

# Frågor om personlighet och personlighetsstörning.

*(Svaren bearbetade av Alexander Wilczek)*

## **1. Hur får man psykiatrin (ledningen) att förstå vikten av samverkan mellan socialpsykiatrin och öppenvårds-/slutenvårdspsykiatrin ?**

Genom ett mer utvecklat samarbete. På ledningsnivå handlar det om att arbeta fram tydliga samarbetsavtal. I omhändertagandet av våra patienter gäller det nätverksmöten med, eller ibland utan, patienten, möten där den enskilde patientens behov av insatser kan diskuteras och en behandlingsplan görs upp. Ett möte kan t ex vara med patientens boendestödare, biståndsbedömare, socialsekreterare, läkare och/eller behandlare inom psykiatrin. Ibland är det viktigt att bjuda in försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Ofta kan det vara till stor hjälp om anhöriga är med. Dessa möten syftar till att alla parter som är engagerade i den enskilde patientens vård, omhändertagande, försörjning, boende osv, skall dra åt samma håll.

## **2. Man hör ofta en känsla av att det är flickor som skadar sig själva, t.ex. skär sig. Är det lika vanligt hos pojkar?**

Vad vi vet är att det är betydligt fler flickor och unga kvinnor som söker vård, som också har ett självskadebeteende, jämfört med pojkar/män. Troligen avspeglar det också hur det är ute i samhället men för att vi skall veta säkert krävs att man undersöker större grupper ute i samhället med denna fråga. Vi vet också att pojkar och unga män som skadat andra eller saker är mycket vanligare hos t ex polisen än kvinnor. Kanske är det så att män skadar andra eller annat snarare än sig själva.

## **3. Varför hör man aldrig benämning psykopat? Är det en förlegad term/diagnos?**

Psykopati finns inte längre som diagnos i DSM-IV eller ICD-10 (de diagnosmanualer som vi använder i Sverige). På 70 och 80-talet ansågs termen vara socialt stigmatiserande och byttes under en period ut mot sociopat. Ett begrepp som snart gick samma öde till mötes. Idag talar vi om antisocial personlighetsstörning, som också är en diagnos som vi använder oss av. Störningen karaktäriseras av en brist eller total avsaknad av grundläggande sociala färdigheter och känslor som medkänsla och ånger. Personer med denna störning visar sig likgiltiga inför andras behov och känslor, och är ofta svekfulla och ansvarslösa. Många hamnar hos polisen men det finns också smarta personer med denna störning som på ytan lyckas skapa framgångsrika liv.

## **4. Vad kan man som anhörig göra?**

Man kan försöka få så mycket information som möjligt om den

personlighetsstörning den anhörige lider av. Ofta är det till stor hjälp även för den läkare och behandlare som är engagerad i behandlingen om anhöriga kommer med till mottagningsbesök. Frågor som gäller den speciella patient som är aktuell kan då diskuteras av alla inblandade. Genom psykiatrin kan man också få information om ev anhörigutbildning. Anhöriga skall vara välkomna i psykiatrin och vid behov också erbjudas en egen stödkontakt.

### **5. Hur bemöta anhöriga till personlighetsstörda?**

Med stor respekt för den svåra situation de befinner sig i. Att vara anhörig till personer med personlighetsstörningar, särskilt de dramatiska, kan vara mycket påfrestande. Det är svårt att bli indragen i de snabba stämningssvängningar och den impulsivitet som patienten ofta lever med. Ofta finns också en oro för självmord och självskadebeteende, som anhöriga lever med under långa perioder.

### **6. Hur ser statistiken ut för suicid vid personlighetsstörning/ andra psykiska funktionshinder?**

Suicidrisken är generellt förhöjd hos personer med en personlighetsstörning, särskilt i den dramatiska gruppen. Risken ser olika ut för olika personlighetsstörningar, största risken finns hos personer med emotionellt instabil (borderline) personlighetsstörning. I en studie från 2006 framgår att 69-80% av dessa patienter har erfarenhet av suicidalt beteende och att 9% av patienterna till slut suiciderade. Särskilt hög blir risken om patienten också har en depression. I en amerikansk genomgång av statistiken kom man fram till att så många som 20% av dessa patienter tog sitt liv. Det står också klart att patienter som gör upprepade självmordsförsök ofta har en personlighetsstörning. De flesta självmorden som beror på psykisk ohälsa inträffar hos patienter med allvarliga depressioner eller psykoser.

### **7. Hjälper det med en konsekvent miljö och i så fall hur länge?**

Ja, om man med konsekvent menar att miljön är uppbyggd med kunskap om den störning som är aktuell och anpassas till den patient det gäller. Det ser olika ut för olika personlighetsstörningar men för de flesta gäller att miljön i sig inte är tillräcklig för att personen skall bli fri sin störning. Vid t ex emotionellt instabil (borderline) personlighetsstörning krävs ofta behandling i ett par år. För vissa av de hämmade personlighetsstörningarna kan psykoterapier ofta ha god effekt på betydligt kortare tid.

### **8. Finns det en bot för personer med personlighetsstörning?**

Ja, vi kan idag erbjuda effektiv behandling för de flesta av dessa störningar. Behandlingen är psykoterapi och det finns idag flera olika metoder att välja mellan både från det kognitiva beteendeterapeutiska och det psykodynamiska hållet. Paranoid och antisocial personlighetsstörning har vi idag ännu inte hittat verkligt effektiv behandling för

## **9. Finns det mediciner som används vid personlighetsstörning?**

Nej, det finns inga mediciner som fungerar mot själva personlighetsstörningen. Mycket ofta har dock dessa personer också andra psykiska sjukdomar - t ex depression, missbruk, ångestsjukdomar – och dessa tillstånd kan ofta framgångsrikt behandlas med mediciner. Dessa blir ett viktigt komplement till psykoterapin.

## **10. Hur skall man bemöta en mycket tidigt störd patient som bara önskar psykodynamisk psykoterapi?**

Patienten skall informeras om att det finns god hjälp att få med hjälp av psykodynamiska metoder. Idag har vi två olika sådana med gott vetenskapligt stöd från kontrollerade studier, mentaliseringsbaserad psykoterapi (MBT) och transference focused therapy (TFP), som på svenska kallas objektrelations psykoterapi (ORP). Dessa behandlingsmetoder är lika effektiva som t ex dialektisk beteende terapi (DBT) eller kognitiv beteende terapi (KBT). Alla dessa terapiformer är i första hand utarbetade för patienter med emotionellt instabil (borderline) personlighetsstörning. Vissa patienter som traumatiserats tidigt i livet utvecklar en allvarlig narcissistisk personlighetsstörning och för dessa krävs ibland psykoanalys.