

Aðsóknar persónuleikaröskun

Einkenni, nálganir meðferðaraðila og meðferðir

Anton Scheel Birgisson

HUG- OG FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til B.A. gráðu í sálfræði

Hug og félagsvísindadeild

Maí 2015

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

Þakkarorð

Fyrst og fremst vil ég þakka börnunum mínum, þeim Degi Gísla og Líney Heklu, fyrir þann tímaþjófnað sem námið mitt hefur verið frá þeim. Ykkur verður bættur þessi tími upp. Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, Dr. Gísla Kort Kristóferssýni fyrir prýðis handleiðslu í gegnum lokaverkefnið og Sunnu Ellu fyrir yfirlestur á lokametrinum. Einnig vil ég þakka Guðmundi Sævari Sævarssýni og Jóni Snorrasýni á réttar og öryggisgeðdeild Landspítalans fyrir ágætis hugmyndir að lokaverkefni. Að lokum þakka ég sjálfum mér að missa ekki trúna á eigin ágæti. Maður kemst eins langt og maður leyfir sjálfum sér að fara.

Ágrip

Meðferðir við aðsóknar persónuleikaröskun (e. paranoid personality disorder) hafa ekkert verið rannsakaðar á Íslandi. Aðeins hafa verið gerðar mælingar á algengi persónuleikaraskana á landinu öllu og á stór-Reykjavíkursvæðinu. Aðsóknar persónuleikaröskun er mjög flókin og erfið viðfangs og algengar samgreiningar valda því að mun erfiðara er að greina aðsóknar persónuleikaröskun eina og sér og veita við henni viðeigandi meðferð.

Markmið: Markmið rannsóknarinnar er að skoða hvaða sálfræðilegu meðferðir geti skapað betri meðferðar niðurstöður fyrir skjólstæðinga á geðsviði landspítalans og hjá stofnunum sem að heyra undir fangelsismál á Íslandi, við aðsóknar persónuleikaröskun og draga þannig úr sálrænum og hegðunartengdum vanda þeirra. Leitast verður við að skoða þær sálfræðilegu meðferðir sem að hafa gefið góða raun í klínísku starfi erlendis frá.

Rannsóknarsnið: Valið var yfirlits rannsóknarsnið (e. literature review) en í því felst að safnað var saman þeim helstu erlendu og innlendu rannsóknum á meðferðum við aðsóknar persónuleikaröskun.

Niðurstöður: Gott meðferðarsamband við einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun er mikilvægur þáttur í meðferðarheldni og útkomu meðferðar. Án þess mun valin meðferð ekki bera árangur. Þær meðferðir sem sýnt hafa árangur við persónuleikaröskunum eru díalektísk atferlismeðferð (e. Dialectic-behaviour therapy, DBT), skema meðferð (e. schema-therapy) og cognitive-analytic therapy, CAT og er hver meðferð sniðin að þörfum einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma og persónuleikaraskanir.

Lykilorð: Aðsóknar persónuleikaröskun, hlutverk meðferðaraðila, meðferðsamband, dbt, skema, CAT.

Abstract

No research has been done on the treatment of paranoid personality disorder (PPD) in Iceland. Some research has been done on the prevalence of personality disorders in Iceland in the Reykjavik metropolitan area. PPD is a complex disorder and not easily diagnosed or treated. Comorbidity with other disorders makes it hard to find appropriate treatment for PDD that can be used in forensic areas such as psychiatry hospitals and in prisons.

Purpose: The main purpose of this research is to determine interventions for clients of welfare service in the department of prisons and corrections in Iceland and for the psychiatry department of the Landspítali -university hospital (LSH), for PDD. With the intent to reduce the psychological and behavioural burden of the disorder for patients, caretakers and society alike. Therefore the aim of this paper is to examine research databases to get a comprehensive view over the literature done on PDD.

Research design: The main aim of the study is to search for meta-analysis and literature reviews from foreign and Icelandic studies.

Results: Therapies like dialectic-behavioural therapy, schema therapy and cognitive-analytical therapies are all known as effective for personality disordered individuals when they are researched as a whole. Where as every one of them are specifically tailored to the symptoms of a specific personality disorder. The therapeutic relationship is the biggest factor for any of these interventions to be effective, especially with paranoid personality disordered individuals.

Keywords: Paranoid personality disorder, caretakers work, therapeutic relationship, dbt, schema therapy, CAT.

Efnisyfirlit

Þakkarorð	iii
Ágrip.....	iv
Abstract	v
Inngangur	2
Aðferð.....	3
<i>Markmið</i>	3
<i>Framkvæmd</i>	3
<i>Rannsóknarsnið</i>	3
<i>Gagnaleit</i>	4
Fræðilegt yfirlit	4
<i>Bakgrunnur</i>	4
<i>Persónuleikaraskanir</i>	6
<i>Klasi A</i>	7
Aðsóknar persónuleikaröskun	8
<i>ICD-10</i>	9
<i>Algengi</i>	10
<i>Samgreiningar við persónuleikaraskanir</i>	10
<i>Aðrar samgreiningar</i>	12
<i>Sálrænir þættir</i>	12
<i>Hætta á og ástæður ofbeldis</i>	14
Meðferðarumhverfi	14
<i>Fangelsismálastofnun</i>	15
<i>LSH</i>	16
<i>Réttar og öryggisgeðdeild á Kleppspítala</i>	16
<i>Hugræn atferlismeðferð</i>	17
Meðferðarsambandið og meðferðir	18
<i>Í byrjun meðferðar</i>	19
<i>DBT</i>	21
<i>Skema</i>	23
<i>CAT</i>	24
Umræður.....	24
Heimildaskrá	26

Inngangur

Ýmsir áhrifaþættir valda því að ekki hefur tekist að veita meðferð við aðsóknar persónuleikaröskun sem reynist ágætlega. Dæmi um slíka þætti eru ósamræmi í greiningarviðmiðum DSM-V og ICD-10 (Zanarini o.fl., 2004) sem ollið hefur skekkju í nálgun rannsókna og því erfitt er að vinna með niðurstöður og mælingar yfirlitsrannsókna (Leichsenring og Rabung, 2008) Flestar rannsóknir á sviðinu eru gerðar af þeim sem þær þróa sem gerir það að verkum að þær eru komnar stutt á veg og erfitt að alhæfa út frá þeim (Bateman o.fl., 2015). Því eru ekki neinar afgerandi sannanir fyrir því að draga muni úr einkennum aðsóknar persónuleikaröskunar með sálfræðilegri meðferð.

Burtséð frá þessum vandkvæðum að þá ríkir bjartsýni á að finna meðferð við hæfi á aðsóknar persónuleikaröskuðum einstaklingum. Hafa ber í huga að röskunin þarf ekki endilega að vera langtíma og með slæmri meðferðarútkomu, heldur þarf að hafa í huga fyrir einstaklinginn sjálfan, heilbrigðiskerfið og samfélagið í heild sinni. Til lengri tíma munu aðsóknar persónuleikaraskaðir einstaklingar finnast lífið þeim óhliðhollt, þeir munu eiga í erfiðleikum með að mynda persónuleg sambönd við aðra og eiga í erfiðleikum með félagslegar aðstæður eins og vinnu og nám. Þetta eru einkenni sem til lengri tíma hrjá þessa einstaklinga og þá sérstaklega þá sem greinast með með mjög erfiða aðsóknar persónuleikaröskun og eiga af leiðandi að hættu að skaða sig eða aðra. Til að meðferð reynist árangursrík verður að herja á kjarna einkenni aðsóknar persónuleikaröskunar og byggja upp félagslega færni einstaklingsins til frambúðar (Bateman o.fl., 2015).

