

Sjúklingum með persónuleikaröskun fer fjölgandi

■ ■ ■ Hávar Sigurjónsson

„Borderline-persónuleikaröskun var lengi vel notað sem hálfgerð ruslakista fyrir sjúklinga sem þóttu erfiðir og illgreinanlegir,“ segir Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir sem skipulagði ásamt fleirum málþing á Læknadögum í janúar um Borderline-persónuleikaröskun.

„Á fjórða áratug síðustu aldar var bandarískur geðlæknir og sálgreinir, Adolph Stein að nafni, sem taldi að þessi röskun væri forstígeiseinkenni geðklofa, og þaðan kemur heitið Borderline,“ segir Halldóra.

„Stein veitti því athygli að sumt fólk sem kom í sálgreiningu og virtist nokkuð eðlilegt þegar það lagðist á bekkinn, varð hálfsturlað eða alsturlað og hann taldi þetta byrjunareinkennum eða vægt form af geðklofa. Það liðu þó ekki mörg ár þar til geðlæknar áttuðu sig á því að þetta var ekki geðklofi heldur annað fyrirbæri, en lengi var þetta notað sem hálfgerð ruslakista fyrir sjúklinga sem þóttu erfiðir og var næstum því skammaryrði. Fyrir aldarfjórðungi birtist grein í bresku læknablaði undir fyrirsögninni: *Sjúklingarnir sem geðlæknarnir þola ekki!* Greinin var reyndar skrifuð til varnar sjúkdómnum en þessi neikvæðni hefur viljað loða við hugtakið sem í Bandaríkjunum er kallað *Borderline Personality Disorder* en í alþjóðlegum geðlæknisfræðum er það kallað *Unstable Personality Disorder* og er á íslensku nefnt persónuleikaröskun með óstöðugum geðbrigðum.“

Talsvert rannsakað á seinni árum

Formlegar rannsóknir á persónuröskun hófust seint á sjöunda áratugnum í Bandaríkjunum og þar var sjúkdómshugtakið staðfest árið 1980 og 12 árum síðar alþjóðlega að sögn Halldóru. „Þannig hefur þetta þróast og flokkast með öðrum persónuleikaröskunum sem eru taldar alls 10 og er Borderline aðeins ein þeirra. Það er misjafnt hversu vel rannsakaðar þessar persónuleikaröskunir eru en Borderline hefur verið talsvert mikið rannsakað á seinni árum og einkennin eru talin 9 og

ef einstaklingurinn hefur 5 þeirra fellur hann undir greininguna.“

Halldóra segir að greining á persónuleikaröskun sé oft mjög flókin og tímafrek. „Undirliggjandi orsakir geta verið margvíslegar og flóknar þó einkennin séu greinileg. Þetta er því sumpart eins konar regnhlífarhugtak og gagnið af greiningunni er fyrst og fremst praktískt varðandi meðferð. Það hefur komið í ljós að sjúklingar í þessu ástandi sækja mjög í geðþjónustuna og þeim virðist fara fjölgandi. Við erum því að sjá birtingarform persónuleikaröskunar í æ meira mæli. Þessir sjúklingar hafa reynst heilbrigðis- og velferðarkerfinu dýrir, þar sem margir þeirra lenda á örorku, þeir eru oft mjög veikir og okkur hefur gengið illa að lækna þá.“

Halldóra segir meðal helstu einkenna vera síendurtekið sjálfskaðandi atferli. „Sjúklingar skera sig eða brenna, taka ofskammta af lyfjum, þetta eru kannski ekki beinlínis sjálfsvígstíllraunir heldur sjálfskaði. Margir aðrir sjúklingar sem ekki eru haldnir persónuleikaröskun gera þetta líka en þetta er þó eitt algengasta einkennið. Áður fyrr var talið að þetta væri merki um athyglissýki sjúklingsins en rannsóknir hafa sýnt að sjúklingurinn gerir þetta til að létta á innri spennu og draga með því úr mjög sárrí vanlíðan.

