

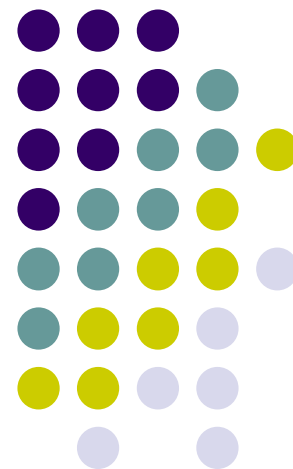
Personlighetsforstyrrelser - betydning for somatikken?

Theresa Wilberg

Overlege, professor

Avdeling for forskning og utvikling, OUS

Institutt for klinisk medisin, UiO



Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder

Fok et al. 2012 Journal of Psychosomatic Research

- Redusert forventet levetid hos personer med personlighetsforstyrrelse
- Forventet levetid redusert med 19 og 18 år for kvinner og menn
- Økt andel sykehusinnleggelseser for en rekke fysiske sykdommer
 - Kardiovaskulær, luftveier, fordøyelse, muskel-skjelett, hormon, blod, infeksjoner

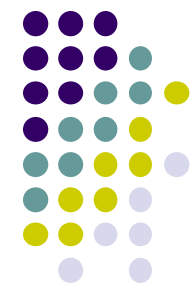


- Unaturlige vs naturlige dødsårsaker
- I dag:
 - Hva slags somatisk sykkelighet?
 - Hva er personlighetsforstyrrelse?
 - Hvordan kan vi forstå det?
 - Hvordan kan vi møte det?

Flere gode studier har påvist økt somatisk sykkelighet ved PF



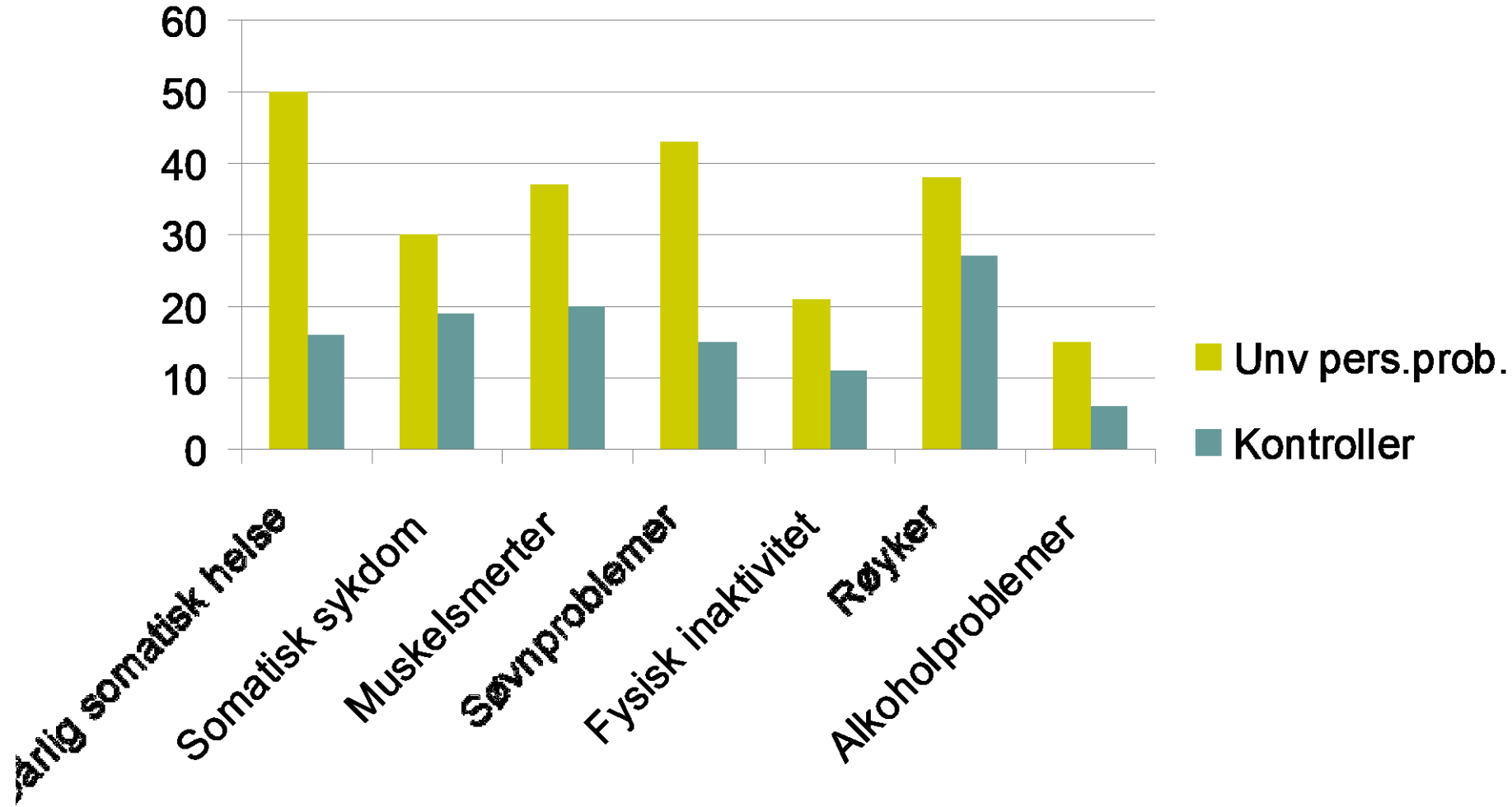
- **Store befolkningsundersøkelser**
 - **England/UK:** British National Survey of Psychiatric Morbidity
 - **USA:** NESARC, CIC, SPAN
 - **Australia:** NSMHWB, GOS
 - **Norge:** HUBRO
 - Noen få longitudinelle: CIC, ECA
- **Helseregister-populasjoner**
 - England, Danmark
- **Kliniske utvalg**
 - Somatiske, psykiatriske



