennom dette fremme pasientenes tilknytning. Terapeuter har vært mindre vant til å utforske og fremme eksplisitt refleksjon rundt forholdet mellom pasient og terapeut. Dette var nye ferdigheter som måtte læres, slik at terapiforløpene fulgte MBT manualen, og det var sentrale tema i fellesveiledningen og teammøtene (Karterud og Bateman, 2010; Arefjord og Lossius, 2012).

7. Gruppeterapien krever spesiell oppmerksomhet

Gruppeterapi med pasienter med alvorlig personlighetsforstyrrelse er vanskelig (Karterud 1999, 2012). Rusavhengighet kan forsterke ustabil oppmøte. Det er spesielt viktig med opplæring og tett veiledning av terapeutene. Det tok lang tid, ca ett år, før terapigruppen utviklet en forpliktende kjerne av medlemmer. *Gruppeterapeuter trenger mye oppmerksomhet og støtte for å komme dit hen og for ikke å gi opp i den langvarige, ustabile etableringsfasen.* Videre trenger de mye støtte for å vedlikeholde en god gruppekultur. Når en først har oppnådd dette, fremstår gruppen som en stor og rik kilde til sosial og kulturell kapital. Se egne pasientsitater om dette. Gruppeterapien er nøkkelen til et godt og effektivt MBT program. Det er svært viktig at denne terapien kvalitetssikres ettersom den har potensial til å kunne rive ned det som bygges opp i individualterapien.

8. Diagnoser

I utgangspunktet er MBT behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I dette prosjektet ble dette begrepet tolket i vid forstand, i samsvar med moderne dimensjonell tenkning (Karterud, Wilberg og Urnes, 2010). Det innebar at pasientene ikke nødvendigvis måtte ha minst fem borderlinekriterier, som er kravet for en formell diagnose. *Det som var avgjørende var at pasienten hadde en personlighetsforstyrrelse og at denne var preget av emosjonell ustabilitet. En slik presisering utvider også målgruppen innenfor rusfeltet. Det er også slik at en kan oppfylle kriteriene for flere diagnoser:*

TABELL 1 PRIMÆRE PERSONLIGHETSDIAGNOSER FOR PASIENTER I PROSJEKTET

KATEGORI	ANTALL PASIENTER
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (BPF)	11
Personlighetsforstyrrelse NOS (not otherwise spesifid)	3
Schizotyp PF – hoveddiagnose	1
Av de 11 med BPF som hoveddiagnose, oppfylte også diagnosene:	
Antisozial PF	3
Unnvikende PF	2
Paranoid PF	1

9. Resultater

TABELL 2 PRIMÆRT BEHANDLINGSMÅL: KLINISK BETYDNINGSFULL REDUKSJON I BRUK AV HOVEDRUSMIDDEL MÅLT VED EGENRAPPORTERING OG KLIENTKARTLEGGINGSSKJEMA

RUSMIDDEL	FØR BEHANDLING: ANTALL PASIENTER MED AVHENGIGHET/ SKADELIG BRUK AV:	ETTER BEHANDLING: ANTALL PASIENTER MED AVHENGIGHET/ SKADELIG BRUK AV:
ALKOHOL	9	2
AMFETAMIN	4	0
OPIATER	3	1 (P.T. UNDER LAR BEHANDLING)
CANNABIS	2	0
BENZODIAZEPINER	2	0
GHB	2	0

TABELL 3 SEKUNDÆRE BEHANDLINGSMÅL: SOSIAL FUNKSJON, SYMPTOMREDUKSJON OG BEDRET INTERPERSONLIG FUNGERING

MÅL	FØR BEHANDLING		ETTER BEHANDLING	
GAF	GAF-L: 43,5 (SD=7,0)		GAF-L: 53,9 (SD=12,4) - P < 0.001	
ARBEID/STUDIER SISTE 12 MND	3,0	(4,5)	3,2	(4,8)
SCL-90-R ; GSI SKÅRE	1,4	(0,6)	1,0	(0,7)
IIPC	1,4	(0,4)	1,2	(0,5)
SELF ESTEEM (RSES)	2,1	(0,6)	2,8	(0,8)