Annað einkenni er mjög óstöðug geðbrigði. Sjúklingar sveiflast mjög hratt á milli stórra geðbrigða, úr reiði í gleði, gleði í depurð, en þetta er ekki eins og hjá geðhvarfasjúklingum þar sem sveiflurnar eru lengri og meira viðvarandi. Hjá persónuleikaröskuðum einstaklingi eru sveiflurnar mjög snöggar og þær valda því að hugsunin verður á köflum ansi órókrétt. Reiðiköst og hvatvísi gera samskipti við aðra oft mjög erfið og langvarandi innri vanlíðan með miklu vonleysi geta gert einstaklinginn ófæran um að eiga eðlilegt líf.“

Erfiðir og umhverfi

Fleiri konur en karlar leita meðferðar á geðdeildum við persónuleikaröskun en sá munur birtist ekki jafnskýrt í faralds-

fræðilegum rannsóknum að sögn Halldóru. „Konurnar eiga auðveldara með að leita sér hjálpar. Karlmennt með persónuleikaröskun lenda oftar í útistöðum við yfirvöld, ofbeldiskennnd hegðun kemur þeim í fangelsi og einnig virðast þeir nota meira af fíkniefnum en konurnar. Þetta er þó ekki fullrannsakað og það má einnig greina skörun á milli andfélagslegrar röskunar og persónuleikaröskunar sem gerir útistöður við lög og reglur líklegri en ella.“

Þegar fer saman persónuleikaröskun og fíknisjúkdómur segir Halldóra að mjög erfitt sé að meðhöndla sjúklinginn nema hann nái sér útúr fíkniefnaneyslunni. „Það er eiginlega útilokað að meðhöndla persónuleikaröskun einstakling sem er á kafi í eiturylfjum. Það segir sig nánast sjálft. Það eru um 30% persónuleikaröskaðra einstaklinga sem glíma við alvarlegan fíknivanda líka. Þeir sem eru leiðandi á þessu sviði hafa þróað sérstök úrræði fyrir þessa einstaklinga og þau úrræði sem við getum boðið gagnast þessum einstaklingum ekki. Ef þessu er snúið á hinn veginn þá gengur líka illa að meðhöndla persónuleikaröskun einstaklinga við fíknivanda, þannig að þetta er mjög erfitt og vandmeðfarið.“

Arfgengi persónuleikaröskunar er talsvert og hefur verið staðfest með rannsóknum að sögn Halldóru. „Skapgerðar-einkenni sem fylgja persónuleikaröskun eru arfgeng, einnig taugaproskaraskanir, einkum ADHD, en talsvert stór hluti af persónuleikaröskuðum einstaklingum eru líka með ADHD. Á hinn bóginn eru flestir sem eru með ADHD ekki með persónuleikaröskun, þannig að skörunin er mest á annan veginn.

Umhverfisþættir veiga þungt, en um 60% sjúklinga hafa verið misnotaðir kynferðislega. Við sjáum í þessum hópi fólk með langvinna áfallastreitu, allt frá því það var börn, og hana þarf þá að meðhöndla samhliða.“

Þrátt fyrir oft á tíðum flókna og erfiða greiningu segir Halldóra að notast sé við mjög ítarleg og gagnleg greiningarpróf og stöðluð rannsóknarviðtöl sem leiði yfirleitt hið rétta í ljós. „Oft blasir þetta þó bara við



„Sjúklingar í þessu ástandi sækja mjög í gegþjónustuna og þeim virðist fara fjölgandi. Við sjáum birtingarform persónuleikaröskunar í æ meira mæli,“ segir Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir.

og þarf ekki langan tíma fyrir geðlækninn til að átta sig en stundum þarf að kynna sjúklingnum vel, fá ítarlega sögu til að vera fullviss um að greiningin sé rétt. Samtímis er skimað fyrir ýmsu öðru svo greiningin verði sem ítarlegust og réttust enda eru oft aðrar raskanir líka til staðar og þurfa sérstakrar meðhöndlunar við.“