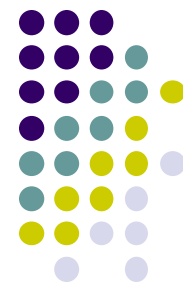
HUBRO Helseundersøkelsen i Oslo

Personer med unnvikende

personlighetsproblemer Olsson og Dahl 2011



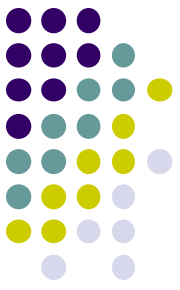
Somatiske problemer på en rekke områder



- Kardiovaskulær sykdom
- Artritt
- Fedme
- Metabolsk syndrom
- Diabetes
- Leversykdom
- Gastrointestinale
- Kjønnssykdom

- Kronisk smerte/
hodepine
og høy smertesensitivitet
- Søvnvansker
- To eller flere av mange fysiske sykdommer
- Fem eller flere av mange fysiske sykdommer

Longitudinelle befolkningsstudier



- **Children in the Community Study**

- ca 800 barn, representativt utvalg av befolkningen
- fulgt fra 1-10 år til opp i 30-årsalder

PF i tidlig tenårene predikerte mer alvorlig fysisk sykdom i ungdom eller tidlig voksen alder, stadig redusert helse og mer fedmeutvikling

- **Epidemiological Catchment Area**

Voksne med PF (33 år): økt risiko for senere kardiovaskulær sykdom (etter 23 år)

Personlighetsforstyrrelser er vanlig



Ca 10% av befolkningen !

Bare litt mindre hyppig hos eldre



PF – sosial og helsemessig betydning

- Høy sykdomsbyrde/nedsatt livskvalitet
 - som ved Parkinson, leddgikt og lungekreft
- Mye subjektiv lidelse
- Store relasjonelle problemer
- Mange berørte familier: barn, foreldre, partnere
- Mindre utdanning og deltakelse i arbeidslivet
- Økt risiko for skilsmisse eller å bo alene
- Økt forekomst i lavere sosiale lag
 - Kumulativ effekt av utrygge oppvekstvillkår
 - Dårlig sosial funksjon medfører lav inntekt og dårlige boforhold
- Stigma



Betydelig psykiatrisk samsykelighet

Prevalens av PF ved vanlige symptomlidelser:

- Affektive lidelser: 42-60% review Friberg et al 2014
- Angstlidelser: 35-52% review Friberg et al 2013
- Alkohol og rusmisbruk/avhengighet: 29-48% Grant et al 2004
- Spiseforstyrrelser: 52 % review Martinussen et al 2017

Dvs, kanskje ca 50 % av deres pas. med angst, depr, alkoholisme etc. har samtidig personlighetsproblemer

Personer med sammensatte problemer

Lett å overse i somatikken?

PF: Høyt forbruk av helsetjenester



- Også somatiske
 - Sykehus
 - Primærhelsetjeneste/fastlege
 - Medikamentbruk

Personlighetsforstyrrelser ICD-10

- Generelle kjennetegn



- Utpreget dysharmoniske holdninger og atferd som involverer flere funksjonsområder: Følelsesliv, spenningsnivå, impuls kontroll, opplevelses- og tenkemåter, interpersonelle relasjoner
- Gjennomgripende og tydelig maladaptivt i mange personlige og sosiale situasjoner
- Gir seg til kjenne i barndom eller ungdom og fortsetter i voksen alder

Hovedtyper av PF



Engstelig/unnvikende

Avhengig

Tvangspreget

Emosjonelt ustabil

Antisosial

Narsissistisk

Histrionisk/dramatiserende

Paranoid

Schizoid

Uspesifisert PF

Engstelig/unnvikende

Avhengig

Tvangspreget

Emosjonelt ustabil

Antisosial

Narsissistisk

Histrionisk

Paranoid

Schizoid

Uspesifisert PF

Lav selvfølelse

Engstelig i relasjoner,
unngår nærhet

Var for avvísning/kritikk

Unngåelsesatferd

Lite kontakt med egne følelser

Sosial isolasjon, ensomhet, smertefullt

Gjør ofte lite ut av seg



Engstelig/unnnvikende

Avhengig

Tvangspreget

Emosjonelt ustabil

Antisosial

Narsissistisk

Histrionisk

Paranoid

Schizoid

Uspesifisert PF

Sterke og svingende affekter

- inkl. sinne
- dvs. dårlig regulering av følelser

Svak impulskontroll

Redd for å bli forlatt

- overveldes av følelser

Selvdestruktiv atferd

- selvskading, selvmordsforsøk
- forsøk på å lindre indre smertefulle tilstander

Ustabile relasjoner

Klassifikasjon - et paradigmeskifte



Kategorier

Engstelig/unnvikende
Avhengig
Tvangspreget
Emosjonelt ustabil
Antisosial
Narsissistisk
Histrionisk
Paranoid
Schizoid
Uspesifisert PF