TABELL 4 A OVERSIKT OVER PASIENTENES ALDER VED FØRSTE MØTE MED HJELPEAPPARAT BEHANDLING OG DIAGNOSER, SELVSKADING, SELVFØLELSE, MEDISINER, BRUK AV VOLD VED INNTAK OG RUSMIDDELBRUK, SOSIAL OG FAMILIÆR SITUASJON VED AVSLUTNING

PASIENT- NUMMER	DIAGNOSER	OPPVEKSTTRAUMER	SELVSKADING	SELVFØLELSE
			SUICIDALE A TANKER B FORSØK	EATING DISORDER (EAD)
1 35 år	BPF Opiatavhengig	Omsorgssvikt Rus	Nei a Ja b Ja	Lav 0
2 20 år	NOS Alkoholavhengig	Tap av omsorgsperson, omsorgssvikt. seksuelle overgrep	Ja a Nei b Ja	Svært lav EAD
3 14 år	Schizo-typ Cannabis og amfetamin- avhengig	Mobbet	Ja – mye a Nei b Ja	Svært lav 0
4 20 år	BPF Alkoholavhengig	Omsorgssvikt Annen fysisk vold og seksuelle overgrep	Ja a Nei b Ja	Lav EAD
5 15 år	BPF Amfetamin- avhengig GHB skadelig	Skilsmisse før 10 år	Ja – mye a Ja b Nei	God Mild EAD
6 32 år	NOS Alkoholavhengig	Alvorlig sykdom/ ulykke i barndom	Ja – mye a Ja b Ja	God EAD
7 20 år	BPF, unnvikende Cannabis- avhengig	Omsorgssvikt	Ja a Ja b Nei	Svært lav EAD
8 14 år	BPF Alkoholavhengig	Skilsmisse før 10 år, voldtekt, grov omsorgs- svikt, seksuelle overgrep	Ja a Nei b Ja	Lav

Fortsetter neste side.

TABELL 4B OVERSIKT OVER PASIENTENES ALDER VED FØRSTE MØTE MED HJELPEAPPARAT BEHANDLING OG DIAGNOSER, SELVSKADING, SELVFØLELSE, MEDISINER, BRUK AV VOLD VED INNTAK OG RUSMIDDELBRUK, SOSIAL OG FAMILIÆR SITUASJON VED AVSLUTNING

PASIENT-NUMMER	MEDISINER V/INNTAK	VOLD MOT	RUSMIDLER VED AVSLUTNING	SOSIAL OG FAMILIÆR SITUASJON VED AVSLUTNING
ALDER	TIDLIGERE BEHANDLING	1: GJENSTAND 2: MOT ANDRE 3: ANMELDT		
1 35 år	Benzodiazepiner 9	1: Nei 2: Nei 3: Nei	LAR behandling etter tilbakefall – ingen rusmidler pr. juni 2013	Opiat tilbakefall, omsorgsovertakelse, 5 års god fungering attføringstiltak gj. NAV, ordnet gjeldssanering, økt interpersonlig fungering, ingen konfliktfylte forhold
2 20 år	0 2	1: Ja 2: Ja 3: Nei	Rusfri fra alkohol	Omsorg for barn, egen leilighet, uføretrygd. Økt samarbeidskompetanse Venninner, ikke konfliktfylte interpersonlige forhold
3 14 år	Angstdempende 5	1: Nei 2: Ja 3: Nei	Rusfri fra amfetamin Cannabis – en joint pr. kveld	Samboer. Fullført ferdig videregående skole. Fortsetter yrkesfaglig utdanning. Påtakelig økt interpersonlig fungering og økt selvvurdering
4 20 år	Angstdempende 5	1: Ja 2: Ja 3: Ja	Rusfri fra alkohol	100% ordinær jobb. Egen leilighet, nær kontakt med primærfamilie, økt interpersonlig fungering
5 15 år	0 0	1: Ja 2: Ja 3: Ja	Rusfri fra amfetamin, GHB	Samboer, egen leilighet. 100% jobb, god kontakt med primærfamilie. Påtakelig styrket interpersonlig fungering
6 32 år	Sporadisk bruk av medisiner 9	1: Ja 2: Ja 3: Ja	Rusfri fra alkohol	Kontakt med søsken og venner, 100% jobb. Økt interpersonlig fungering
7 20 år	Sporadisk bruk av medisiner 1	1: Nei 2: Nei 3: Nei	Rusfri fra cannabis	Samboer, gravid, økt interpersonlig fungering
8 14 år	Antidepressiva Angstdempende 9	1: Ja 2: Ja 3: Nei	Rusfri fra alkohol	Enslig, gravid, økt interpersonlig fungering

