

Persónuleikaraskanir á geðdeildum

Inngangur

Það var með tilkomu DSM-III (Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3ja útgáfa 1980) þ.e. bandaríska geðgreiningakerfinu 3ju útgáfu, sem reynt var að staðla flokkun á persónuleikaröskunum. Byggðist hún aðallega á flokkun Schneiders (1923) og var þar með farið að skrá persónuleikaraskanir sérstaklega jafnhliða öðrum geðgreiningum. Var kveðið á um að persónuleikaraskanir skyldu vera skráðar á sérstakan „öxul“ (Axis II) en aðrar geðraskanir, þ.m.t. þunglyndi, geðklofi, kvíðasjúkdómar, fíknisjúkdómar o.s.frv., skyldu vera á öðrum „öxli“ (Axis I). Þessi ráðstöfun varð til þess að heina athygli að persónuleikaröskunum og hvetja menn til að taka afstöðu, hvort viðkomandi sjúklingur gæti þjást af persónuleikaröskun eða ekki, og varð til þess að rannsóknum á þessu sviði hefur fleygt fram. Það sem helst er tekist á um í vísindasamfélaginu í dag er hvernig betrumbæta skuli greiningu og flokkun, og er víst að þar munum við sjá miklar breytingar í næstu greiningarkerfum, bæði ICD (International Classification of Diseases)kerfinu og DSM.

Hvað er persónuleikaröskun?

Erfiðleikar sem tengjast greiningu á persónuleikaröskunum eru þeir að hér erum við að meta samskiptamunstur, tilfinningalíf og hegðun fólks yfir langt tímabil en ekki að meta geðræn einkenni í viðtali, sem oft eru engin. Sumir telja að þetta sé ekki hægt án þess að safna umfangsmiklum upplýsingum frá ættingjum og öðrum meðferðaraðilum. Slíkt er að jafnaði ekki gert, bæði vegna þess að það er erfitt og

tímafrekt og ekki er einhlítt að treysta slíkum upplýsingum. Í dag er því greining oftast gerð með spurningarlistum eða greiningarviðtölum. Almenna skilgreiningin á persónuleikaröskunum í síðustu útgáfu DSM-IV, 1994 snýr í aðalatriðum að truflunum á tilfinningalífi, skynjun á umhverfi, erfiðleikum í mannlegum samskiptum eða truflunum á hvatastjórn. Þá er þess getið sérstaklega að viðkomandi persónuleikaeinkenni þurfi að vera stöðug t.d. endurtekin mynstur í samskiptaerfiðleikum sem skulu hafa verið til staðar frá unglingsárum eða snemmafullorðinsárum og valda viðkomandi tilfinnanlegum erfiðleikum í að hafa stjórn á lífi sínu, t.d. erfiðleikum á vinnustað eða í fjölskyldu. Í DSM-IV kerfinu eru persónuleikaraskanir síðan flokkaðir niður í 10 undirflokkka eftir því hvaða sérkenni eru mest áberandi, t.d. ósjálfstæði, árátta eða sjálfsdýrkun, auk þess sem möguleiki er á ósérhæfðri greiningu, ef mynd er blönduð eða óljós.

Áhrif persónuleikaraskana á aðra geðræna kvilla

Sérstaklega hefur áhugi manna beinst að tengslum persónuleikaraskana við aðra geðsjúkdóma. Er ýmislegt sem bendir til að vissar persónuleikaraskanir tengist frekar vissum geðsjúkdómum og hafa verið vangaveltur um hvort sumar persónuleikaraskanir séu í raun vægara form af öðrum geðsjúkdómum og er víst að greining getur oft verið erfið.

Niðurstöður margra rannsókna benda til að sé persónuleikaröskun til staðar þá verði annar geðsjúkdómur illvígari og svari verr meðferð⁽⁵⁾ og þess vegna sé mikilvægt að gera góða per-

sónuleikagreiningu snemma í meðferðarferlinu. Sérstaklega hefur verið sýnt fram á þetta við meðferð á þunglyndi og ýmsum kvíðasjúkdómum.