Meðferðir við aðsóknar persónuleikaröskun (e. paranoid personality disorder) hafa ekkert verið rannsakaðar á Íslandi. Röskunin er erfið viðfangs því hún samgreinist öðrum geðröskunum mikið (American Psychiatric Association, 2013). Samgreiningar valda því að mun erfiðara er að veita viðeigandi meðferð við aðsóknar persónuleikaröskun (Bateman o.fl., 2015), sérstaklega í erfiðu vinnuumhverfi sem réttar og öryggisgeðdeildir og fangelsi eru (Bowers, 2002). Almennt er talið að fyrstu línu meðferð við persónuleikaröskunum skuli vera sálfræðimeðferð áður en geðlyf eru gefin (Sinalcola og Strickland, 2012). Þó hefur það oft reynst raunin að persónuleikaraskanir úr klasa A séu ranglega greindar sem geðrofssjúkdómar og því meðferðin lyfjagjöf (Bateman o. fl., 2015).

Í fyrsta kafla er inngangur þar sem ritgerðaeftir er lítilliga kynnt sem og ástæða þess að efnið varð fyrir valinu. Í öðrum kafla er aðferð lýst. Í aðferðarfræðikaflanum er farið yfir helstu gagnagrunna og bækur sem leitað var í sem og komið með yfirlit á leitarorðum sem notast var við.

Í þriðja kafla, sem ber heitið fræðilegt yfirlit, verður fjallað almennt um persónuleikann og mælingar á honum, sem og persónuleikaraskanir. Í fjórða kafla er fjallað um aðsóknar persónuleikaröskun, einkenni hennar og tengingu við aðrar geðraskanir. Í fimmta kafla er meðferðaumhverfið á Íslandi kynnt. Í sjötta kafla mikilvægi meðferðarsambandsins rakið og hvaða áhættuþætti ber að líta til fyrir meðferðarheldni ásamt því hvaða meðferðir hafa sýnt fram á árangur erlendis í meðferð við aðsóknar persónuleikaröskun. Í sjöunda kafla eru umræður þar sem ritgerðin er dregin saman. Komið með hugmyndir að frekari rannsóknum og bent á mögulega ágalla.

Þar sem að lítið er vitað um meðferðir við aðsóknar persónuleikaröskun er það markmið þessarar heimildarritgerðar að skoða erlendar rannsóknir með það að markmiði að finna út hvaða sálfræðimeðferðir skila hvað bestum árangri í meðferð þessarar persónuleikaröskunar.

Aðferð

Markmið

Markmið rannsóknarinnar er að skapa betra meðferðarumhverfi fyrir einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun. Með það að markmiði að draga úr sálrænum og hegðunartengdum vanda þeirra.

Sálfræðimeðferðir á aðsóknar persónuleikaröskuðum einstaklingum hafa ekki verið rannsakaðar hérlendis og er áherslan lögð á erlendar rannsóknir sem að taka á þessari röskun og skoða þær nálganir og sálfræðilegu meðferðir sem að borið hafa árangur í klínísku starfi.

Framkvæmd

Rannsakandi ákvað viðfangsefnið eftir að hafa átt fund með Guðmundi Sævari Guðmundssyni deildarstjóra á réttar og öryggisgeðdeild Landspítalans (LSH) og Jóni Snorrasyni hjúkrunarfræðingi (2015). Tílefni þeirrar fundar var að finna lokaverkefni til B.A. prófs í sálfræði sem að hefði hagnýtt og klínískt gildi fyrir réttar og öryggis geðheilbrigðismál á Íslandi. Niðurstöður þeirrar fundar voru þær að mest lægi á að fá að vita hvaða meðferðir gögnuðust vel erlendis hjá einstaklingum með aðsóknar persónuleikaröskun með áherslu á réttar og öryggis geðdeildir sem og fangelsi (Guðmundur S. Sævarsson og Jón Snorrason, 2015). Einnig var rætt við Sólveigu Kjærnested (2015), sálfræðing hjá Fangelsismálastofnun.

Rannsóknarsnið

Valið var *yfirlits rannsóknarsnið* (e. Literature review) en í því felst að safnað var saman þeim helstu erlendu og innlendu rannsóknum á meðferðum við aðsóknar persónuleikaröskun.

Notast var við rannsóknar pýramídann sem hannaður var af Stretler o. fl. (1998). Hann

skiptist upp í sex þrep með slembi úrtaks safngreiningu (e. Randomized meta-analysis) í efsta þrepi (Level I) sem sterkustu heimildirna. Í öðru þrepi eru (Level II) eru einstaklings tilrauna rannsóknir (e. Individual experimental studies). Í þriðja þrepi (Level III) eru hálfgildings rannsóknir (e. Quasi-experimental studies). Í fjórða þrepi (Level IV) eru fylgni rannsóknir (e. Nonexperimental studies). Í fimmta þrepi (Level V) eru eigindlegar rannsóknir (e. case reports) og í sjötta og seinasta þrepinu (Level VI) eru sérfræðialit fagaðila á viðkomandi stofnunum. (e. Opinions of respected authorities and committees of experts).

Gagnaleit

Við gagnasöfnun rannsóknarinnar var notast við bæði íslensk og erlend gagnsöfn til að hafa leitina sem fjölbreyttasta. Þau gagnasöfn voru Google scholar, Web of science, PsycArticles, Leitir.is, Cochrane, PubMed og Hirslan.is.

Notast var við eftirfarandi leitarorð og þau keyrð öll ein og sér; Personality disorders, Paranoid personality disorder, Paranoid personality disorder AND therapies, Paranoid personality disorder AND prisons, Paranoid personality disorder AND forensic psychiatry, Literview for paranoid personality disorder, Clinical treatments overview AND paranoid personality disorders.

Niðurstöður leitanna gáfu um 114 heimildir sem voru flokkuð eftir notagildi þeirra við rannsóknina. Einnig var notast við viðeigandi kennslubækur á sviði geðheilbrigðis og sjúkdóma og yfirlitsrit sem rannsakenda þótti koma að gagni í samhengi við efni ritgerðarinnar.

Fræðilegt yfirlit

Bakgrunnur

Persónuleikinn er samansafn einstaklings einkenna sem skýra út hvernig fólk hugsar, hvernig því líður, hvernig það hegðar sér og hvernig það tengist öðru fólki (Widiger, 2013). Persónuleiki er þannig víðtækt og flókið fyrirbæri og í litlum og stórum samfélögum er það hann sem gerir okkur einstök og því sem aðskilur okkur frá öðrum. Hafa ber í huga að einstaklingar eru hluti að samfélögum og það eru þau sem eru líka einstök á sinn hátt. Þannig getur ein hegðun einstaklings verið talin að öndverðum meiði við það sem eðlilegt þykir á milli samfélaga (Widiger, 2013).

Persónuleikinn er ekki aðeins myndaður af einum þætti eins og genum heldur er hann flókið samansafn sálræna þátta sem einkenna einstaklinginn, eru í samhengi, og stöðugir yfir tíma, í samskiptum einstaklingsins við innra og ytra umhverfi sitt. Enginn einstaklingur er eins og samskipti fólks við umhverfið er mismunandi. Persónuleikinn gefur því til kynna að

viðkomandi einstaklingur muni bregðast svipað við í sömu aðstæðum og er líklegur til að vera almennt eins í fasi, komi ekkert alvarlegt uppá (Larsen og Buss, 2010).