Fortsetter på neste side

TABELL 4 C **OVERSIKT OVER PASIENTENES ALDER VED FØRSTE MØTE MED HJELPEAPPARAT**

BEHANDLING OG DIAGNOSER, SELVSKADING, SELVFØLELSE, MEDISINER, BRUK AV VOLD VED INNTAK OG RUSMIDDELBRUK, SOSIAL OG FAMILIÆR SITUASJON VED AVSLUTNING PASIENTER MED OPPSTART I PERIODEN 2011- 2013 OG FORTSATT I MBT KOMBINASJONSBEHANDLING				
ALDER	DIAGNOSER	OPPVEKSTTRAUMER	SELVSKADING	SELVFØLELSE
			SUICIDALE A TANKER B FORSØK	EATING DISORDER (EAD)
15 år	BPF Unnvikende PF Alkoholavhengig Cannabis skadelig bruk	Voldtekt, annen fysisk vold, omsorgssvikt seksuelle overgrep	Ja – mye a Ja b Ja	Svært lav EAD
7 år	BPD Alkoholavhengig	0	Ja – mye a Ja b Ja	God Mild EAD
15 år	BPF Dyssosial PF Avhengig PF Opiatavhengig	Voldtekt, annen fysisk vold, omsorgssvikt seksuelle overgrep	Ja – mye a Ja b Ja	Svært lav Mild EAD
17 år	NOS Alkohol og amfetamin- avhengig	Skilsmisse Omsorgssvikt	Ja a Ja b Ja	Svært lav EAD
15 år	NOS Alkoholavhengig	Omsorgssvikt	Ja a Ja b Nei	Svært lav EAD
13 år	BPF6/PPF5 Alkoholavhengig	Tap av omsorgsperson / nær tilknytningsperson, voldtekt	Nei a Ja b Nei	Svært lav EAD
9 år	BPF Amfetamin og Subutexavhengig GHB skadelig bruk	Tap av omsorgsperson/ nær tilknytningsperson Seksuelle overgrep	Nei a Nei b Nei	Svært lav Mild EAD