Dimensjoner

Alvorlighetsgrad av
personlighetsfungering

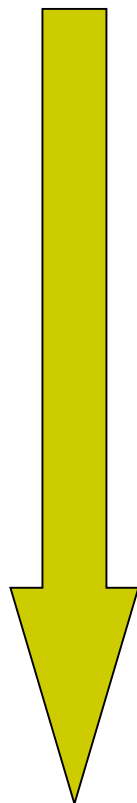
Patologiske
personlighetstrekk

- Negativ affektivitet
- Distansering
- Dyssosialitet
- Manglende hemning
- Tvangspreg

Vekt på alvorlighetsgrad av personlighetsdysfunksjon



ICD -11

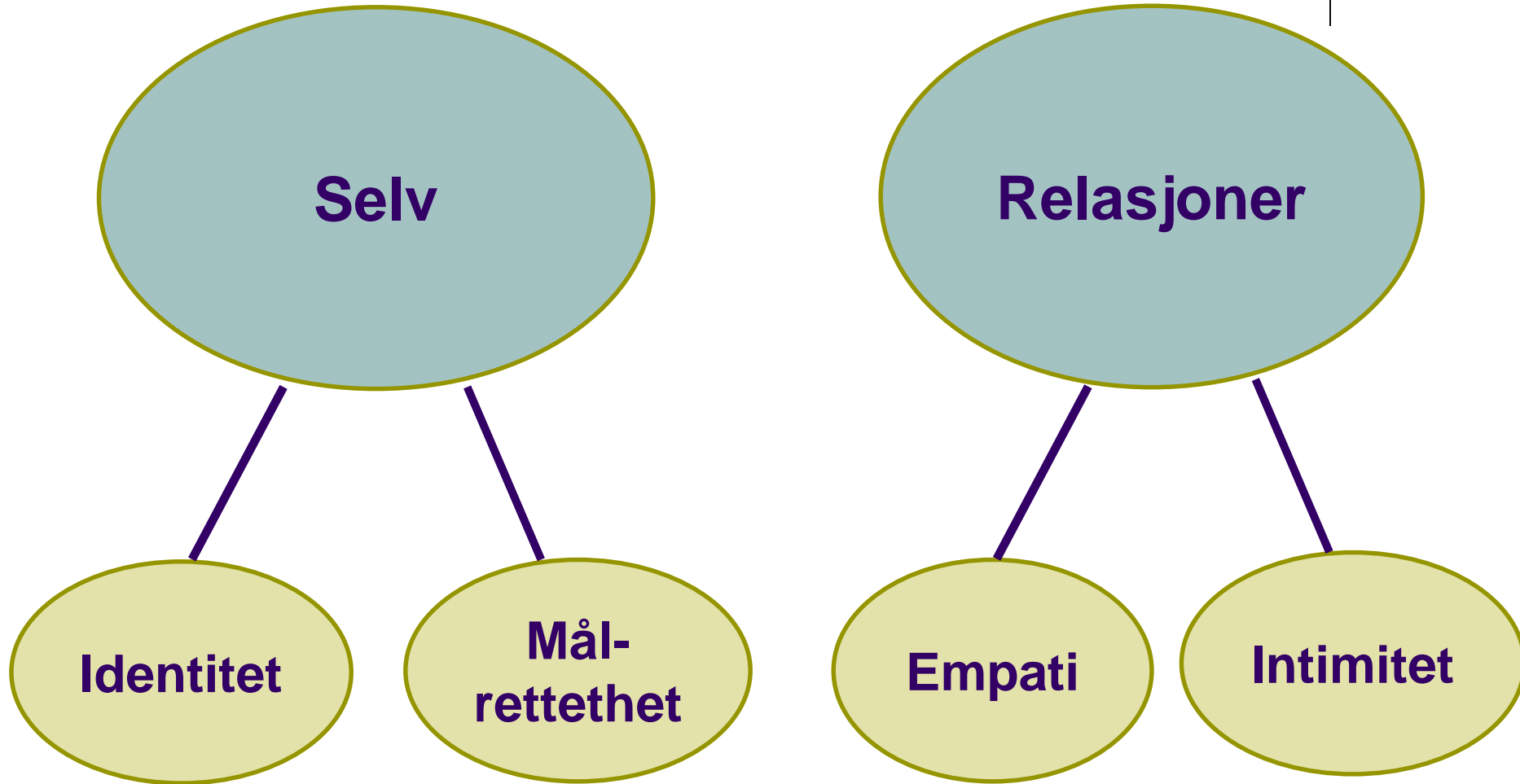


- 1 Personlighetsvansker
- 2 Mild
- 3 Moderat
- 4 Alvorlig

I tillegg:
profiler av personlighetstrekk

Hva er egentlig PF?