Hans Eysenck var frumkvöðull aðferða til greiningar persónuleikans. Hann hóf að safna saman gögnum um persónuleikaeinkenni á skipulagðan hátt sem varð til þess að hann hafði yfir að ráða miklu magni af gögnum sem lýstu persónuleikaeinkennum á einhvern hátt. Að því loknu þáttagreindi (e. factor analysis) hann orðin þannig að til urðu þrjú róf af yfirheitum. Þau voru *extravert-introvert*, *neurotism-emotional stability* og *psychotism* (Larsen og Buss, 2010).

Aðferðarfræði Eysenck var grunnurinn að einu algengu mælitæki persónuleikans sem í dag kallast *Five Factor Model* (FFM). Það módel fullmótuðu Goldberg og félagar árið 1980 með fimm þáttum í stað þriggja. Þeir fóru yfir orðasöfn og rannsóknir sem gerðar höfðu verið á módeli Eysenck í millitíðinni sem skilaði stóru orðasafni tengt einkennum persónuleikans. Safnið var síðan þáttargreint til að komast að hvaða þætti orðin og hugtökin ættu sameiginlegt. Fimm þættir höfði mesta vægið og mynda þeir FFM sem sjá má í töflu 1.

Tafla 1. 5 þættir *Five Factor Model*.

Úthverfa (e. Extrovert).

Ræðinn-þögull

Félagslyndur-einrænn

Ævintýragjarn-varkár

Opinn-lokaður

Samviskusemi (e. Agreeable).

Góðlyndur-Pirraður

Samvinnuþýður-neikvæður

Blíður-kappsamur

Traustur-öfundsjúkur

Samvinnuþýði (e. Conscientiousness).

Ábyrgur-óáreiðanlegur

Vandvirkur-óvandvirkur

Þolinmóður-óþolinmóður

Jarðbundinn-kærulaus

Samviskusemi (e. openness).

Víðsýn-þröngsýn

Listrænn-ekki listrænn

Hugmyndaríkur-einfaldur

Fágaður-grófur

Taugaveiklun (e. Neurotism).

Rólegur-æstur

Sjálfstjórn-óreiðusamur-kvíðinn

(Larsen og Buss, 2010).

Hver af þáttunum fimm myndar róf með meðaltal í miðju og jaðargildi úti í enda. Þeir sem að skora hátt í jaðargildum eru með öfgar í því persónuleikaeinkenni og eru oft greindir með persónuleikaröskun (Larsen og Buss, 2010).

Úthverfa á við um innri eiginleika einstaklingsins. Viðkomandi aðili er félagslyndur, upplifir jákvæðar tilfinningar eins og gleði. Úthverfir einstaklingar eru málgefnir og mikið fyrir að vera miðpunktur athyglinnar. Opinn á við um hugmyndaríkan og listrænan einstakling með flókið tilfinningalíf. Þeir hugsa gjarnan í lausnum og eru óhræddir við að fara nýjar leiðir. Samvinnuþýði segir til um að einstaklingurinn á gott með að setja sig í spor annarra og vinna með þeim. Góður meðferðaraðili myndi skora hátt á þessum þætti. Samviskusemi segir til um einstaklinga sem gera áætlanir og framkvæma eftir þeim, eru þrífir og hugsa almennt vel um heilsuna. Taugaveiklun segir til um þá einstaklinga sem eru líklegir til að upplifa reiði, mikla streitu og eru þessir einstaklingar viðkvæmir fyrir ýmsum sjúkdómum eins og hjarta og geðsjúkdómum (Freyja Birgisdóttir og Steinunn Gestsdóttir, 1995). Einstaklingar með aðsóknar persónuleikaröskun skora almennt jákvætt á taugaveiklun sem þýðir að þeir eru að jafnaði óstöðugir og bregðast illa við álagi. Þeir skora einnig oft neikvætt á samviskusemiskvarðanum sem þýðir að viðkomandi á auðvelt með að þirrast og reiðast (Saulsman og Page, 2002).

Orðið aðsókn eða „paranoia“ merkir úr huganum (e. out of mind) og hefur verið tengt afbrigðilegri hegðun allt aftur til ársins 1764 þegar Vogel notaði það sem yfirheiti yfir geðveiki (e. insanity). Nú á tímum er notkun orðins mildari og er litið á aðsókn sem eina tegund af persónuleikaeinkenni sem hefur algengi frá 30-70% meðal almennings í heiminum (Ray, 2012).

Persónuleikaraskanir

Eins og áður kom fram mótast persónuleiki fólks að miklu leiti af samfélaginu, kröfum þess, reglum og væntingum. Stór hópur einstaklinga á erfitt með að standa undir þessum væntingum og tengist það innri líkamlegum þáttum eins og kvíða, streitu og þunglyndi auk samskiptum við ytra umhverfi. Margir þessara einstaklinga ná ekki greiningarviðmiðum geðsjúkdóma og eru því oft á tíðum greindir með persónuleikaröskun (Butcher o.fl., 2012).

Tveir þættir eru undirliggjandi í flest öllum persónuleikaröskunum. Þeir þættir eru annarsvegar innri krónísk vandamál eins og kvíði og hinsvegar vandi með sjálfsmynd einstaklingsins. Til þess að hljóta greiningu þurfa einkennin að vera stöðug yfir tíma og valda einstaklingnum óþægindum (Butcher o.fl., 2012; Livesley, 2001). Allar tíu persónuleikaraskanirnar eiga sameiginlegt að hafa þjagað hegðunar og tilfinningamynstur sem eiga tengingu til félagslegra og persónulegra aðstæðna sem byrja í æsku eða á snemmmfullorðinsárum og þróast upp fullorðinsárin (Carrol, 2009).

Miklar vangaveltur er uppi um hvernig skilgreina eigi persónuleikaraskanir og er það vegna þess að þær hafa lítið verið rannsakaðar en hafa þó verið í öllum DSM greiningarbókum sem gefnar hafa verið út (Butcher o. fl., 2012). Greiningarkerfi bandaríska sálfræðingafélagsins (e. American Psychology Association, APA) heitir DSM og hefur verið í notkun síðan 1952 þegar það varð til með tilstuðlan tölfræðilegra gagna sem að bandaríski herinn hafði safnað saman. Nýjasta útgáfa kerfisins kallast DSM-V og hafa orðið þó nokkrar breytingar frá DSM-IV. Helstar má nefna að fjölása kerfið sem notast var við í DSM-IV var tekið út í endurskoðun fyrir DSM-V. Önnur breyting er að allir undirflokkar geðklofa eins og aðsóknar geðklofi voru teknir út og tilheyra því ekki útgáfu DSM-V (APA, 2013).

Í DSM-V kemur fram að aðeins ber að taka til greina þjóðerni, samfélagslegra venja og félagslegs bakgrunns einstaklinga sem verið er að fást við í klínískri greiningu. Aðrir hlutir einsog trú og stjórnmalaskoðanir er gott að hafa í huga þegar bakgrunns saga er tekin en hefur ekki áhrif á greiningu sjúkdóms (APA, 2013).

Hér að neðan kemur kynning á aðsóknar persónuleikaröskun og samgreiningum hans við aðrar geðraskanir og persónuleikaraskanir.

