

# **Eldre med personlighetsforstyrrelse - hva vet vi om denne pasientgruppen?**

Ved Carmen Janvin, psykologspesialist,  
PhD, SESAM

# OVERSIKT

- Personlighetsforstyrrelser (PF) – definisjon, typologi og forekomst
- PF hos eldre – utfordringer og forløp
- Utredning og diagnostisering
- Behandling av PF hos eldre
- Kasuistikk

# PF...

- ***Vedvarende*** og uhensiktsmessige mønstre innenfor minst to av de følgende områdene: ***kognisjon, emosjonalitet, problemer med mellommenneskelig fungering og impuls kontroll*** (DSM IV)
- Handler om ***mønstre for indre opplevelser og atferd som avviker markant fra forventningene i individets kultur***, som er ***lite fleksible*** og som viser seg i et bredt spekter av situasjoner
- Medfører ***nedsatt tilpasning og funksjon*** i personens liv i samfunnet.
- Utgjør et ***stort helseproblem*** både for pasienten selv og for vedkommendes nærmeste.

# Typer PF i følge DSM IV

<b>Gruppe A:</b> <i>uvanlige, eksentriske, bisære personlighetstrekk, tilbaketrekning, ofte koblet til schizofreni eller andre psykotiske lidelser</i>	<b>Gruppe B:</b> <i>dramatisk, teatralisk, emosjonell atferd med turbulente mellommenneskelige relasjoner, impulsivitet</i>	<b>Gruppe C:</b> <i>nervøsitet, angst, sosial hemning, unnvikelse, ubesluttsomhet.</i>
<b>Schizoid:</b> svært innadvendt, viser lite følelser i mellommenneskelige relasjoner	<b>Histrionisk:</b> overdreven emosjonalitet, teatralisk væremåte	<b>Avhengig:</b> varig og overdrevent behov for å bli tatt vare på av andre
<b>Schizotypal:</b> eksentrisk oppførsel og anomalier i tenkemåte og følelsesregister	<b>Borderline:</b> ustabilitet i mellommenneskelige relasjoner, dårlig selvbilde, impulsivitet,	<b>Unnvikende:</b> lav selvfølelse, frykt for kritikk og avvisning
<b>Paranoid:</b> nærtakende, oppfatter verden som uvennlig og farlig, er mistenksomme	<b>Antisosial:</b> manglende eller betydelig nedsatt samvittighet, impulsivitet	<b>Tvangspreget:</b> perfektjonisme og overdreven samvittighetsfullhet
	<b>Narsisistisk:</b> opptatthet av fantasier om ubegrenset suksess og makt	

# PF hos eldre

- **PF + fysisk nedfall, tapt sosial status, redusert autonomi, mental svikt, mellommenneskelige forhold preget av konflikt, distanse og kaos, manglende nettverk som fungerer som buffer mellom pasienten og omgivelser, uhensiktsmessige mestringsstrategier, redusert selvfølelse = noen av de mest vanskelige pasientene å forstå, undersøke og behandle!!**

# PF hos eldre - utfordringer

- Lite kunnskap om forekomst, forløp og behandling av PF hos eldre
- Få diagnostiske verktøy som er tilpasset eldre
- Diagnostiske kriterier som ikke tar hensyn til endringer som alderen fører med
- PF hos eldre: ofte akkompagnert av depresjon, angst, psykose eller demens – viktig å behandle disse tilstandene først
- Omsorgspersonalet + pårørende skal ha kunnskap om PF og samarbeide
- Demens kan debuterer med personlighetsendringer, uten at endringene representerer en ekte PF
- I mange tilfeller har personen kun trekk fra en PF, man skal ikke haste seg med å sette diagnosen, spesielt ved mental svikt/demens
- Diagnosen PF stigmatiserer og er assosiert med håpløshet og hjelpeløshet – ha heller fokus på problematferd enn på diagnose

# PF - forekomst

- **< 60 år: 10 til 13%**
- **> 60 år: 2,8 til 11%**, men opp til **31%** blant individer med depresjon
- Forekomsten varierer avhengig av *utvalg* (hjemmeboende/innlagte pasienter), *valg av metodologi, diagnostiske kriterier*+ *eldre har en tendens til å overrapportere symptomer + komparentopplysninger kan være mangelfulle*
- **OBS!** Mange eldre oppfyller ikke de strenge diagnostiske kriteriene, men kan ha trekk fra ulike PF