Kjerneaspekter ved PF



Det sunne selv



- **Identitet:**

- Opplevelse av en selv som unik
- Klare grenser mellom selv og andre
- Stabil selvfølelse og evne til realistisk å vurdere seg selv
- Evne til å kjenne og regulere en stor variasjon av emosjonelle reaksjoner

- **Måltetthet:**

- Evne til å forfølge sammenhengende og meningsfulle kortsiktige- og langsiktige mål
- Anvende konstruktive og prososiale indre standarder for adferd
- Evne til å reflektere over seg selv på en produktiv måte

God relasjonell fungering



- **Empati**

- Forstå og anerkjenne andres opplevelser og motiver
- Ha toleranse for forskjellige perspektiver
- Ha forståelse for virkningen av egen atferd på andre

- **Intimitet**

- Varighet og dybde av positive relasjoner
- Ønske og kapasitet for nærhet
- Gjensidighet i relasjoner

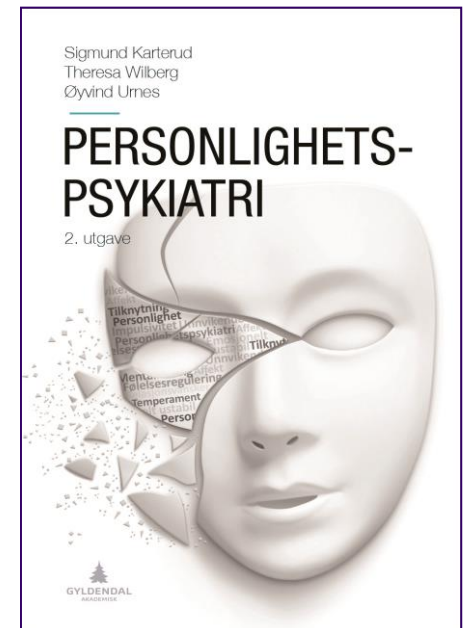
Personlighetspatologi er komplekse fenomener



Temperament

Tilknytning

Mentalisering



Temperament

PF har en betydelig genetisk komponent: 20-50%

Via medfødt temperament (?)

feks: Emosjonell reaktivitet og intensitet

Impulsivitet

Regulering og kontroll

Oppmerksomhetsspenn

Introversjon

Atferdshemning



Utvikling av PF

Genetisk forhold

Epigenetiske forhold

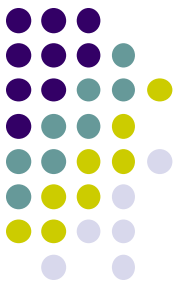
Miljøfaktorer

Hos enkeltpersoner vil utvikling av PF bero på et samspill mellom ulike grader av biologisk sårbarhet og oppveksterfaringer.

Tilknytningsatferd finnes hos nesten alle pattedyr – viktig for fysisk overlevelse



PF er forbundet med utrygg tilknytning



- Tilknytningssystemet aktiveres når vi står overfor «trusler og farer», også mellom-menneskelige
 - Tap, separasjon, trusler mot selvfølelsen
 - Sykdom?

Utrygg tilknytning:

Engstelig: - søker andre for trøst og beroligelse, men

- overopptatt av avvisning og å bli forlatt,
- overfokusert på signaler om mulig avvisning
- intensivering av stress og destabilisering

Unngåelse: - søker ikke andre for trøst og beroligelse

- vil greie seg selv/uavhengighet
- nedtoner betydningen av relasjoner
- skrur av følelsene
- ofte uerkjent underliggende bekymring for å bli forlatt

Av betydning i møte med helsevesenet

Mange forhold kan bidra til utrygg tilknytning

- Tap av foreldre
- Kronisk sykdom hos foreldre eller barn
- Psykisk lidelse eller rusmisbruk hos foreldre
- Andre belastninger som tapper familien for ressurser og påvirker omsorgen
- Utrygg tilknytning hos foreldre selv
- Samspill mellom temperament og omsorgssituasjonen
- Omsorgssvikt
- Fysiske og seksuelle overgrep

- Personer med PF har typisk hatt en god del belastninger i oppveksten
- Sammenheng mellom omsorgssvikt og overgrep og risiko for PF
- Både utrygg tilknytning og omsorgssvikt og traumer i barndommen er assosiert med en rekke fysiologisk endringer av betydning for somatisk helse:
 - feks autonome nervesystemet, HPA/cortisol, oxytocin, strukturelle og funksjonelle endringer i hjernen

Mentaliseringsevne

Evnen til å forstå og tolke menneskelig atferd på bakgrunn av intensjoner, følelser eller underliggende mentale strategier (ønsker, drømmer, forhåpninger, holdninger, lureri, bedrageri)

Utviklet i moden form i ca 4-årsalder, men er deretter ikke nødvendigvis gjennomgripende og stabil, men tvert imot ofte avhengig av interpersonell kontekst og emosjonell tilstand.