Klasi A

Einstaklingar í klasa A eru sagðir vera sérstakir eða sérvitringslegir. Það sem einkennir þær þrjár persónuleikaraskanir sem að tilheyra þessum Klasa eru að þær hafa annaðhvort væg jákvæð og/eða neikvæð einkenni geðrofs (Esterberg o. fl, 2010). Jákvæð einkenni er þegar eitthvað bætist við venjulega hegðun einsog að heyra raddir eða að vera með ranghugmyndir og eiga þau sérstaklega við um aðsóknar persónuleikaröskun. Neikvæð einkenni er þegar eitthvað vantar í venjubundna hegðun eins og að hugsa ekki um persónulegan þrifnað eða vera tilfinningalega dofinn. Klasa A raskanir eiga það sameiginlegt að hafa ákveðna genatíska og umhverfistengda áhættuþætti. Algengt er að einkenni þessa raskana skarist og misgreinist við svipuð einkenni geðsjúkdóma eins og geðklofa (Esterberg o. fl., 2010). Í þessum hópi eru geðklofalík (e. schiziod), geðklofagerðar (e. schizotypal) og aðsóknar (e. paranoid) persónuleikaröskun.

Aðsóknar persónuleikaröskun

Einstaklingar með aðsóknar persónuleikaröskun eru tortryggir og varir um sig. Ástæða tortrygninnar er oft varnarháttur gagnvart misnotkun af hendi annarra eins og líkamlegrar, andlegrar eða kynferðislegrar. Einstaklingar sem ná greiningarviðmiðum aðsóknar persónuleikaröskunar eru því gjarnir á að upplifa reiði vegna misnotkunar, kvíða vegna hótana og hræðslu. Þeir koma fyrir sjónum annarra sem þrætusamir, þrjóskir, í vörn og gefa lítið eftir. Einstaklingar sem hljóta greiningu eru sparsamir á trausti og trúnaði, beita gjarnan ofbeldi þegar þeim finnst ógnað, eru afbrýðissamir og gjarnir á að kenna öðrum um ófarir sínar. Þeir eiga í erfiðleikum með að sjá hluti frá mörgum sjónarhornum og setja sig í spor annarra (Esterberg o. fl., 2010). Falkum og félagar (2009) skoðuðu undirliggjandi ástæður tortryggni og ofbeldis hjá einstaklingum með aðsóknar persónuleikaröskun. Þar kom fram að ástæða tortryggni hjá þeim væri sú að það væri fyrirfram ákveðið að aðrir myndu gera á þeirra hlut með ofbeldi eða athugasemdum. Því væri efi og vantraust til annarra ríkjandi eiginleiki í skapgerð þeirra. Ástæður ofbeldis væru vegna þess að þeir gleymdu ekki að gert hefði verið á þeirra hlut og eiga erfitt með að fyrirgefa (Falkum o. fl., 2009). Aðsóknar persónuleikaröskun ásamt geðklofalíkri og geðklofagerðar persónuleikaröskun eru flokkaðar saman vegna að þær innihalda væg jákvæð og/eða neikvæð einkenni geðrofssjúkdóma (Esterberg o. fl, 2010) en nánar verður fjallað um það út frá flokkunarkerfi DSM-V hér að neðan. Algengi aðsóknar persónuleikaröskunar á stór-Reykjavíkursvæðinu er 2,4% (Eiríkur Líndal og Jón G. Stefánsson, 2009).

Tafla 2. Greiningarskilmerki aðsóknar persónuleikaröskunar samkvæmt DSM-V

1. Grunnsemd án ástæðu um að annað fólk muni nýta, skaða og/eða blekkja það.
2. Upptekið af óréttmætum hugsunum um hollustu og traust ástvina og samferðafólks.
3. Treg til trúnaðar við aðra og að aðrir myndu nota upplýsingar frá þeim, gegn þeim sjálfum.
4. Lesa neikvætt í aðstæður og atburði.
5. Taka hluti inná sig og fyrirgefa seint.
6. Telja að aðrir séu að ráðast að persónu og heiðri sínum og svara harkalega til baka eða með ofbeldi.
7. Sýna ástvinum endurtekið vantraust um hollustu þó engin ástæða þyki til.

Aðsóknar persónuleika röskun skal ekki greind sem slík ef einkennin koma vegna geðklofa, geðhvarfasýki, lyndis eða annarra geðraskana og er ekki vegna líkamlegra hliðarverkana lyfja eða taugasjúkdóma.

(American Psychiatric Association, 2013).

Hér getur að sjá flokkun ICD-10 til samanburðar við flokkun DSM-V. Þrjú einkenni þurfa að vera til staðar til að viðkomandi geti hlotið greiningu á aðsóknar persónuleikaröskun.

ICD-10

Tafla 3. ICD-10.

-
1. Viðkvæmni fyrir áföllum.
 2. Bítur í sig hluti, á erfitt með að fyrirgefa móðganir eða meiðsli.
 3. Tortryggni í garð annarra og tekur vinsamlegum gjörðum annarra sem fjandsamlegum árásum.
 4. Tekur persónulegan rétt sinn langt út fyrir raunverulegar aðstæður.
 5. Tortryggni án sannanna gagnvart elskhuga um tryggð hans.
 6. Ofurtrú á eigið mikilvægi sem kemur fram í eigin hegðun.
 7. Upptekni við samsærishugsanir á atburðum gagnvart honum sjálfum sem og á heiminum öllum.

Inniheldur: Mikla aðsóknarhegðun og viðkvæman aðsóknar persónuleikaröskun en er án ranghugmynda röskunar og geðklofasjúkdóms.

(WHO, 1992)

Einsog áður hefur komið fram er algengt að fólk nái greiningarskilmerkjum persónuleikaraskana almennt á unglingsaldri og á snemma fullorðinsárum og á það sama við um aðsóknar persónuleikaröskun (APA, 2013). Neikvæð upplifun af líkamlegu, andlegu, kynferðislegu ofbeldi og vanrækslu í uppeldi eykur líkurnar á því að einstaklingar þrói með sér aðsóknar persónuleikaröskun á fullorðinsárum (Agnello o. fl, 2013; Bierer o. fl, 2003). Í rannsókn Gómez og félagar (2006) kom í ljós að líkamlegt áfall er líklegt til að valda áfallastreitu röskun hjá einstaklingum með aðsóknar persónuleikaröskun á fullorðinsárum. Einstaklingar sem að verða fyrir slíkum áföllum eru einnig taldir þróa með sér skort af lífsánægju og upplifa því síður ánægjulega viðburði á unglingsárum til snemmafullorðinsára þegar mikil andlegur þroski fer fram. Í 30 ára eftirfylgni rannsókn (e. follow up) kom í ljós að einstaklingar með aðsóknar persónuleikaröskun voru með heilaskemmdir í 8,3% tilfella (Koponen o. fl., 2002). Iacovino og félagar (2014) skoðuðu mun á kynferði einstaklinga í Bandaríkjunum með aðsóknar persónuleikaröskun þar sem sérstaklega var litið til félagslegra aðstæðna og áfalla í æsku í tengslum við aðsóknar persónuleikaröskun. Notast var við mælitækin *Multi-Source Assessment of Personality Pathology* þar sem að viðmælendur gáfu

skýrslu, staðlað viðtal úr DSM-IV og *Traumatic Life Events Questionnaire* þar sem áföll úr æsku voru mæld. Einstaklingar af afrískum uppruna (e. African Americans) upplifðu fleiri einkenni af aðsóknar persónuleikaröskun í öllum þrem mælitækjunum sem gefur til kynna að þau tengjast upplifun og vandamálum sem aðeins svartir eiga við. Fullorðnir einstaklingar með aðsóknar persónuleikaröskun eru í áhættuhópi til að sýna af sér ofbeldistengda hegðun og að leiðast út í glæpi á fullorðinsárum (Esterberg o. fl., 2010).