Fortsetter på neste side

TABELL 4 D **OVERSIKT OVER PASIENTENES ALDER VED FØRSTE MØTE MED HJELPEAPPARAT**

BEHANDLING OG DIAGNOSER, SELVSKADING, SELVFØLELSE, MEDISINER, BRUK AV VOLD VED INNTAK OG RUSMIDDELBRUK, SOSIAL OG FAMILIÆR SITUASJON VED AVSLUTNING PASIENTER MED OPPSTART I PERIODEN 2011- 2013 OG FORTSATT I MBT KOMBINASJONSBEHANDLING				
ALDER	MEDISINER V/INNTAK	VOLD MOT	RUSMIDLER VED AVSLUTNING	SOSIAL OG FAMILIÆR SITUASJON VED AVSLUTNING
	TIDLIGERE BEHANDLING	1: GJENSTAND 2: MOT ANDRE 3: ANMELDT		
15 år	Nevroleptika Antidepressiva Mer enn 50	1: Ja 2: Ja 3: Nei	Redusert inntak av Benzodiazepiner, alkohol og cannabis – økt kontroll	Samboer, kontakt med primærfamilie. Ung ufør, arbeidstiltak i regi av NAV. Bedret selvilde og økt interpersonlig fungering. Økt behandlingsutbytte
7 år	Stemningsstabiliserende Antipsykotisk 3	1: Ja 2: Ja 3: Nei	Redusert alkoholinntak – økt kontroll	Ung ufør. Høyskoleutdanning + videreutdanning, Økt interpersonlig fungering og opplever bedre kontakt med familie og samarbeid med 1. og 2. linjen
15 år	0 9	1: Ja 2: Ja 3: Ja	Nedtrapping Subutex kontrollert v/lege	Påtakelig bedret interpersonlig fungering, kontakt med primærfamilie. Kjæreste, bedre forståelse av dysfunksjonelle sosiale relasjoner
17 år	Antidepressiva, stemningsstabiliserende sentralstimulerende 9	1: Nei 2: Nei 3: Nei	Redusert alkohol Sluttet med amfetamin og benzodiazepiner	Usikker omsorgskapasitet – barnevernstiltak. Kontakt med primærfamilie. Økt intra- og interpersonlig forståelse.
15 år	0 2	1: Nei 2: Nei 3: Ja	Redusert alkohol – bedret kontroll	100% jobb. Økt interpersonlig fungering, kontakt med primærfamilie. Intrapsykisk fungering
13 år	0 Poliklinisk behandling fra 13 år	1: Ja 2: Ja 3: Nei	Alkohol – drikker ikke	100% jobb. Daglig omsorg for barn Økt interpersonlig forståelse og fungering.
9 år	Sentralstimulerende 1	1: Ja 2: Ja 3: Ja	Rusfri fra amfetamin og Subutex	Egen leilighet. God kontakt med primærfamilie. Bo-oppfølging, treningskontakt, arbeidsavklaringsstønad

Ovennevnte primære og sekundære behandlingsmål er sluttproduktet av en lang kjede med delmål. Tidlige mål i terapiprosessen besto i å stimulere pasientene til aktiv deltakelse i egen terapiprosess. Det handlet om motivasjonsvansker, emosjonelle vansker og vansker med å løse interpersonlige konflikter her og nå, i forhold til individualterapeuten og i gruppeterapien. Kjernen i psykologisk terapi med individer med alvorlig personlighetsforstyrrelse, er å øke evnen til refleksiv meningsdannelse. Målet er styrket mentaliseringssevne i form av å oppøve en generell mental kontroll, bedre følelsesreguleringen, øke selvforståelsen, øke evnen til å forstå andre og bedre ens interpersonlige kompetanse. Disse delmålene blir midler til det som er atferdsmålene rusmiddelkontroll og bedret sosial funksjon. For pasientene oppleves gjerne delmålene som fullverdige mål i seg selv. Det handler om å oppleve seg selv som et ansvarlig tenkende og følende menneske i et forpliktende forhold til menneskene og samfunnet rundt en. Pasientene i MBT prosjektet oppnådde i stor grad disse målene og må nå bruke sin mentaliseringskapasitet til å vedlikeholde disse målene og forebygge rustilbakefall.

Det er viktig å understreke at behandlingseffekten ikke skyldtes bruk av psykofarmaka. Det var liten bruk av psykofarmaka underveis, og ved avslutning var 12 av 15 pasienter medikamentfrie. Det er altså *ikke* slik at avhengighet av rusmidler ble erstattet med en avhengighet av psykofarmaka.