Mentalisering

Mange begreper dekker noe av det samme:

Metakognisjon – Selv-refleksjon - Theory of mind

Utvikles innenfor en «trygg nok» tilknytningsrelasjon

En viktig del av personlighetsfunksjonen

Viktig for regulering av følelser

Beskytter mot psykiske lidelser

Svekket mentaliseringsevne kan anta mange former



For eksempel:

- All referanse til noe mentalt avvises aggressivt
- Konkretistisk forståelse, menneskelig atferd forståes som uttrykk for fysiske hendelser, biologiske forhold eller sosiologiske fenomener
- Unyansert, overflatisk eller klisjèpreget forståelse
- Enkel forståelse av sammenheng mellom mental tilstand og atferd, men uten forståelse av indre motsetninger eller konflikter

Ulike mentaliseringsvansker ved ulike typer PF

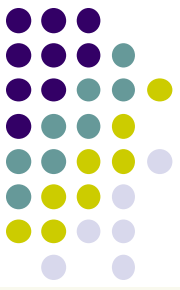
Konsekvenser av svekket mentalisering:



- Vanskelig å forstå seg selv og andre
- Selvopplevelsen lite koherent, fragmentert eller diffus
- Forestillingene om en selv og andre lite fleksible, (lite rom for «alternative perspektiver og nyanser)
- Feiltolkninger av andre, misforståelser
 - Eks. kan tolke nøytrale ansikter eller utsagn som fiendtlig eller avvisende
- Vanskelig å orientere seg i en sosial kontekst,

Somatisk sykkelighet ved PF

- et samspill mellom mange faktorer og prosesser på ulike nivåer?



- Gjennom samme mekanismer som andre psykiske lidelser, eks angst og depresjon (høy samsykkelighet)
- Noe overlappende genetisk risiko med somatisk risiko
- Gjennom normale personlighetsdimensjoner, eks type D
- Livsstil og rusmisbruk
- Psykofarmaka, metabolsk syndrom, polyfarmasi
- Autonome nervesystemet, HRV, HPA-aksen/kortisol
- Epigenetikk, kronisk stress, immunologi, inflammasjon
- Oxytocin
- Sosioøkonomiske forskjeller og psykososialt stress
- Helseatferd og tilgang til behandling

Smerter ved Emosjonelt ustabil PF (EUPF)

- Høy forekomst av EUPF i utvalg av pas. med kronisk smerte
- Sammenheng mellom kronisk smerte og trekk av EUPF også i den vanlige befolkningen
- Pas med vedvarende EUPF har mer smerte enn dem som har gått ut av diagnosen/remittert
- Ikke-kroniske smerter:
 - EUPF - høyere smerteintensitet og større svingninger i smerten
 - EUPF - smerten utløser mer negativ affekt
- Også høyere forekomst av ikke-kroniske smerter hos personer med EUPF-trekk i ikke-kliniske utvalg