Algengi

Algengi persónuleikaraskana á heimsvísu er um 10%. og er 0,4% - 1,8% með aðsóknar persónuleikaröskun. Í fangelsum og réttar- og öryggisgeðdeildum er algengi persónuleikaraskana 13% (Lenzenweger o.fl., 2007). Árið 2005 skoðuðu Eiríkur Líndal og Jón G. Stefánsson (2009) algengi persónuleikaraskana á stór-Reykjavíkursvæðinu (Reykjavík, Seltjarnarnes, Kópavogur, Garðabær, Hafnarfjörður og Mosfellsbær). Skoðaðir voru þrjú aldurshópar fæddir á árunum 1931, 1951 og 1971. 300 manns voru valdir handahófskennt í hvern aldurshóp fyrir sig. Af 900 manna úrtaki tóku 805 manns þátt sem er 89,4% þátttaka. Í öllum aldurshópum voru karlar að greinast með persónuleikaröskun yfir meðaltali nema í yngsta aldurshópnum, á meðan konur voru almennt undir meðaltali. Niðurstöðurnar má sjá í töflu 4.

Tafla 4. *Algengi aðsóknar persónuleikaröskunar á stór-Reykjavíkursvæðinu árið 2005.*

Aldurshópur/kyn	DSM-IV	ICD-10
1931 (74-76 ára)	5,3%	
Karlar (N=69)	8,7% (N=6)	7,0% (N=5)
Konur (N=64)	1,6% (N=1)	6,0% (N=3)
1951 (54-56 ára)	5,3%	
Karlar (N=64)	6,4% (N=4)	6,3% (N=4)
Konur (N=86)	4,7% (N=4)	5,7% (N=5)
1971 (34-36 ára)	3,9%	
Karlar (N=60)	5,0% (N=3)	5,0% (N=3)
Konur (N=70)	2,9% (N=2)	4,3% (N=3)

(Eiríkur Líndal og Jón G. Stefánsson, 2009).

Samgreiningar við persónuleikaraskanir

Til að meðferð skili meðferðarheldni og góðu meðferðarsambandi milli meðferðaraðila og sjúklings, þarf að líta til þess hvaða aðra geðsjúkdóma aðsóknar persónuleikaraskaðir einstaklingar greinast helst með. Líkindi aðsóknar og geðklofalíkrar

persónuleikaröskunar í klasa A, eru tilfinningalegur kuldi, sækni í einveru og upptekni af eigin hugsunum (Carroll, 2009). Líkindi aðsóknar röskunar við persónuleikaröskun geðklofagerðar eru félagskvíði og ranghugmyndir. Einstaklingar með þessa röskun eiga í erfiðleikum með að mynda tengsl og traust við fólk einsog einstaklingar með aðsóknar persónuleikaröskun (Carroll, 2009). Þeir bregðast illa við áreiti sem kemur út einsog um undalegheit sé að ræða en slík hegðun á sjaldan við um einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun. Einstaklingar í klasa B eru að jafnaði dramatískir, tilfinningasamir og á tíðum reikulir í hegðun. Í klasa B eru andfélagsleg (e. anti-social), jaðar (e. borderline) og sjálfisdýrkunar (e. narcissistic) persónuleikaröskun. Einkenni andfélagslegrar persónuleikaröskunar eru ábyrgðarleysi, hvatvísi og tilfinningaleysi. Algengt er að einstaklingar með þessa röskun telji sig hafna yfir annað fólk og að reglur samfélagsins eigi ekki við um það (Bowers, 2002). Þeir brjóta á rétti annarra sér til gamans á meðan aðsóknar persónuleikaraskaðir einstaklingar gera það til þess að hefna sín. Í fangelsi og á réttargeðdeildum er andfélagsleg persónuleikaröskun að samgreinast hvað mest með aðsóknar persónuleikaröskun (Carroll, 2009). Einkenni jaðar persónuleikaröskunar eru óstöðugleiki í hegðun, skapi, tilfinninga samböndum og í sjálfsmýnd. Sjálfaskaðandi hegðun er algeng og einnig misnotkun á löglegum og ólöglegum lyfjum. Algengt er að þróa með sér kvíðatengda hegðun og reiði sem líkist einkennum aðsóknar persónuleikaröskunar undir erfiðum aðstæðum (Carroll, A. 2009). Einkenni sjálfisdýrkunar persónuleikaröskunar eru ofurtrú á eigið ágæti, hugmyndir um mikinn frama í lífinu og stöðug ásækni í athygli fólks sem er andstæða aðsóknar persónuleikaröskunar. Undir miklu álagi og stressi geta aðstæður ýtt undir tortryggiseinkennum aðsóknar persónuleikaröskunar (Carroll, A. 2009). Einstaklingar í klasa C sýna af sér kvíðatengda hegðun. Dæmi um slíkt er hræðsla við að verða eitt, vantraust á aðra og hræðsla við alla höfnun. Undir klasa C flokkast hliðrunar (e. avoidant), hæðis (e. dependant) og áráttu-þráhyggju persónuleikaröskun (e. obsessive-compulsive). Aðeins ein röskun í klasa C hefur samgreiningu við aðsóknar persónuleikaröskun en það er hliðrunar persónuleikaröskun. Einkenni hliðrunar persónuleikaröskunar eru félagsfælni, vantraust til annarra og hræðsla við höfnun. Algengt er að einstaklingar með þessa röskun einangri sig frá samfélagslegum athöfnum utan innsta fjölskylduhrings, þau tjá sig lítið vegna hræðslu um að vera dæmd af öðrum og eiga erfitt með að mynda ný tengsl (Bowers, 2002). Hliðrunar og aðsóknar raskanirnar eiga vantraust á aðra sameiginlegt en munurinn er sá að hliðrunar raskaðir trúa því að þeir sjálfir geti ekki staðið sig gagnvart öðrum á meðan aðsóknar raskaðir beina ábyrgðinni á aðra (Carroll, 2009) Algengi á stór-Reykjavíkursvæðinu er 5,3% (Eiríkur Línadal og Jón G. Stefánsson, 2009). Um helmingur einstaklinga með aðsóknar

persónuleikaröskun samgreinast með aðra geðröskun einhvern tímann á lífstíðinni. Hér að neðan kemur upptalning á þeim helstu.

Aðrar samgreiningar

Aðsóknar persónuleikaröskun á það til að samgreinast með kvíðaröskunum. Góð greining á þó að geta aðgreint kvíða frá megin einkennum aðsóknar persónuleikaröskunar. Oft er skörun við kvíðaraskanir einsog félagsfælni (e. Social phobia) og félagskvíða (e. Social anxiety) en báðar þessar raskanir tengjast því að draga sig úr félagslegu umhverfi og að óttast hvað öðrum þykir um mann. Munurinn er að einstaklingar með aðsóknar persónuleikaröskun halda að aðrir munu gera lítið úr sér viljandi (Carroll, 2009; Reich og Braginsky, 1994).

Þunglyndis og aðsóknar einkenni eiga það til að greinast saman. Það gerist á þann hátt að þessum einstaklingum þykir upplifun annarra á þeim sjálfum vera verðskulduð. Ef líkindi eru á slíkri samgreiningu þarf að sinna einkennum þunglyndis fyrst áður en að einstaklingurinn er greindur með aðsóknar persónuleikaröskun (Carroll, 2009).