Rannsóknir hafa sýnt háa tíðni af persónuleikaröskunum hjá þunglyndissjúklingum (48–74%)⁽⁶⁾ og skýrir kannski af hverju lyfjaméðferð ein og sér dugar oft ekki við meðferð á þunglyndi. Sjúklingar með þunglyndi og persónuleikaröskun ná síður fullum bata eftir „þunglyndiskastið“ og hafa einnig tilhneigingu til að fá endurtekin þunglyndisköst. Leitað hefur verið að því hvaða persónuleikabættir eða aðstæður skipta máli og það virðist sem þessir einstaklingar hafi oftast minni félagslegan stuðning en aðrir, auk þess sem þeir veikjast oft mun fyrr (á unglingsárum). Vissar persónuleikagerðir tengjast frekar þunglyndi en aðrar og þær eru, hambrigða- (borderline), hæði- (dependent) og fælnipersónuleikaröskun (avoidant). Sé hambrigða- eða fælnipersónuleikaröskun til staðar aukast líkur á að veikjast af þunglyndi en hæðipersónuleikaröskun er talin tengd aukinni hættu á bakslagi í þunglyndi. Einstaklingar með hambrigðapersónuleikaröskun þola illa einveru og stuðningsleysi og eru sjúklega hræddir við höfnun. Togstreita myndast oft í samskiptum við fólk þar sem óproskaðar varnir fara í gang og öfgafullar tilfinningasveiflur myndast sem enda í styttri eða lengri þunglyndisköstum og jafnvel tilraunum um sjálfsvíg. Á geðdeildum hafa flestir sjúklingar með endurtekna sjálfskaðandi hegðun hambrigðapersónuleikaröskun og hætta á sjálfsvígum er aukin. Þeir leggjast oft á geðdeild eftir sjálfsvígstilraunir sem oftast en ekki eru af hvatvísu toga og viðbrögð við mótlæti eða upplifðri höfnun í lífinu⁽⁹⁾. Ekki er þá ætlunin að drepa sig og athöfnin er meira hróp á hjálp. Oft vekja þessir sjúklingar blendnar tilfinningar hjá meðferðaraðilum þar sem togstreitan innra með sjúklingnum heldur áfram og hann biðlar ýmist um hjálp eða hafnar og sýnir reiði. Það hefur sýnt sig að vera árangursríkast að hafa innlagnir stuttar og hvetja viðkomandi sem fyrst út í fyrri virkni

því langvinnar innlagnir á geðdeild hafa tilhneigingu að draga úr virkni og veikja varnir einstaklingsins frekar.

Fólk sem er mjög ósjálfstætt (dependent) verður hins vegar óeðlilega háð öðrum einstaklingum um allar ákvarðanatökur. Þeir eru ekki að glíma við hvatvísi og tilfinningasveiflur en eiga erfitt með að standa á eigin fótum og þola illa að missa stuðning. Þetta getur valdið því að óöryggi og kvíði grípur um sig við aðskilnað eða missi, viðkomandi á erfitt með að ráða fram úr aðstæðum og verður þunglyndur. Þegar þessir sjúklingar leggjast inn á geðdeild verða þeir fljótt óeðlilega háðir deildinni og „festast“. Allt tal um útskrift veldur kvíða og legurnar hafa tilhneigingu til að dragast á langinn. Sjúklingurinn treystir sér ekki til að takast á við lífið án stuðnings deildarinnar og þarf að undirbúa útskrift vel. Þessir sjúklingar eru í aukinni hættu á endurteknum þunglyndisköstum með árunum þar sem sífellt eru að myndast tengsl við nýja einstaklinga í lífinu sem síðan rofna.