10. Bruk av døgnbehandling før MBT prosjektet

Før behandling hadde disse pasientene samlet sett antall 145 innleggelser på rusinstitusjoner og innleggelser i psykiatriske avdelinger. (Vi har ikke oversikt over *antall døgn* i behandling, heller ikke behandling i somatisk sykehus)

11. Bruk av døgnbehandling i Stiftelsen Bergensklinikkene

4 pasienter hadde behov for supplerende døgnbehandling i Stiftelsen Bergensklinikkene underveis i forløpet, til sammen 7 opphold, til sammen 301 liggedøgn.

11. Økonomi

Erfaringene med MBT har vært så gode at Stiftelsen Bergensklinikkene overfører MBT prosjektet til et ordinært behandlingstilbud fra juni 2013. Vi vil imidlertid påpeke et økonomisk problem her. Dette er i utgangspunktet en lidende og dårlig fungerende pasientgruppe som ubehandlet har en dårlig prognose og som krever høyspesialisert behandling. Den behandlingen det her er snakk om er organisert som en poliklinisk behandling, men den er *mer omfattende enn ordinær* poliklinisk behandling. Gjeldende takster og refusjonsordninger *dekker ikke* utgiftene til slik behandling slik at dette strengt tatt ikke er regnings-svarende for klinikken. Vi oppfordrer helsemyndighetene til å finne ordninger som kan finansiere slik behandling som med all sannsynlighet er regningssvarende for samfunnet som helhet.

Kostnadene per MBT kombinasjonsbehandling pr pasient 1 MBT individualtime og 1 MBT gruppetime estimeres til kr 112 560,- (1 time individual kr 1 039 x 21 mnd = kr 87 360,- + pr gruppetime kr 300 x 21 mnd = kr 25 200,-). Disse estimatene tilsvarer kr 5 000 = 23 dager døgnavrusning, eller kr 2 838 = 39 dager i TSB. Det tilsvarer ca i Helse Bergen kr 6 817 = 17 dager og ved Oslo Universitetssykehus kr 10 383 = 11 dager døgnbehandling i psykisk helsevern.

12. Oppsummering og konklusjon

Stiftelsen Bergensklinikkene har gode erfaringer med MBT prosjektet og av den grunn ble det besluttet videreført i sin nåværende form og med ordinære driftsmidler. Vi har erfart at pasienter med dårlig prognose har fått intensiv og godt strukturert psykologisk behandling. Pasientene har redusert sitt rusmiddelbruk betydelig og er blitt mer psykologisk robuste. De rapporterer bedre regulering av følelser, de forstår seg selv og andre bedre, er mer selvstendige og håndterer også fellesskapet med andre og er dermed bedre beskyttet mot traumer og psykiske lidelser, også rusmiddelavhengighet. U hensiktsmessig tenkning, misforståelser og dysfunksjonelle følelsesmessige reaksjoner dominerer ikke lengre pasientenes liv.

Kriseplaner og mentaliserende kasusformuleringer har i stor grad forebygget den spesifikke emosjonelt ustabile dynamikken som ofte fører til behandlingsavbrudd. Dermed har terapeuter eller pasienter i betydelig mindre grad blitt "overrasket" av ulike problemer som oppstår i behandlingsperioden. Den krevende jobben med å skape det psykoterapeutiske rommet der pasientene er delaktige, stabile og nysgjerrige i egen behandling, hadde i tillegg ikke vært mulig uten en MBT koordinator og en 100 % støttende ledelse fra Stiftelsen Bergensklinikkene og KoRus.

MBT (Bateman & Fonagy, 2004; 2012) har kombinert sentrale utviklingsteorier med mentaliserende holdninger, strategier og teknikker. MBT sin teamstruktur og for samarbeid og veiledning på tvers av faggrupper, øker selvinnsikt hos terapeutene og systemene. Vi erfarte at det ble vanskeligere å skyve ansvaret for behandlingskomplikasjoner over på pasienten alene og faren for skadelig behandling reduseres.