Almennt eru ranghugmyndir erfiðar að greina. Þær eru skilgreindar sem samfelldar vægar hugmyndir um umhverfi sitt sem ekki er fótur fyrir, án þess að einkenni geðrofs sé til staðar (Carroll, 2009). Munurinn á aðsóknar persónuleikaröskun og ranghugmynda röskuninni er sú að aðsóknar persónuleikaraskaðir trúá sínum hugmyndum um aðra ekki til fullnustu á meðan einstaklingar með ranghugmynda röskun trúá því staðfast (Skodol, 2005). Þessar tvær raskanir eru þó það líkar að ekki hefur tekist að greina á milli þeirra með erfðafræðilegum rannsóknum en ástæðan er talin vera tenging þeirra við geðrofssjúkdóma. Líklegra er að einstaklingar með ranghugmyndaröskun séu ekki sjálfráðir gerða sinna þegar þeir brjóta af sér (Cardno, 2006). Að því leyti er vert að hafa í huga hvora röskunina þeir einstaklingar sem greindir hafa verið með aðsóknar persónuleikaröskun eru með, og þá sér í lagi þeir sem eru í fangelsum og á réttar og öryggisgeðdeildum (Carroll, 2009).

Geðklofi hefur oft verið tengdur við aðsóknar persónuleikaröskun þó svo að munurinn sé tenging geðklofa við geðrofsástand. Aðrar raskanir sem að hafa tengingu við geðrof og tengjast aðsóknar persónuleikaröskun eða einkennum hennar eru *chronic organic psychosis* einsog þeir sem að þróast við hrörnunarsjúkdóma eins og elliglöp (Carroll, 2009). Einkenni sem að koma við ofneyslu lyfja og eiturlyfja og einkenni sem einstaklingar verða fyrir þegar þeir eru að upplifa sálræn átök (Carroll, 2009; Miller, 2001).

Sálrænir þættir

Skilningur á hugsun og hegðun aðsóknar er grundvöllur þess að meðferðaraðilar geti greint og hjálpað einstaklingum sem greinast með aðsóknar persónuleikaröskun. Ekki er aðeins einn þáttur ráðandi þegar lítið er til greiningar heldur eru það samspil hugrænar getu, hegðunar og

umhverfisþátta og félagslegs bakgrunns og atvinnu (Carroll, A. 2009). Í einstaklingum með aðsóknar persónuleikaröskun er það ríkt að vera með persónubundna ytri skekkju (e. external attributional bias) sem felst í því að öðrum einstaklingum er kennt um neikvæða atburði í lífi þeirra í staðinn fyrir að taka ábyrgð á þeim sjálfir (Bentall, 2006). Þar af leiðandi er eitthvað undirliggjandi í eigin fari, eins og veik sjálfsmynd sem vinna má með.

Aðstæður sem að vekja upp umhverfistengda þætti krefjast meiri hugrænnar getu en þegar verið er að vinna með hugrænar skekkjur. Þegar flæði upplýsinga er mikið að þá er aðsóknar hegðun viss varnarháttur fyrir einstaklinginn gagnvart flóðinu og viðbrögðum annarra gagnvart honum (Gilbert, 1988). Bæði heilaskemmdir (Munro, 1988) og slæm heyrn (Thewissen, 2005) eru talin tengjast löskun í upplýsingaskynjun einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun (Carroll, A. 2009).

Tilfinningar og félagsleg skynjun hafa verið tengd miklum félagslegum kvíða sem veldur því að viðkomandi á erfitt með að lesa í tilfinningar annarra sem og félagslegar aðstæður (Kinderman, 1998). Áður fyrr var þetta talið tengjast einhverfu (e. autism) (Carroll, 2009). Þessir erfiðleikar geta komið fram ef viðkomandi fær ekki „læk“ á status á facebook frá vinum og ættingjum að þá er þeim illa við hann. Þetta fyrirbæri kallast ætlunar skekkja (e. intentional bias) þar sem að einstaklingurinn les ranglega í og túlkar hegðun og áætlanir annarra rangt (Carroll, 2009; Garety, 1999).

Það eru vissar félagslegar aðstæður sem talið er að ýti undir aðsóknarhegðun hjá þessum einstaklingum. Slíkar aðstæður ýta undir slæma sjálfs meðvitund sem svo ýtir undir hegðun sem skaðar út frá sér. Svörunin sem einstaklingurinn fær við þessari skaðandi hegðun ýtir svo aftur undir slæma sjálfsmeðvitund. Dæmi um slíkar aðstæður eru að finnast maður öðruvísi en aðrir í hópnum vegna kyns eða litarháttar og finnast maður vera undir samfelldri smásjá frá öðrum og finnast maður ekki vita hvaða hlutverki maður hefur að gegna (Carroll, 2009).

Aðrar aðstæður sem geta haft áhrif á aðsóknar hegðun eru skyndilegur félagslegur missir eða einangrun, skyndileg truflun á samfélagsmiðlum, skortur á skynjun eins og skyndilegt heyrnar/sjónleysi og valdleysi yfir sjálfum sér og öðrum (Carroll, 2009; Haynes, 1986).

Séu hugrænir, hegðunar og samskipta þættir skilyrtir getur það leitt til þess að einstaklingur með aðsóknar persónuleikaröskun eigi erfiðara með að ná bata. Hér koma mýtur sem þessi einstaklingur getur trúað að séu réttar; það er hægt að finna sönnun fyrir því að einhver, einhvern tímann sé að reyna að ná sér niður á mér og þess vegna hef ég rétt fyrir mér alltaf þegar ég held að einhver sé að reyna að ná sér niður á mér. Góð hegðun annarra

gagnvart mér er „frontur“ (e. front) eða falsheit. Það er erfitt að sannreyna hið gagnstæða og ef það eru ekki sönnur fyrir framhjáhaldi maka að þá er hann að fela sönnunargögnin.

Einstaklingar með aðsóknar persónuleikaröskun eru félagslega tilbaka en þegar þeir eru í félagslegum aðstæðum eru þeir varir um sig og grunnsamlegir. Aðrir geta hræðst að nálgast þá sem getur orðið kveikja í að hinn aðsóknar raskaði verði fyrir aðkasti (Mullen, 2006). Einstaklingar sem eru félagslega tilbaka eiga það til að sjá heiminn í gegnum rörsýn. Þannig eiga þeir í erfiðleikum að læra að fólki er almennt treystandi (Carroll, A. 2009).

Hætta á og ástæður ofbeldis

Einstaklingur með aðsóknar persónuleikaröskun á það til að líta á hegðun annarra sem ógnandi. Vegna þessa á hann að hætta að verða beittur eða valdur af ofbeldi. Beiting og að verða fyrir ofbeldi á unglingsárum er vísbending um áframhaldandi ofbeldi á fullorðinsárum (Johnson, 2000). Snöggar skapbreytingar eru sagðar tengjast ofbeldishegðun en aðeins undir aðstæðum þar sem kveikjan kemur frá öðrum aðila og ber að hafa í huga að einstaklingar með einkenni aðsóknar eru með lágan þröskuld (Bettencourt, 2006). Einkennin ýta svo undir líkurnar á líkamlegu ofbeldi (Johnson, 2000) en tortryggni gagnvart tryggð og hlýju getur leytt til ofbeldishegðunar að einhverju tagi (Carroll, A. 2009; Mullen, 2006).