Noen kjerneaspekter ved PF med betydning for somatisk helse



- Dårlig regulering av følelser
- Relasjonelle vansker

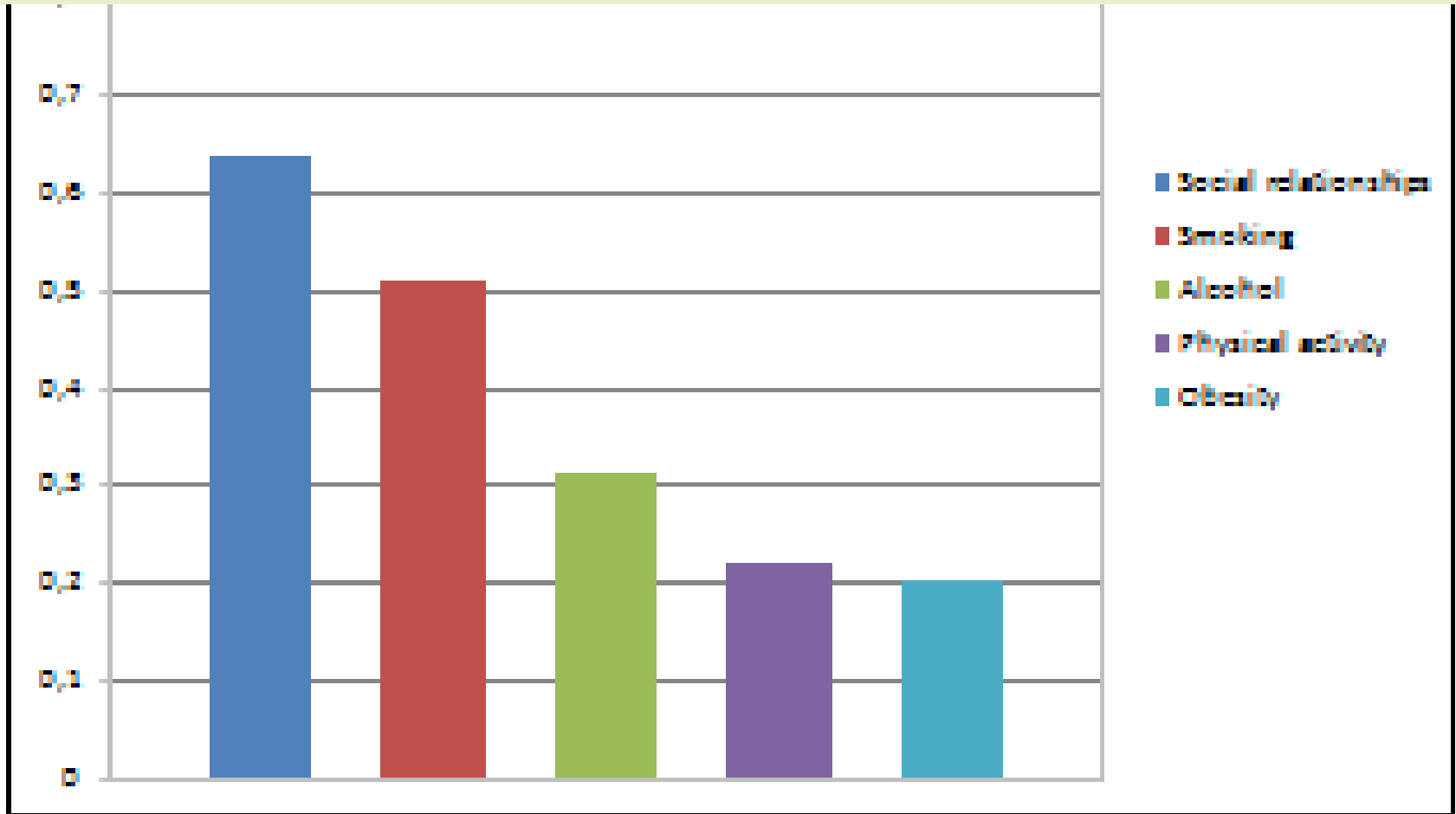
Regulering av følelser



- Kjenne, identifisere, akseptere, kommunisere og regulere egne følelser (feks top-down kognitiv eller gjennom kontakt med andre mennesker)
- Grunnlag i tidlig barndom,
 - Sensitive omsorgspersoner og trygg tilknytning
- Økende antall studier som påviser sammenheng mellom dysregulering av følelser og somatiske problemer:
 - **Direkte effekt på fysiologiske prosesser**
Kardiovaskulær risiko, blodtrykk, immunsystemet, inflammasjonsparametre, metabolske parametre, HPA-aksen, autonome nervesystemet og HRV,
 - **Atferd som forsøk på å regulere følelser**
 - Selvskading, alkohol, røyking, overspising, etc
 - Unngåelse av følelser, dårligere evne til å identifisere følelser, og ineffektive strategier for å regulere følelser

Odds/risiko for redusert mortalitet på tvers av forhold som er forbundet med høy mortalitet

Review Holt-Lunstad et al 2010



Personer med adekvate sosiale relasjoner hadde ca 50% større sjans for overlevelse sml med dem med dårlig eller utilstrekkelige sosiale relasjoner

”Need to belong”

- Dypt og evolusjonsforankret behov for sosial tilhørighet
- Det moderne samfunn ivaretar ikke nødvendigvis dette behovet – mer et individuelt ansvar?
- Følelse av ensomhet likestilt med fysisk smerte

Ensomhet

Hawkley & Cacioppo review 2010

Kardiovaskulær risiko

Betennelser

Raskere aldring

Sykelighet

Dødelighet

Endringer i fysiologiske funksjoner:

