



Foto: privat

Personlighet hos eldre

Overlege Hågen Stang Nyquist

Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus

Personlighetsforstyrrelse (PF)

- Et **varig** mønster av indre opplevelser og atferd som avviker **markant** fra det som forventes i individets **kulturelle kontekst**. Mønsteret skal manifestere seg på minst to av følgende områder
 1. Tenkning (oppfatning og tolkning av selv, andre og hendelser)
 2. Affekter (omfang, intensitet, labilitet og situasjonsrelevans av emosjonelle reaksjoner)
 3. Interpersonlig / mellommenneskelig fungering
 4. Impulskontroll
- Fører som oftest til opplevd ubehag og svikt i sosial og arbeidsmessig funksjon

Symptomer

- Problemer med
 - Identitet
 - Opplevelse av retning i livet (mål og mening)
 - Evne til empati
 - Evne til nærhet
- Gjør personen mindre tilpasningsdyktig
- Skaper vansker i relasjoner

Personlighetsforstyrrelser

ICD-10

Cluster A "eksentriske"	Paranoid PF	krenkbar, uforsonlig, mistenksom
	Schizoid PF	tilbaketrukket, isolert, indifferent
Cluster B "dramatiske"	Dyssosial PF	ufølsom, samvittighetsløs, aggressiv
	Emosjonelt ustabil PF	følelsesmessig labil, impulsiv, selvskadende
	Dramatiserende PF	oppmerksomhetssøkende, overfladisk, seksualiserende
Cluster C "angstpregede"	Tvangspreget PF	pedantisk, kontrollert, perfektjonsitisk
	Engstelig (Unnvikende) PF	nervøs, redd, trekker seg unn
	Avhengig PF	føyelig, viljesvak, astenisk
	Andre?	Narsissistisk, schizotyp, passiv-aggressiv, depressiv, sadistisk, masochistisk?

(www.sml.no; Sigmund Karterud, 2020)

Forekomst

- Ca. 10 % i den generelle befolkning
- Høyere blant pasienter i helsevesenet generelt
- Enda høyere i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (50 %?)
- Opp mot 70 % i fengsler
- Vanligst: Engstelig (unnavikende) ca. 5 % i Norge, deretter er paranoid, dramatiserende, schizoid (2-3 %)
- I psykiatrien opphopning av emosjonelt ustabil (knappt 1 % i befolkningen)
- Som oftest er tilstanden ikke diagnostisert

(Torgersen 13%)

Hvordan gjenkjenne PF hos pasienten? ("orkesterplass til psykiatrien")

- **Pasienten vekker ofte sterke følelser hos oss (motoverføring).** For eksempel sinne, at man føler seg udugelig eller manipulert, eller at man ikke liker vedkommende. Det kan også være at de vekker andre mer positive følelser som medlidenhet og ønske om å hjelpe eller kanskje også seksuelt begjær
- Pasienten kan fremstå uærlig, kamuflerende, ansvarsløs, innyndende, appellerende, sjarmerende, fiendtlig, full av kritikk, ondskapsfull, rasistisk, dramatisk, somatiserende, lite tillitsfull eller avvisende
- Mange er samtidig svært **vare for selv å bli avvist**
- Pasienten **kan oppleves som umoden**, og man kan kjenne igjen atferd og reaksjonsmønstre hos barn og ungdom
- Psykodynamisk teori: **bruk av primitive forsvarsmekanismer** –ubevisste måter å takle utfordrende situasjoner på som ofte er lite hensiktsmessige og med en fordreining av sannheten. For eksempel splitting, benekting, projeksjon

”Avsløring” av eksisterende personlighetspatologi hos eldre

- Konteksten har stor betydning for symptomtrykket
 - Det å bli eldre stiller nye krav til tilpasning og kan synliggjøre personlighetspatologi
 - Tap av helse, fysisk funksjon, sansesvekkelse
 - Tap av livsledsager og nettverk
 - Tap av bekreftelse og respekt fra yrkeslivet
 - Raske samfunnsendringer og digitalisering
 - Å bli avhengig av hjelp fra andre og klare å ta den imot
 - Å måtte flytte til annen boform

Sent debuterende PF

- Utvikling av PF i høy alder ser ut til å kunne forekomme
 - En del av disse kan ha hatt udiagnostiserte personlighetsutfordringer opp gjennom livet
- Demensutvikling gir personlighetsendring
 - Ved frontallappdemens kan personlighetsendring være første symptom på demensutviklingen

Utfordrende diagnostikk

- Mangel på "nøytrale" komparenter og vansker med å få nøktern og nyansert informasjon om personlighetsfungering som yngre voksen
- Stigmatiserende
- Skaper ofte krenkelse og konflikt i behandlingsrelasjonen
- Personer i krise eller med annen psykisk sykdom, kan fremvise liknende symptomer