Aðsóknar raskaðir skynja umhverfi sitt mun meira ögrandi en það í raun er og sjá því heiminn sem ógnandi stað. Lítið sjálfsálit þeirra og ögrun gegn félagslegri stöðu getur valdið því að lítið þurfi til að viðbrögð verði harkaleg og ofbeldisfull. Grunnsemdir um væntanlegt ofbeldi, erfiðleikar með að gleyma misgjörðum annarra og að vera í sífellu í nöp við aðra eru þættir sem geta leitt til ofbeldis (Anderson, 2002; Carroll, A. 2009).

Samgreiningar við aðra kvilla auka oft hættuna á ofbeldi hjá einstaklingum með aðsóknar persónuleikaröskun. Aðsóknareinkenni eins og að sjá ógn af öðrum, í bland við andfélagsleg einkenni eins og að vilja skaða aðra sér til ánægju, er áhyggjuefni (Blackburn, 1999). Einnig er það umhugsunarvert þegar mikil geðrofseinkenni eins og ranghugmyndir, lundaröskun eins og skapofsa og kvíða raskanir tengjast við einkenni aðsóknar röskunar en það getur lækkað þröskuld fyrir ofbeldishegðun til muna (Hodgins, 2003). Að lokum hafa fundist tengsl milli aðsóknar röskunar og eltihegðunar (e. stalking), hótana og einkennilegra kvartana (Carroll, A. 2009).

Meðferðarumhverfi

Talið er að um 1 af hverjum 20 nái greiningarskilmerkjum fyrir einhverja persónuleikaröskun samkvæmt DSM-V á lífstíðinni og margir þeirra einstaklinga komast ágætlega af án þess að leita sér aðstoðar á geðdeildum. Þeir einstaklingar sem það gera hljóta aðstoð við henni í formi meðferðar á eða utan geðsjúkrahúsa. Mun færri brjóta af sér á þann

hátt sem að gera þá einstaklinga gjaldgenga á lokuðum réttar og öryggisgeðdeildum eða í fangelsum. Flestir af þeim eru því ekki eingöngu með persónuleikaröskun sem greiningu heldur oftast með samgreiningu við aðra alvarlegri geðsjúkdóma (Bower, 2002).

Eins og að ofan hefur verið rakið er megin markmið ritgerðarinnar að sjá hvaða meðferðanálgun virkar hvað best í meðferð einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun. Rakið hefur verið saga, einkenni og greiningarskilmerki röskunarinnar en hér að neðan kemur yfirlit þeirra þjónustu á Íslandi sem veitt er einstaklingum með geðsjúkdóma, þar með talið einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun. Vegna þess hversu heimildir í þessum málaflokki eru af skornum skammti að þá er stuðst af einhverju leiti við munnlegar heimildir og heimasíður þeirra stofnanna sem fjallað er um auk þeirra fáu greina sem birtar hafa verið um árangur meðferða við aðsóknar persónuleikaröskun.

Fangelsismálastofnun

Samkvæmt ársskýrslu fangelsismálastofnunar fyrir árið 2013 voru 1645 dómþolendur á Íslandi, af þeim voru 821 sem að hlotið höfðu óskilorðsbundinn dóm að einhverju tagi. Þar af voru 19,5% (N=162) í afplánun fyrir utan tvo sem að voru í rafrænu eftirliti. Sama ár voru 210 dögum eitt í afplánun á sjúkrahúsum og skyldum stofnunum miðað við 685 dögum árið 2012 (Fangelsismálastofnun, e.d.).

Á Íslandi eru starfandi sex fangelsi undir hatti Fangelsismálastofnunar. Þau eru fangelsið að Litla-Hrauni, Kvennafangelsið að Kópavogsbraut 17, Hegningarhúsið í Reykjavík, Sogn og fangelsið á Akureyri (Fangelsismálastofnun ríkisins, e.d.) Mörg þessara fangelsa eru komin til ára sinna og því möguleiki til að veita skjólstæðingum viðunandi þjónustu. Viðtalsrými eru lítil og mörg hver illa hljóðeinangruð, sumstaðar er engin aðstaða til viðtala og þannig notast við aðra staði, eins og fangaklefa undir þá starfsemi (Sólveig Kjærnested, munnleg heimild, 13. febrúar 2015).

Grunnþættir eins og aðstaða til þess að vinna verkin vel getur haft áhrif á meðferð fanga og samband hans við meðferðaraðila. Einstaklingar með aðsóknar röskun gætu sett út á að það sé verið að hlera þá og haft nokkuð til síns máls ef veggir eru þunnir. Einnig geta þrengsli haft sitt að segja ef traust við aðra er ekki mikið (Sólveig Kjærnested, munnleg heimild, 13. febrúar 2015).

Samkvæmt heimasíðu Fangelsismálastofnunar (2015) er meðferð í fangelsum veitt af tveim sálfræðingum sem starfa hjá Fangelsismálastofnun. Þeir veita föngum allhliða sálfræðiþjónustu í formi ráðgjafar og samtalsmeðferðar. Samtalsmeðferðin byggir á viðtalstækni sem felst í því að einstaklingurinn tekur ákvörðun um að skuldbinda sig til að breyta hegðun sinni. Sálfræðiviðtöl við fanga er stærsti hlutinn af starfi sálfræðinga og er

eftirspurnin mikil. Veitt eru allt að 25-30 viðtöl á viku. Hugræn atferlismeðferð (HAM) er mikið notuð en þar er skjólstæðingi hjálpað við að skoða hugsanir sínar á kerfisbundinn hátt og hvernig hegðun hans og líðan tengjast. Skjólstæðingum eru svo kenndar leiðir til að breyta hugsunum og hegðun til að hafa áhrif á sína eigin líðan. Þjónustan er allhliða og er veitt ýmis konar ráðgjöf og meðferð við vandamálum einsog afbrotahegðun. Skjólstæðingum er boðið uppá áframhaldandi meðferð eftir afplánun dóms (Fangelsismálastofnun, e.d.).

Samkvæmt Sólveigu (munnleg heimild, 13. Febrúar 2015) eru uppi hugmyndir að í nýju fangelsi á Hólsheiði verði sér álma þar sem að einstaklingar með geðsjúkdóma hafi athvarf. Slík álma gæti þannig komið til móts við þá fanga sem eiga við undirliggjandi sjúkdóma að stríða. Þannig væri fyllt upp í gat sem að myndast hefur í meðferðarúræðum á Íslandi er tengjast veikum föngum sem ekki fremja glæpi í geðrofsástandi, þ.e. glæp sem framinn var vegna veikinda (Almenn hegningarlög, 19/1940). Að öðru leiti er því ekki boðið uppá sértæka meðferð fyrir persónuleikaraskaða fanga því greining slíkra raskana er flókin og hún tengd öðrum geðsjúkdómum, þar með talið persónuleikaröskunum. Slík deild á Hólsheiði gæti þannig orðið til bóta við þá þjónustu sem að geðheilbrigðiskerfið og Fangelsismálastofnun veita héraendis.

LSH

Á geðsviði LSH er starfræktar fjórar móttökugeðdeildir, ein fíknigeðdeild, fjórar endurhæfingageðdeildir og svo réttar og öryggisgeðdeildirnar. Hver og ein þessara deilda hafa mismunandi hlutverki að gegna og mismunandi hópur fólks sem að sækir þjónustu á hverja deild (LSH, e.d.). Á Sjúkrahúsinu á Akureyri er einnig starfræk geðdeild (FSHA, e.d.). Einsog staðan er núna að þá þjónustar geðsvið Landspítalans alla þá er þurfa á geðheilbrigðisþjónustu að halda í Íslandi. Í þessari ritgerð verður lögð áhersla á umfjöllun um réttar og öryggisgeðdeild en hafa ber í huga að samskipti þessara deilda er mikið við aðrar geðdeildir landspítalans því þær þjónusta einstaklinga með geðsjúkdóma, persónuleikaraskanir og í einhverjum tilfellum fanga með slíka kvilla, eins og fjallað er hér um.