Det autonome nervesystemet

Stressregulering – HPA aksen

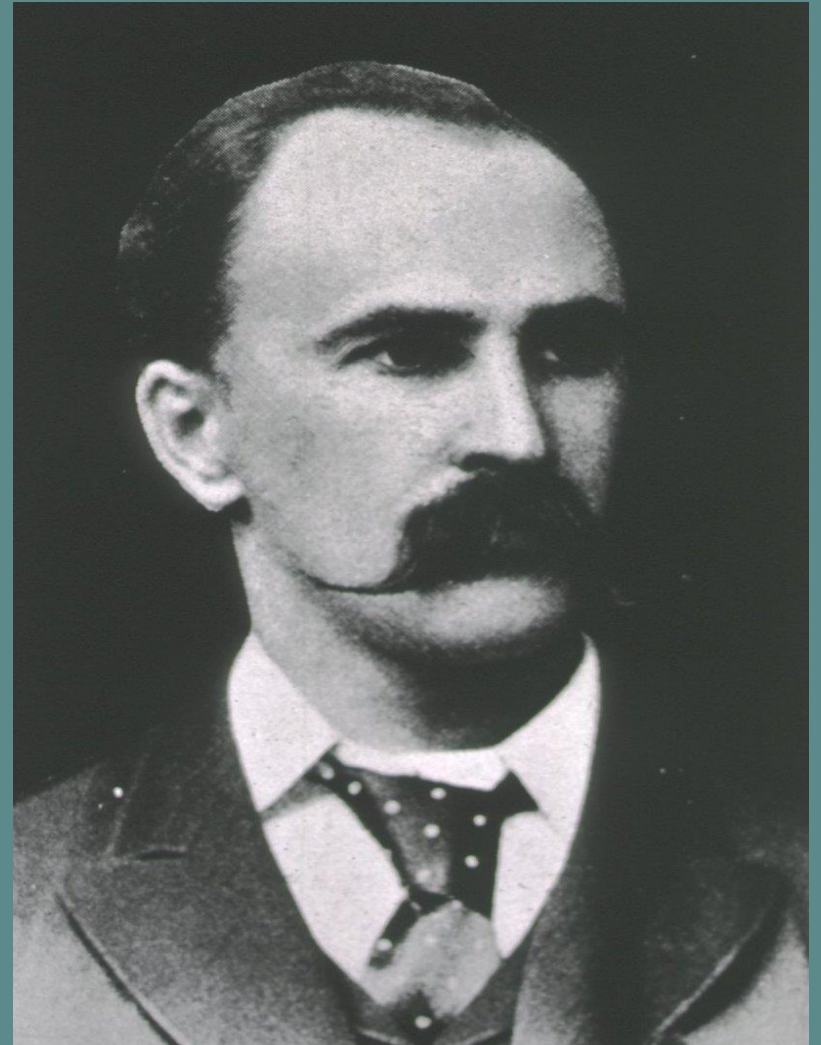
Immunsystemet

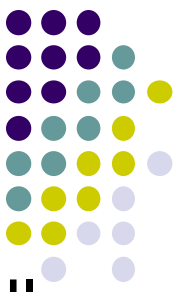
Aktivering og deaktivering av gener

**Opplevelsen av ensomhet som betyr noe –
ikke det samme som omfanget av sosial kontakt !**

Sir William Osler
(1849 – 1919)

**It is more important to
know the person
with the illness
than the illness
the person has**





Deres pas. med PF vil være forskjellige

- Noen svært hemmet - problemer med å formidle sine behov
- Andre emosjonelt ustabile - lett aktiverbar angst, sinne og fortvilelse
- De fleste - lav selvfølelse, vare for avvisning, av og til avvisende, skeptiske, eller krevende
- Sammensatte problemer



Utfordringer i somatikken



- Akuttmedisin: selvskading og intox
 - Har gjerne prosedyrer for psykiatrisk vurdering, evt henvisning
- Tilpasse somatiske tilbud for øvrig
 - Standard kommunikasjon om behandling og relevant helseråd når ikke alle
 - Eks. ikke alle pas. greier å delta i grupper
 - Noen pas. har dårlig «compliance»
 - Risiko for komplikasjoner eller dårlig beh.effekt?
- Screening?
 - I det minste vite om og prøve å forstå den enkelte pas. og sikre kvaliteten av den somatiske beh.



Screening og diagnostikk?

- Screening
 - Eksempelvis Iowa (Iowa Personality Disorder Screen – IPDS), kan brukes som screening i allmenn praksis eller i somatiske avdelinger, med tanke på å fange opp personer som kan ha nytte av en mer grundig utredning.
- Diagnostikk - Semistrukturert intervju
 - SCID-5-PF (Strukturert Klinisk Intervju for Personlighetsforstyrrelse – DSM-5)

Selvrappoteringsinstrumenter anbefales ikke for diagnostikk av PF (generelle kriterier) eller typer PF

Iowa Personality Disorder Screen (IPDS)



1. Noen mennesker opplever at humøret forandrer seg ofte – som om de hver dag var på en følelsesmessig berg-og-dal-bane. For eksempel kan de svinge fra å føle seg sinte til deprimerte eller engstelige mange ganger om dagen. Passer dette på deg?
2. Noen folk foretrekker å være i sentrum for oppmerksomheten, mens andre liker å holde seg i bakgrunnen. Hvordan vil du beskrive deg selv, plager det deg hvis noen andre er i sentrum?
3. Insisterer du ofte på å få det som du vil ha det med en gang, selv om det å vente litt ville gi deg noe som var mye bedre?
4. Synes du at folk flest utnytter deg, hvis du lar dem få vite for mye om deg?
5. Føler du deg vanligvis nervøs eller engstelig sammen med andre?
6. Unngår du å bli kjent med folk fordi du er redd for at de ikke vil like deg?
7. Endrer du stadig måten å presentere deg på fordi du ikke vet hvem du virkelig er?
8. Blir du sint eller irritert over at andre ikke anerkjenner dine spesielle talenter og prestasjoner så mye som de burde?
9. Mistenker du ofte folk du kjenner for å ville narre deg eller utnytte deg?
10. Har du en tendens til å bære nag eller straffe folk med taushet hvis de har krenket deg?
11. Blir du irritert når venner eller familie klager over sine problemer?

Besvares 'Ja' / 'Nei' – Skåre fra 0-11

I følge Olsson og medarbeidere (2011) vil en skåre på 4 eller mer øke sannsynligheten for at en PF er tilstede.

PF- diagnoser er ikke så stabile som vi trodde for noen tiår siden !