Polikliniske team for mentaliseringsbasert rusterapi (MBT-rus) kan anbefales for rusinstitusjoner i Norge. Det eksisterer et lett tilgjengelig opplæringsprogram. Det er en trygg behandlingsform. Det er med all sannsynlighet en svært effektiv behandlingsform og den er med all sannsynlighet kostnadsbesparende sammenlignet med alternativ behandling.

Appendiks 1 **Sitater fra pasienter**

Før og nå

Jeg har brukt amfetamin og andre rusmidler i 11 år. Ingen så at jeg var ruset. Tvert imot, de trodde jeg var ruset når jeg var nykter. For ett år siden ble GHB erstatning for amfetamin. Det er også i sjakk nå og både forholdet til kjæreste og jobb er mer stabilt.

Bedre følelsesmessig regulering

Jeg er gått lei av å krangle, vi er blitt flinkere til å snakke sammen. Jeg har nesten sluttet å hisse meg opp over små bagateller, det går bare ut over meg selv. Det demper krangling. Jeg har dårlig impuls kontroll. MBT har hjulpet meg til å gå ut av situasjonen og se og tenke meg om før jeg reagerer.

Bedre balanse mellom selv - og andre

Jeg har sagt til kjæresten min, nå har jeg jobbet med mine feil, du må også se på deg selv. Det har han klart å gjøre.

Opplevelse av evne til å ta kontroll

Jeg har hatt noen tilbakefall, har snakket med individual-terapeuten om dette. Gruppen har jeg brukt til andre ting. Terapeuten min ga meg 4 uker, ellers ble det ny avrusning. Jeg bestemte meg for at rusen ikke skulle få ødelegge alt det stabile nå.

Andres perspektiv er interessant og kan tilføre meg noe i min utvikling

Gruppen har tilført meg mye. Her har jeg lært å reflektere over mine holdninger. Jeg får feedback fra de andre i gruppen om det er jeg eller andre som har misforstått.

Selvrefleksjon og egen innvirkning på sosialt samspill

Jeg klarer mer å gå i meg selv. Det er veldig mye behageligere enn slik jeg hadde det før. Det å kunne fortelle andre, det hjelper å lette på trykket.

Evnen til å se andre perspektiver

Det kan kanskje være andre årsaker også, kanskje mest det. Det har vært så invalidiserende å tenke slik, å være så fastlåst.

Gruppen – et sted for fortrolighet når alle en kjenner selv er rusmisbrukere

I gruppen kan jeg slappe av sammen med andre som har slitt med det samme. Vi ønsker hverandre alt godt, stort sett alltid gått fra gruppen med en god følelse. Tidligere og nå har jeg ingen andre å dele mine bekymringer med, jeg har ingen venner som ikke ruser seg.

Å forstå sin egen emosjonelle ustabilitet

Ruste meg på jobb og under studier, ingen kunne se det. 11 år rus kombinert med angst og sterke panikkanfall. Tidligere har jeg ikke forstått denne sammenhengen mellom min emosjonelle ustabilitet og mentalisering. Det kjenner jeg så godt nå. Det er så mange som gir meg tilbakemelding, familie og venner.

Å skjønne sin emosjonelle ustabilitet i et-tertid

Den emosjonelle ustabiliteten gjør at jeg blir så svart/hvitt tenkende og når jeg får panikkfølelse på toppen så forsvinner mentaliseringsevnen helt.

Sammenheng mellom umentaliserte følelser og rus

”Hvorfor ser den drittsekken på meg på den måten?” Og derfra til å drikke er veien så kort og jeg må straffe meg selv når jeg ikke klarer å tenke meg om. Jeg har holdt på på denne måten, har ikke taklet det og manglende takling har gått rett i flasken.

Pedagogikkens betydning for økt mening og forståelse av egen mental lidelse

Mentalisering – jeg visste ikke hva ordet betydde. Psykoedukasjon ga meg mye og gjennom undervisningen kunne jeg se mer helheten. Den manglende helheten har tidligere preget behandlingen min, i psykisk helsevern har de ikke behandlet rusbiten.