# PF- forløp over tid

- PF kan *brenne noe ut*, kan *blomstre opp* eller *"debutere"* avhengig av sosial kontekst og type PF
- **Gruppe B:** histrionisk PF brenner noe ut med alderen. Antisosial og borderline er sjeldnere hos eldre, men boderline trekk kan blomstre opp igjen senere i livet.
- **Gruppe A og C** endrer seg lite gjennom livet, men overdreven frykt, avhengighet og passiv – aggressiv atferd (avhengig og unnvikende PF) kan skape store problemer for omsorgspersonell



# Hvorfor oppsøker man hjelp

- **Symptom lindring** eller **spesifikk problem** (ofte mellommenneskelige konflikter)
- **Sekundær til tap av autonomi/kontroll** eller **ved press** fra andre personen er avhengig av (barn, fastlege, osv)
- **Aldringsprosessen i seg selv** (aldringsrelaterte fysiologiske endringer, sykdommer, redusert energi osv)
- **Psykososiale endringer:** tap av betydningsfulle andre, tap av relasjoner, frykt for sykdom og død

# Tap av betydningsfulle andre (BA) = tap av viktige støtte funksjoner

- **Buffering:** BA fungerer som en buffer mellom pasient og omverden (interagerer med andre på veggen av pasienten, bestemmer for pasienten)
- **Bolstring:** støtter opp/forsterker de positive sidene ved pasientens personlighet slik at de dysfunksjonelle sidene blir redusert
- **Binding:** BA hemmer/"holder i sjakk" de negative sidene ved pasientens personlighet

# Utredning og diagnostisering av PF hos eldre

- Tidligere journalnotater
- Klinisk intervju med pasienten
- Intervju med komparent
- **Selvutfyllende personlighetsskjemaer:**  
Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI 2)  
og NEO Personality Inventory-Revised
- **Strukturert klinisk intervju:** The structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)

# PF og demens

- Demens kan debutere med symptomer som ligner en PF (impulsivitet, irritabilitet, manglende fleksibilitet, mistenksomhet eller avhengighet)
- Personer med PF kan utvikle demens:
  - PF kan øke på, reduseres eller forsvinne
- Etter hvert som demenslidelsen utvikler seg, vil "brysomme" personlighetstrekk hviskes ut, men ikke fiendlighet

# Behandling av PF hos eldre

- Psykoterapi
- Biologisk behandling
- Psykoedukasjon
- Kommunikasjonstrening
- Ferdighetstrening

# Biologisk behandling for PF hos eldre ..

- .. er utfordrende på grunn av polyfarmasi, dårlig compliance, selv medisinerings, kognitiv svikt og aldersrelaterte endringer i farmakinetikk
- .. har som mål å redusere dyfunksjonelle trekk assosiert med PF (for eks impulsivitet og emosjonell labilitet) som trekk ved PF eller behandle komorbid akse I lidelser, ikke selve PF
- .. består hovedsakelig av:
  - SSRI + antiepileptika (få studier på eldre)
  - ECT : ved alvorlig behandlingsresistent depresjon (dårligere prognose for PF i gruppe B)

# Psykologisk behandling av PF hos eldre (1)

- Få studier om psykologisk behandling av PF generelt og enda færre studier som inkluderer eldre pasienter.
- Psykologisk behandling har helst hatt fokus på behandling av PF med komorbid akse I lidelser (depresjon, angst)
- Flest studier om yngre pasienter med borderline PF

# Psykologisk behandling av PF hos eldre (2)

- **Psykodynamisk terapi:** få eller ingen studier, antas at tolkning og konfrontasjon kan være skadelig for eldre som har en lang historie bak seg med mellommenneskelige konflikter og tap
- **Kognitiv og atferdsterapi:** mest anbefalte tilnærming, fokus på symptomer, avgrensede mål, hjelper pasienten til å utvikle mer hensiktsmessige atferdsmønstre
- **Interpersonlig terapi:** har fokus på mellommenneskelige forhold, men ikke noen studier om effekt på eldre med PF og/eller uten depresjon, 1 studie på voksne med borderline PF
- **Atferdsdialektisk terapi:** studier på eldre med PF og depresjon: mer effektiv enn "treatment as usual" og farmakologi, pasienten tilegner seg positive mestringsstrategier og følelsen av håpløshet samt selvkritisk atferd reduseres



# Avhengig PF

- Varig og overdrevent behov for å bli tatt vare på av andre, opplever frykt for å bli forlatt, klengete atferd i forhold til omgivelsene
- Usikkerhet og hjelpeløshet, egne behov underlegges andres og avgjørelser overlates til andre
- Overdreven selvoppofrende atferd
- Strekker seg langt for å etablere nye relasjoner
- Oppfatter andre som viktigere og mer betydningsfulle
- Kan lett bli utnyttet og misbrukt