- Diagnostisk ustabilitet
 - Høy andel av diagnostisk remisjon over tid
 - Pasienter fluktuerer over og under terskel for diagnose
 - Stor grad av endring i PF-trekk også i normalbefolkningen

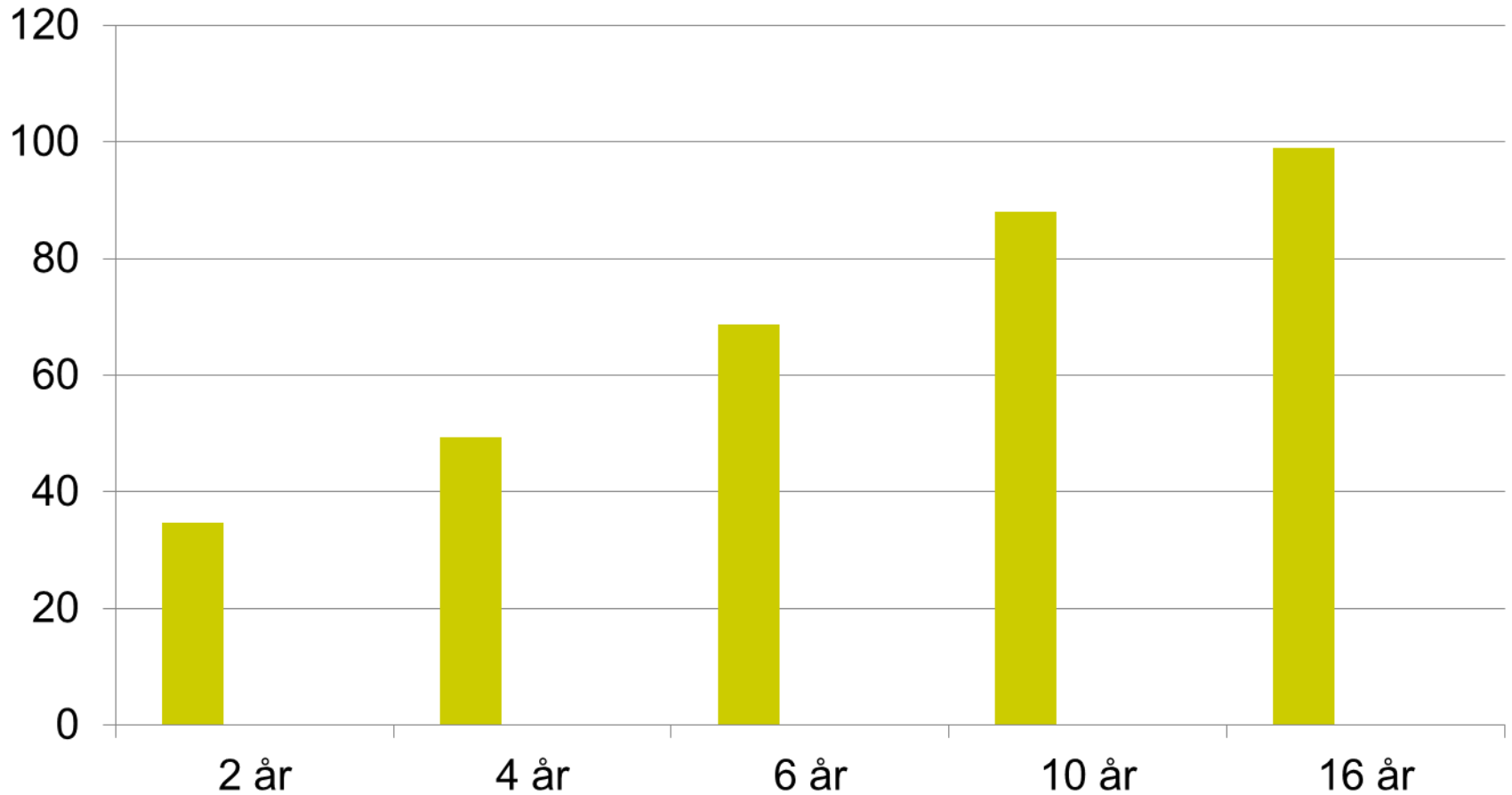
Til tross for diagnostisk remisjon har mange fortsatt en del funksjonsproblemer, feks når det gjelder arbeid



Diagnostisk remisjon – emosjonelt ustabil PF

- 16 års stabilitet, voksne mellom 18 og 45 år

McLean Study of Adult Development



Behandling

- fra pessimisme til optimisme



- Psykoterapi og psykososiale tiltak er primærbehandlingen ved PF
- Målrettet behandling hjelper mange pas.
 - og er kostnadseffektivt

Vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten?

Psykoterapi ved PF



- Milde former for PF kan behandles med de fleste former for terapi
- **Moderat – alvorlig PF trenger spesialisert terapi**
 - **Minst ukentlige timer i minst et år, ofte flere år**

Det er utviklet flere spesialiserte psykoterapier for pas. med Emosjonelt ustabil PF

Kognitiv-atferdstorienterte: **Dialektisk atferdsterapi - DBT**
Skjematerapi - SFT

Psykodynamiske: **Mentaliseringsbasert terapi – MBT**
Overføringsfokusert terapi – TFP

Ofte en kombinasjon av gruppe- og individualterapi

**NAPP -
Nasjonalt Kompetansetjeneste
for PersonlighetsPsykiatri
napp@ous-hf.no**