Bedre sosial fungering

I gruppen ble jeg fort trygg, vi har omsorg for hverandre og det er trygt å se på ting. Har tatt disse holdningene med meg ut i livet, at jeg ikke kan være sikker på om noen ser stygt på meg eller at det er noe nødvendigvis feil med meg.

Appendiks 2

Formidling fra MBT prosjektet på konferanser og kurs

Rus og psykisk helse, Trondheim 2011. Sigmund Karterud & Nina Arefjord

LAR konferanse, Oslo 2011. Sigmund Karterud og Nina Arefjord

Nordisk konferanse om MBT, Oslo 2012. Nina Arefjord

Dobbeltdiagnose ROP, Oslo 2013. Nina Arefjord

En rekke todagerskurs og seminarer har vært holdt lokalt og regionalt om temaene MBT, personlighetsforstyrrelser, ruslidelser og tilpasset behandling i 2010-2013 (Stiftelsen Bergensklinikkenes Kurskatalogkurs) med kursdeltakere fra spesialisthelsetjenesten, psykisk helse, TSB, NAV sosialtjeneste, m.m.

Kurs om ungdoms psykiske lidelser og rusbruk fra et MBT-perspektiv

Appendiks 3

Prosjektledelse

Forskningsansvarlig: Stiftelsen Bergensklinikkene.

Prosjektleder: Professor dr. med Sigmund Karterud er prosjektleder med ansvar for å koordinere forskningsprosjektet. Veileder i prosjektet.

Prosjektansvarlig: Kompetansesenter Rus Region Vest Bergen v/virksomhetssjef Vibeke Johannessen

Daglig ledelse/koordinering og veileder: Nina Arefjord

Styingsgruppe: Psykologene Nina Andresen, Nina Arefjord, Kari Lossius, Eva Løvaas og prosjektansvarlig Vibeke Johannessen.

Referansegruppe: Vibeke Johannessen, Kari Lossius, Erling Pedersen og Arvid Skutle.

Appendiks 4

Praktiske gjøremål og prosedyremaler utformet før oppstart:

1. Beskrivelse av rammevilkår for mentaliseringsfokuset behandling
– forpliktelse for pasienter og behandlingens innhold.
2. Hvilken kartlegging når og hvor og av hvem.
3. Informasjonsskriv med henvisningsmal.
4. Standardskriv for avslag.
5. Standardskriv til pasienter.
6. Samtykkeskriv.
7. Skriv med informasjon om opptak.

Appendiks 5

Prosedyre: Henvisning til MBT prosjekt

1. Informasjon om prosjekt med tilbud om mentaliseringsbasert terapi til kvinnelige pasienter med ruslidelser og alvorlige personlighetsproblemer
2. Henvisningsmal
3. Innkallelse til forsamtale
4. Samtykkeerklæring for deltakelse i MBTprosjekt
5. Samtykkeerklæring for video
6. Innhenting av opplysninger fra NAV
7. Inntaksbrev
8. Innkalling til prosjektstart
9. Avslag
10. Behandlingskontrakt

Appendiks 6

Artikler og kapitler som er forløpere til eller i kjølvannet av MBT prosjektet:

Karterud, S., Arefjord, N., Andresen, N. E. and Pedersen, G. (2009). *Substance use disorders among personality disordered patients admitted for day hospital treatment*. Implications for service developments, *Nordic Journal of Psychiatry*, 63:1,57-63

Karterud, S., Arefjord, N. (2009). *Erfaringer med personlighetsvurdering av rusavhengige pasienter*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46: 367-371.

Arefjord, N. og Karterud, S. (2011). *Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling*. Håndbok i rusbehandling, Kari Lossius (red.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Arefjord, N. (2011). *Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling*. Rusfag. Temamagasin fra regionale kompetanse-sentre rus.