Þétt viðtalsmeðferð gagnast best

Halldóra segir að þrátt fyrir ýmis vandkvæði við greiningu og meðferð persónuleikaraskaðra sjúklinga þá gangi meðferðin alltaf betur og betur. „Eftir því sem þekkingu á sjúkdómnum fleygir fram og fleiri rannsóknir eru gerðar í heiminum þá hefur þróun meðferðarúrræða verið talsverð, sérstaklega á síðustu 10-15 árum. Meðferðin sem hefur gefið bestan árangur er fólgin í mjög nákvæmri og þéttari viðtalsmeðferð. Þetta hefur skilað umtalsvert betri árangri en langvinn meðferð og engin lyf virðast verka á kjarnaeinkenni persónuleikaröskunar. Rannsóknir á

lyfjagjöf við persónuleikaröskun eru afar litlar og mjög fáar staðfestingar á því að lyf komi að verulegu gagni. Ýmis lyf eru notuð við hliðareinkennum, svo sem depurð og kvíða, og geta vissulega dregið úr vanlíðan sjúklingsins en ekki höfuðeinkennum persónuleikaröskunarinnar. Það verður þó að viðurkennast að stór hluti þessara sjúklinga endar oft á mikilli geðlyfjameðferð, kannski of mikilli í sumum tilfellum. Persónuleikaraskaðir einstaklingar sem kvarta yfir vansæld svara oft ekki hefðbundinni þunglyndis meðferð. Þunglyndi þeirra eða vansæld lýsir sér oft sem tómleiki og vonleysi ásamt miklum truflunum í samskiptum við annað fólk, sérstaklega sína nánustu.“

Stærsti aldurshópurinn sem greinist með persónuleikaröskun er ungt fólk á aldrinum 18-25 ára. Eftir því sem aldurinn hækkar fækkar tilfellum og Halldóra segir að hjá mörgum einstaklingum gangi persónuleikaröskunin yfir á 15-20 árum ef tekið er á sjúkdómnum nægilega snemma. Eftir standi þó oft ýmis annar vandi eins

og skortur á vinnufærni og félagslegri færni sem erfitt getur reynst að endurheimta.

„Fyrir einstakling um tvítugt sem flosnað hefur upp úr námi eða starfi og er nýkominn til meðferðar á geðdeild er því til mikils að vinna að ná tökum á vandanum. Ómeðhöndluð persónuleikaröskun hindrar allt eðlilegt líf einstaklingsins til lengri tíma en vissulega er misjafnt hversu illa hann er haldinn af sjúkdómnum. Hér á geðdeild Landspítala sjáum við veikasta fólkið, en eflaust eru aðrir sem ná að vinna sig í gegnum þetta með viðtölum við sálfræðinga og geðlækna úti í bæ. Þó hefur það sýnt sig að strjál viðtöl, vikulega eða sjaldnar, skila litlum árangri. Á Landspítala bjóðum við upp á nokkur meðferðarform, dagdeild og göngudeildarmeðferð í 6 mánuði þar sem eru allt að fjórir tímar á viku, bæði einstaklingsviðtöl og hóp-tímar. Við gerum svokallaðan meðferðarsamning við sjúklinginn þar sem hann fer fyrst í undirbúningshóp á dagdeild en síðan á göngudeild þar sem samið er um hálf ár í einu og sjúklingurinn kemur fjórum sinnum í viku, bæði í einstaklingsviðtöl og hóptíma. Endurhæfingardeildir Kleppspítala hafa einnig reynst þessum hópi ágætlega. Okkur virðist sem það henti þessum sjúklingum illa að vera á legudeild með öðrum geðsjúklingum. Það hefur slæm áhrif á þá. Hins vegar gengur mjög vel að vinna með þeim í göngudeildarhópum þar sem eingöngu eru einstaklingar með persónuleikaröskun. Við höfum því frekar lagt áherslu á það þó stundum verði ekki komist hjá því að leggja þessa sjúklinga inn á deild.“

Á hverjum tíma eru um 40 manns í virkri meðferð við persónuleikaröskun á geðsviði Landspítala. „Þar fyrir utan er hópur fólks sem kemur á göngudeild eða er á legudeild og bíður eftir þessum úrræðum eða öðrum. Þessi hópur er sannarlega að stækka og okkur finnst við sjá mun fleiri tilfelli en fyrir tveimur áratugum þó við höfum ekki neina haldbæra skýringu á því. Við erum að standa okkur ágætlega í meðferð þessara sjúklinga og höfum tekið upp meðferðarmódel frá Norðurlöndunum sem skilað hafa góðum árangri. Við þyrftum helst að geta meðhöndlað fleiri sjúklinga samtímis þar sem margir bíða úrlausnar á hverjum tíma.“