Konsekvenser av underdiagnostikk

- Fratar pasienten mulighet til kunnskap og forståelse av sin egen tilstand
- Unødig mye støy og frustrasjon rundt pasientene
- Slitasje på omsorgsgivere og helsepersonell
- Overforbruk av medikamenter og helsetjenester
- **I sum: – økte plager, redusert livskvalitet og mindre effektiv behandling**

Ikke la vanskelig diagnostisering komme i veien for behandlingen

- Det som arter seg som PF kan man ofte med fordel behandles som PF selv om man ikke kan stille noen sikker diagnose

Medikamentell behandling?

- Ingen legemidler har dokumentert effekt mot PF
- Symptomidelser som pas. har i tillegg til personlighetsforstyrrelsen kan forsøkes behandlet medikamentelt (for eksempel angst, depresjon eller psykotiske symptomer)
 - SSRI kan forsøkes ved affektiv dysregulering/impulsiv adferd og aggressivitet
 - Antipsykotika kan forsøkes ved nærpsykotiske tilstander.
 - ”Stemningsstabiliserende” (lamotrigin, valproat og litium) har usikker effekt, men brukes
- Medikamenteffekt må alltid evalueres, og seponering gjøres om ikke klar effekt
- Polyfarmasi er utbredt problem
 - Frykt hos pasienten om hva som kan skje ved seponering og intense ønsker om at man må få noe som virker

Behandling

- Langvarig psykoterapi i strukturerte behandlingsprogrammer, evt. gruppeterapi, gjerne i kombinasjon
 - MBT (mentaliseringsbasert terapi)
 - Kognitiv terapi/skjemaaterapi
 - DBT (dialektisk atferdsterapi)Eksisterer i praksis ikke for eldre
- Unntaksvis sykehusinnleggelse
 - Ved suicidale kriser eller ved svært lavt funksjonsnivå
 - Primært kortvarige opphold, få dager opptil to uker, med utskrivelser som er forberedt i god tid for å minimalisere utskrivningsreaksjoner

Realistisk målsetning

- Utsiktene for vesentlig bedring av tilstanden er mager
- MEN, det er ofte mulig å
 - redusere konflikt, støy og uro
 - bedre trivsel, selvfølelse og livskvalitet for pasienten, nærmeste familie og helse- og omsorgspersonell

Systemet må tilpasse seg pasienten

- Ut fra forståelse for pasientens personlighet og reaksjonsmåter, må man forsøke å tilpasse hjelpetilbudet på en måte som er mest mulig human og effektiv for pasienten
- Å møte pasientens viktigste behov må ha hovedprioritet
- Dette krever ofte at hjelperne bruker tid på drøfting og utforming av behandlingsplaner og evaluerer og reviderer disse underveis

Relasjonsbygging

- Nøktern, forutsigbar, trygghetsskapende holdning
- Vær bevisst på eget tonefall og kroppsspråk
- Vis at du er oppriktig nysgjerrig og at du vil pasienten vel
- Ikke bekreft pasientens forventning om å bli mislikt og avvist
- Skill mellom person og handling
 - Påpek handlinger som du mener er gale eller uhensiktsmessige, samtidig som du gir uttrykk for at du kan like eller forstå pasienten

Emosjonsregulering

- Vis medfølelse, men ikke sving for sterkt med eller bli overveldet av pasientens emosjonelle vekslinger
- Vis forståelse uten nødvendigvis å bekrefte pasientens tolking
- Søk balanse mellom utfordrende og støttende holdning
- Åpne, reflekterende samtaler om vanskelige hendelser bør skje etter at akutte situasjoner har roet seg

Tydelighet

- Kommuniser klart og utvetydig, så du ikke kan misforstås eller feiltolkes av pasienten
- Hold avtaler og skriv dem gjerne ned for å unngå misforståelser
- Etabler tydelige rammer, sett grenser og overhold forespeilete reaksjoner, men vis også litt fleksibilitet (fra pasientens perspektiv: forståelse) på mindre viktige detaljer

Motoverføring

- Følelser og reaksjoner som vekkes hos oss i møte med pasient (positive og negative)
- Er en viktig kilde for å forstå mer av utfordringene som oppstår mellom pasienten og omgivelsene
- Å bli bevisst motoverføringene og hva de gjør i samspillet med pasienten, kan sette oss i stand til å bryte destruktive handlingsmønstre
- Med kognitivt velfungerende pasienter kan det være fruktbart å reflektere om dette med pasienten