Arefjord, N. (2011). *Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser*. I Håndbok i rusbehandling. Kari Lossius (red). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karterud, S., & Bateman, A. (2011). *Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi (MBT-I)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Karterud, S. (2012) *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT -G)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Arefjord, N., & Lossius, K. (2012). Intervju med Anthony Bateman og Jon Allen. *Ærlige møter er grunnleggende i mentaliseringsbasert terapi, også ærlighet om at ikke alle kan hjelpes*. Tidsskrift for norsk psykologforening, 49-1013-1016.

Publikasjoner fra selve prosjektet:

Morken, K., Karterud, S., & Arefjord, N. (2013) *Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.

Abrahamsen R. (2012). *Mentaliseringsbasert psykopedagogisk gruppe i rusbehandling. Erfaringer med metodetilpasning til pasienter med ruslidelser*. ISBN 978-82-8224-037-6 Spesialist-oppgave for psykologenes spesialisering i Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer.

Øvrebø, M. og Holgersen, H. (2012). *Terapeuters opplevelse i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi: Et kvalitativ pilotstudie*. Matrix, Vol. 29 nr. 4

Karterud, S., Arefjord, N., Pedersen, G., & Lossius, K.: *Mentalization-based treatment of patients with dual diagnoses: Severe personality disorders and substance dependence* (Under forberedelse)

Arefjord, N., Karterud, S., & Lossius, K: *Erfaringer med implementering av mentaliseringsbasert terapi (MBT) i en norsk rusklinikk*. (Under forberedelse)

Referanser

- American Psychiatric Association. Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. In APA (Red.), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Arefjord, N., & Lossius, K. (2012). Intervju med Anthony Bateman og Jon Allen. Ærlige møter er grunnleggende i mentaliseringsbasert terapi, også ærlighet om at ikke alle kan hjelpes. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 49 -1013 – 1016.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. A randomised controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytic oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004): Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment. London: Oxford University Press.
- Bateman, A & Fonagy, P. (2006): Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide. London: Oxford University Press
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). (EDS): Handbook of Mentalizing in mental Health Practice American Psychiatric Publishing.
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemssen, S., Bussbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorder*, 26(4), 568-582.
- Derogatis LR. SCL-90-R. Manual: Administration, scoring & procedures, USA: Clinical Psychometric Research; 1983.
- Fenton, M.C., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Skodol, A., Krueger, B., Bridget F. Grant, B.F., and Hasin. D. S.(2012) Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*. 107(3): 599–609. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). Attachment, Mentalization and the Development of the Self. London: H. Karnac(Books) Ltd.
- First, M. (1994). Structured clinical interview for DSM-IV (version 2.0). New York: New York State Psychiatric Institute.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). Personlighetspsykiatri. Oslo:Gyldendal Akademisk
- Karterud, S. (2011). Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi (MBT-I). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karterud, S. (2012). Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Karterud, S., et al (2012) The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Therapy. *Psychotherapy Research*
- Kienast, T., & Foerster, J. (2008). Psychotherapy of personality disorders and comorbid substance dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21: 619-624.
- Pedersen, G.(2002).Norsk revidert versjon av Inventory of Interpersonal Problems – Circumplex (IIP). *Journal of the Norwegian Psychological Association*; 39:25–34.
- ROP - retningslinjene (2012). Nasjonal faglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus - og psykisk lidelse (ROP lidelser). Helsedirektoratet ISBN-nr. 978 -82-8081-246-9
- Vaglun, P. (2005). Personality disorders and the course and outcome of substance abuse: A selective review of the 1984 to 2004 literature. In James Reich (ed.): Personality Disorders. Current Research and Treatments. New York: Routledge
- van den Bosch, L.M.C., & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 67-71.
- Soeteman, I.D., Haakkart- von Roijen, L., Verheul, R., & Busschbach, J.J.V. (2008). The Economic Burden of Personality Disorders in Mental Health Care. *Journal of Clinical Psychiatry* 69:2. 259 – 265.