# Avhengig PF hos eldre

- Tap av BA – oppblomstring av symptomer på avhengighet og den BA blir erstattet med voksne barn eller omsorgspersonell
- Eldre med avhengig PF liker faktisk å bli avhengig av andre når helsen svikter

*NB! Eldre med mental svikt/demens kan vise symptomer på avhengighet (vanskeligheter med å ta beslutninger, manglende initiativ, trenger støtte fra andre for å gjennomføre dagligdagse oppgaver), men dette betyr ikke at de har avhengig PF*

# Avhengig PF- kasus (1)

- *”Jeg vet ikke om du ønsker å se oss sammen eller kun min kone. Hun gjør meg gal. Jeg elsker henne, men klarer henne ikke lenger. Hun griner i rommet ved siden til og med nå, når jeg ringer til deg”.*
- **Psykologens observasjoner:** paret kommer tidlig, herr L setter seg ned først, deretter fru L. Hun ser trist ut, holder ham i hånden, han ser irritert ut, smiler ikke. Herr L forteller parets historie, når fru L blir direkte spurt, svarer hun for å så se på mannen for bekreftelse.
- **Familiesitasjon:** gift i 50 år, to vel fungerende døtre, 3 barnebarn i skolealderen som begge ektefellene er veldig glad i.

# Avhengig PF- kasus (2)

- **Problematferd:**
- Krevende og kontrollerende i forhold til den eldste datteren (*vil vite hvordan hun skal kontakte datteren når hun reiser med jobben, hvilket flyselskap hun bruker, ringer datteren for å forsikre seg at hun er kommet fram, holder oversikt over når barnebarna er bortreist*)
- Engstelig for å møte venninnene alene, ønsker at mannen skal være med (*"jeg trenger deg for å holde samtalen i gang"*)
- Oppsøker leger flere ganger i uken, uklare plager, følsom overfor medisiner

# Avhengig PF- kasus (3)

- **Behandlingsplan:**
  1. Farmakologisk: SSRI under forsiktig opptrapping (angst og muligens dystimi)
  2. Individuell terapi (kognitiv og atferdsterapi, støtteterapi)
  3. Par terapi

# Unnvikende PF

- Lav selvfølelse, usikkerhet, sosial tilbakeholdenhet, ønske om nære relasjoner, men redd for avvisning, frykter kritikk/avvisning noe som gjør at de unnviker mange situasjoner.
- Overdrivelse a risiko forbundet med nye aktiviteter og mennesker
- Tolker kommentarer fra andre som bevis på at de selv er inkompetente, udugelige.
- Intens sosial angst som er synlig for andre

# Unnvikende PF hos eldre

- Sårbarhet overfor tap av familie og venner – vanskelig for å etablere nye relasjoner
- Ensomhet, men frykt for å møte andre
- Dårlig samarbeid med hjelpeapparatet
- I terapi kan de fort bli avhengige av terapeut og er ivrige etter å bli likt av terapeuten

# Unnvikende PF - kasus (1)

- Sara 78 år gammel som i 5 år har levd i en omsorgsbolig og klart seg alene. Kun overflatisk kontakt med naboene, deltar ikke i felles aktiviteter, er usynlig. Etter å ha utviklet raskt progredierende macula degenerasjon, må Sara flyttes over til et sykehjem. Tanken på at hun skal flytte gjør henne veldig nervøs og hun blir kjørt flere ganger til legevakten med panikkangst.



# Unnvikende PF - kasus (2)

- **Behandlingsplan:**

1. Avdelingsleder og Saras kusine (hun stoler på dem) organiserer og leder Sara gjennom flyttingsprosessen.
2. På sykehjem blir Sara introdusert for Mona, en rolig, aksepterende medbeboer (for å utvide hennes sosiale nettverk), deretter for hennes primærkontakt og til slutt for en psykolog
3. Farmakologisk behandling for hennes angst (SSRI)
4. Kognitiv terapi (sosial trening, forsiktig omformuleringer av hennes tanker om at andre opplever henne som inkompetent og udugelig, om at verden er farlig og avvisende, tar opp tendensen til å avvise andre før de andre avviser henne)

# Oppsummering

- PF er utfordrende for helsepersonell, men ikke håpløst!
- PF er vanskelig å diagnostisere hos eldre, ikke minst hos pasienter med mental svikt/demens
- PF er en psykisk lidelse, ikke "ondskap"
- Omsorgspersonell skal alltid bli kjent med personens livshistorie for å forstå aktuell atferd!
- Omsorgspersonell bør først og fremst ha fokus på problematisk atferd enn på selve diagnosen da PF er assosiert med håpløshet og stigma