Það sama gildir um kvíðasjúkdóma. Felmtursröskun (panic disorder) og áráttuþráhyggjuröskun (obsessive-compulsive disorder) hafa talsvert verið rannsakaðir m.t.t. tengsla, verri meðferðarárangurs og persónuleikaraskana. Sem dæmi má taka að felmtursröskun og hambrigða- og aðsóknarpersónuleikaröskun (paranoid) virðast ekki fara vel saman. Þessir sjúklingar þjást af mun alvarlegri kvíðaköstum, þunglyndi og fælni í samanburði við þá sem ekki hafa persónuleikaröskun. Hambrigðapersónuleikaröskun sem einkennist af lágu kvíðaþoli og bágrri tilfinningastjórnun virðist hér virka á kvíðaköstin sem olía á eld. Einstaklingar með aðsóknarpersónugerð eru hins vegar að upplagi varir um sig og mynda grunn tilfinningatengsl. Þeir óttast það helst að verða misnotaðir eða gabbaðir og treysta fáum. Þeir eru í aukinni hættu á að verða kvíðnir og daprir en verði þeir undir of miklu álagi frá umhverfinu eiga þeir á hættu að missa stjórnina og raunveruleikatengsl rofna, þeir fá sturlunareinkenni og lenda inni á geðdeild. Eðli

málsins samkvæmt eiga þeir oft erfitt með að líta í eigin barm og finna hvata til breytinga. Þeir eru yfirleitt fráhverfir viðtölum og er mikilvægt að eftir meðferð sé á þeirra forsendum.

Að framansögðu má sjá að ef geðsjúkdómar og persónuleikaraskanir fara saman verða einkenni meiri og alvarlegri hjá sjúklingnum. Meiri líkur á að hann leiti aðstoðar og leggist inn á sjúkrahús. Nauðsynlegt er að sníða einstaklingsbundna meðferð eftir persónuleika hvers og eins þar sem báðir sjúkdómar eru meðhöndlaðir samtímis, annars vegar lyfjameðferð og hins vegar viðtalsmeðferð og félagslegur stuðningur eftir því sem við á.

Algengi persónuleikaraskana

Tíðni almennt í þjóðfélaginu er talin milli 10–13%,⁽⁷⁾ þ.e. meðal fólks sem er ekki í meðferð. Tíðni hjá einstaklingum í meðferð er mun hærri og reyndar svipuð hjá inniliggjandi sjúklingum og í göngudeild.

Fjölmargar rannsóknir hafa verið gerðar og eru tölur mjög mismunandi eftir því hvaða mælitæki og greiningarkerfi eru notuð. Hefur verið lýst allt að 80% tíðni af persónuleikaröskunum hjá sjúklingum sem leituðu sér meðferðar í Noregi (2). Hjá inniliggjandi sjúklingum á almennri geðdeild eru tölur á bilinu 30–70%. Á Íslandi hefur verið gerð ein rannsókn á tíðni persónuleikaraskana hjá inniliggjandi sjúklingum á geðdeild Landspítala á ákveðnu tímabili 1997 (8). Úrtakið var 100 sjúklingar og svöruðu þeir stöðluðum spurningalista (DIP-Q, The DSM-IV and ICD-10 personality questionnaire) sem undirrituð þýddi á íslensku úr sænsku. Er um að ræða 140 staðhæfingar sem sjúklingar svara „rétt“ eða „rangt“ eftir því sem við á. Auk þess metur sjúklingur almenna hæfni síðastliðið ár samkvæmt sérstökum hæfiskala (GAF; Global Assessment of Function). Almennt skora einstaklingar lægra á GAF skalanum ef persónuleikaröskun er til staðar. Það samrýmist því að persónuleikaröskun er langvinnur sjúkdómur sem dregur úr almennri getu fólks.

Niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að 71% úrtaksins höfðu persónuleikaröskun samkvæmt DSM-IV kerfinu og voru algengastar hambrigða- og áráttaþráhyggju persónuleikaröskun (Tafla I). Flestir uppfylltu skilyrði fyrir margar persónuleikaraskanir sem þýðir í raun alvarlegri röskun. Það að við erum í hærri kantinum miðað við önnur lönd skýrist trúlega af greiningartækinu. Spurningalistar eru næm-ir en ósérhæfðir og hafa tilhneigingu til að gefa margar greiningar og ofgreina einstaklinga. Verður því að taka niðurstöður með vissri varúð. Geðlæknar á Íslandi eru hins vegar tregir að setja persónuleikaraskanagreiningar í sjúkraskrár þar sem einungis 27% rannsókn-þýðisins fékk klíniska greiningu. Skýringin er líklega sú að það ríkja vissir fordómar gagnvart persónuleikaraskanagreiningum og læknum finnst hún hafa lítið meðferðarlegt gildi. Sjúklingarnir sjálfir upplifa greiningu oft sem neikvæðan stimpil sem bendi til að hann/hún sé ólæknandi og ekki tekinn alvarlega. Sérstaklega hefur þetta verið rætt í Bandaríkjunum þar sem tryggingafélög veigra sér við að tryggja sjúklinga með hambrigðapersónuleikaröskun (borderline). Þetta eru vafasamar ályktanir sem nauðsynlegt er að leiðrétta. Margt er enn á huldu um orsakir persónuleikaraskana, sjúkdómsgang og horfur, en ljóst er að til eru áhrifamikil meðferðarúrræði, hvort sem um er að ræða ýmis form af viðtalsmeðferð, þjálfun eða lyf í völdum tilvikum. Hins vegar er um langvinnan sjúkdóm að ræða og meðferð tekur þess vegna langan tíma með hægum framförum. Er því mikilvægt að fræða sjúklinginn um hvaða úrræði eru til staðar og leggja með honum upp einstaklingsbundna meðferðar-áætlun.

Lokaorð

Persónuleikaröskun er geðsjúkdómur sem lýsir sér í því að vissir þættir í fari einstaklingsins, ómeðvitaðir eða meðvitaðir, valda honum tilfinnanlegum erfiðleikum og þjáningum í að takast á við hið daglega líf. Oft eru þessir

Persónuleikaröskun	Karlar %	Konur %
Fælni (avoidant)	51	46
Hæði (dependent)	34	32
Áráttu-þráhyggju (obsessive-compulsive)	54	47
Aðsóknar (paranoid)	42	34
Geðklofalík (schizoid)	17	17
Geðklofagerðar (schizotypal)	48	34
Andfélagsleg (antisocial)	20	10
Hambrigða (borderline)	60	52
Sjálfsdýrkunar (narcissistic)	20	14
Engin röskun	29	29

Tafla I. Tíðni mismunandi DSM-IV persónuleikaraskana, skv. DIP-Q greiningarlista. Flestir fá fleiri en eina greiningu.

Þættir ekki sýnilegir í yfirborðslegum samskiptum en koma í ljós ef viðkomandi er undir álagi eða er í nánum tengslum við aðra. Orsakir eru margþættar sem og með aðra geðsjúkdóma. Persónuleiki erfist að stórum hluta en umhverfi og félagslegir þættir ráða úrslitum um hvernig endanleg mótun einstaklingsins tekst til. Það er ljóst að persónuleikaraskanir og aðrir geðsjúkdómar fara oft saman og meirihluti þeirra sem leggst inn á geðdeild hefur báða kvillana. Til að ná sem bestum árangri í meðferð er því nauðsynlegt að meðhöndla hvorn sjúkdóminn um sig með fjölþættum meðferðarúrræðum.

Heimildir.

- 1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition DSM IV, APA 194
- 2 Alnæs R, Torgersen R: DSM III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. Acta Psychiatr Scand 1988; 78:348-355

- 3 Jackson HJ, Whiteside HL, Bates CW, Bell R, Rudd RP, Edwards J: Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. Acta Psychiatr scand 1991; 83: 206-213
- 4 Loranger, AW, Janca Aleksandar, Sartorius N: Assessment and diagnosis of personality disorders, WHO 1997. Cambridge University Press.
- 5 Reich JH, Green AI: Effect of Personality Disorders on Outcome of Treatment: J Nerv Ment Dis 179:74-82, 1991
- 6 Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elikin I, Sotsky SM, Socherty J: Personality Disorders and Treatment Outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry 1990; 147:711-718
- 7 Weissman M: The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. Journal of Personality Disorders, Supplement 44-62, Spring 1993.
- 8 Þorsteinsdóttir G, Tómasson K. Personality Disorders and self-rated GAF-scorem abstract, kynntur á tje American Psychiatric Association annual meeting, Toronto, Canada 1998.
9. Heikkinen ME, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro MH, Lönnqvist KJ: Recent Life Events and Suicide in Personality Disorders: J Nerv Ment Dis 185:373-381, 1997

Guðlaug Þorsteinsdóttir er geðlæknir á geðdeild Landspítala