Mentalisering

- Mentalisering: evne til å sette seg inn i andres tanker, følelser og intensjoner
- Vedvarende eller situasjonsbetinget dårlig mentaliseringsevne fører til misforståelser og feiltolkninger, som kan være nyttig å belyse
- Mange pasienter stoler på magefølelsen som den øverste kilde til sannhet. Dessverre er den ofte svært misvisende. Så tvil om magefølelsen, inviter til mer rasjonelle og nøktern refleksjon og øv på å forstå andres reaksjoner sammen

Vær oppmerksom på splitting

- Vanlig forekommende ved personlighetsforstyrrelser
- Pasienten ser verden svart/hvitt
- Personer idealiseres eller devalueres, er gode eller onde, men rollene kan raskt snus
- Skaper lett konflikt på et vaktrom p.g.a. ulikt syn på pasienten blant personalet
- Inviter til refleksjon og hjelp pasienten å nyansere sine oppfatninger

I institusjon

- En forholdsvis fredelig tilværelse som aleneboende kan bli svært turbulent i institusjoner hvor pasienten må forholde seg til mange andre
- Det motsatte kan også skje – pasienter med avhengige eller engstelige trekk, kan falle til ro i institusjonsmiljø

Dilemmaer rundt "Den vanskelige pasienten" som "ikke passer på vår avdeling"

- I hvilken grad er pasienten ansvarlig for sine handlinger?
- Hva skal aksepteres av atferd?
- Kan man stille krav? True med straff/sanksjoner?
- Hvordan skal man orke å jobbe med pasienten?
- Hvordan takle at det å følge pasientens innfall og uttrykte behov i øyeblikket ofte ikke er god behandling?

Teamtilnærming

Krever tid og rom (med dør)

- Samle informasjon om pasienten for å forstå atferd og skape idéer om gode tiltak
- Få kjennskap til pasientens bakgrunn, yrkesliv, interesser, familieforhold, interesser, positive ressurser
- Forsøk å bygge en forståelse av atferdsmønstrene
 - Hvilken atferd er problematisk?
 - Hvilken sammenheng oppstår atferden i ?
 - Hva slags tilnærming er prøvd, hvordan virket det?
 - Hva er rimelig målsetting – minimum av atferds endring som skal til for at situasjonen skal anees som håndterbar?
 - Hva kan gjøres for å øke ønsket atferd eller redusere uønsket atferd?
 - Hvordan kan man måle effekt – døgnregistrerings skjema?

Miljøbehandling

- Tilstreb felles forståelse og holdning til pasienten
- Prøv ut en felles strategi, som alle må være lojale til
- Evaluer erfaringer i felles møte, evt. endre strategien
- Kontinuitet i personalgruppen er ønskelig
- Viktig at uerfarent personale ikke blir gående alene hos en slik pasient uten å få diskutert utfordringene med mer erfarent personale, gjerne i systematisk veiledning
- Ekstern veiledning kan være nyttig, eventuelt fra spesialisthelsetjenesten i svært utfordrende saker
- Veiledning kan gjøre det lettere å arbeide med pasienten selv om vedkommende ikke blir bedre

Miljøbehandling forts.

- Sett av tid til planlagte samtaler - kan redusere masing om å få snakke med noen
- Pasienten har ikke rett til å bestemme/kreve behandling som vi mener er uhensiktsmessig, men fortjener en forklaring på hva vi vil og kan tilby
- I noen situasjoner med potensiale for opplevd krenkelse, for eksempel i stell og samtaler med overgrepsutsatte, bør man være mer enn en ansatt
 - Unngå anklager fra pasient om at du har gjort noe galt
 - Gir mulighet til å drøfte de krevende situasjoner med kollega

Det å bli likt/mislikt av en pasient
betyr ikke at du gjør en god eller
dårlig jobb.

Ikke glem

- At pasienter med PF, som kan virke slemme og usympatiske, selv er de som lider mest under dette. De strever med å finne mening og livskvalitet, men bruker ofte uhensiktsmessige strategier
- De har ofte negative tanker om seg selv og forventer av vi også har det

Kilder

- Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke: Psykiatriboken (2018)
- Rosowsky, Abrams, Zweig: Personality disorders in older adults (2014)
- Sverre Torgersen: Personlighet og personlighetsforstyrrelser (2008)
- ICD-10 (1994)
- DSM-IV (1994)
- DSM-5 (2013)
- Karterud, Wilberg, Urnes: Personlighetspsykiatri (2017)
- Kari Os Eskeland: Alderspsykiatri og omsorgsarbeid (2017)
- Engedal, Tveito: Alderspsykiatri (2019)
- Dening, Thomas: Oxford Textbook of Old Age Psychiatry (2013)
- Torgersen, Kringlen, Cramer: The Prevalence of Personality Disorders in a Community sample, Arch gen psychiatry vol 58 June 2001