Réttar og öryggisgeðdeild á Kleppspítala

Áður en réttargeðdeild opnaði að Kleppspítala í árslok 2011 hafði hún verið starfrækt að Sogni í Ölfusi frá árinu 1992 með misgóðum árangri undir stjórn Sjúkrahússins á Suðurlandi (Páll Matthíasson, 2012). Árið 2009 var réttargeðdeild á Sogni sem þá var undir Fangelsismálastofnun færð undir handleiðslu Landspítala háskólasjúkrahús sem gerði það að verkum að aðbúnaður sjúklinga batnaði til hins betra. Aðgengi sjúklinga varð þannig betri að fleira fagfólki úr heilbrigðiskerfinu og háskólasamfélaginu, meiri nálægð var við nána

ættingja og einstaklingar útskrifast á þeim stað sem að útskriftarferli fer fram, á höfuðborgarsvæðinu (Páll Matthíasson, 2012). Réttar og öryggisgeðdeild skiptist þannig að á réttargeðdeild koma einstaklingar sem dæmdir hafa verið ósakhæfir á meðan sakhæfir dvelja á öryggisgeðdeild en þar er betri aðstaða. Það gerir það að verkum fyrir að hægt er að útiloka þætti sem valda aðsóknarhegðun innan stofnunar einsog að það heyrir á milli herbergja og að viðtölin fari ekki fram inná herbergjum einstaklinga eða í klefum fanga vegna plássleysis. Þannig er hægt að einbeita sér að einkennum sjúkdómsins, sem til eru komin vegna t.d, ranghugmynda (Sólveig Kjærnested, 2015). Ný deild á Kleppi er stærra og þannig hægt að aðskilja sjúklinga betur sem veldur því að öryggi sjúklinga og starfsmanna er betra (Páll Matthíasson, 2012). Einnig bendir Páll Matthíasson (2012) á að kostnaður við rekstur deildarinnar er um fimmtungi ódýrari sem gæti gefið aukið rými til að eyða fjármunum í lengri og kostnaðarsamari meðferðir sem þörf virðist vera á fyrir einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun sem og aðrar erfiðar geðraskanir (Allison og Gumpert, 2015). Nálægð við aðrar deildir á Kleppi sem og þær deildir sem eru á geðdeildinni á Hringbraut valda því að hægt er að fylgjast mun nánar með gæðum þjónustunnar sem notast er við (Páll Matthíasson, 2012). Þannig er á sama hátt er hægt að hraða inngripi á breyttri þjónustu við sjúklinga ef á þarf að halda. Náðin við aðrar deildir skapar einnig aðhald og möguleika á að fylgjast náið með gæðum þjónustunnar (Páll Matthíasson, 2012). Eins og að ofan hefur komið fram að þá þjónustar LSH einnig að mestu leyti bæði fanga ofan á þá þjónustu sem svo veitt er á geðdeildum spítalans.

Samkvæmt viðtali við Guðmund Sævar Sævarsson deildarstjóra réttar og öryggisgeðdeildar og Jón Snorrason hjúkrunarfræðing (munnleg heimild, 8. Janúar 2015) þá er stuðnings og hugræn atferlismeðferð sú viðtalsmeðferð sem veitt er á þessum deildum fyrir utan þá meðferð sem að geðlæknar veita.

Hugræn atferlismeðferð

Hugræn atferlismeðferð skiptist í tvo þætti. Í fyrsta lagi er verið að reyna að breyta hugarfari einstaklingsins sem veldur einkennum þess sjúkdóms sem hrjáir hann og hinsvegar er verið að reyna að breyta þeirri hegðun sem að veldur einkennunum. Í hugræna þætti meðferðarinnar vinnur meðferðaraðili með einstaklingi að því að greina hvaða hugsanir og tilfinningar það eru sem að stuðla að aukningu einkennanna. Þeir ræða svo þessar hugsanir með það að markmiði að draga úr hugsununum, sem eru oftast neikvæðar og minnka þannig einkennin (Beck, 2011).

Í atferlis þætti meðferðarinnar vinnur meðferðaraðili að því að þjálfva einstaklingin í því að vinna gegn þeim umhverfis og líkamsáreitum sem valda einkennunum. Þannig lærir

einstaklingurinn að taka eftir og takast á við þau áreiti sem að tengjast einkennunum. Þegar aðstoðað er við umhverfisáreiti er einstaklingnum hjálpað að taka eftir því í hvaða umhverfi aukning verður á neikvæðum einkennum og honum kennt að forðast það þau. Síðar meir er honum kennt að takast á við umhverfið í nokkrum þrepum, þar til að það veldur ekki óþægindum. Meðferðaraðili sendir einstaklinginn oft heim með heimavinnu. Þar skráir hann niður hvaða aðstæður valda honum óþægindum, hvaða líkamlegu einkenni hann finnur fyrir og hvernig honum líður og farið yfir listann í næsta viðtalstíma. Einnig er einstaklingurinn látinn gera æfingar heima sem hjálpa honum að horfast í augu við óþægilegar aðstæður (Beck, 2011; Alexis o. fl, 2011).

The Bröset Violence Checklist (BVC, Bröset skali).

Á almennri vakt notast starfsfólk við Bröset matskalann sem þekktur er í geðhjúkrun til að meta hegðun einstaklinga. Skalinn mælir rugling, þirring, óróleika, munnlega og líkamlega ógn sem og ofbeldi. Einstaklingur sem skorar á tveim eða fleiri hlutum skalans er líklegur til að sýna af sér ofbeldi innan næstu 24 klukkustunda. Hræðsla við ofbeldi frá sjúklingi getur valdið skekkju í mælingu og komið niður á þeirri þjónustu sem hjúkrunarfræðingar bjóða uppá á geðdeildum. Að öðru leyti þykir skalinn vera áreiðanlegur og þykir hafa fest sig vel í sessi sem fyrirbyggjandi mælitæki gegn ofbeldishegðun (Almvik, 2000).

Meðferðarsambandið og meðferðir

Einsog að ofan hefur verið rakið eru fáar rannsóknir sem gerðar hafa verið á meðferðum tengdum aðsóknar persónuleikaröskun. Flestar hafa þær verið gerðar á persónuleikaröskunum sem heild með áherslu á jaðar og andfélagslega persónuleikaröskun. Sökum þessa eru þær meðferðir sem að fundist hafa ekki einvörðungu gerðar með meðferðarheldni á aðsóknar persónuleikaröskun í huga en eru engu að síður útgangspunktur sem notast má við því að aðsóknar persónuleikaröskun hefur víðtæka samgreiningu við aðrar raskanir. Bæði hérlendis og í Bandaríkjunum er hugmyndafræði í gangi sem að kallast *heildræn heilbrigðisnálgun* en það felur í sér að meðferðir eru sérsniðnar að sjúklingum en ekki öfugt. Það besta er tekið úr þeim meðferðum sem hafur sýnt sig að virki og aðrir þættir einsog hreyfing, inntöku vítamína, trú og annað sem að einstaklingurinn hefur áhuga eða trúir á, og það notað sem hluti af meðferðinni. Hér að neðan er yfirlit þeirra meðferða sem að reynst hafa vel við persónuleikaröskunum og verða þær skýrðar út með aðsóknar persónuleikaröskun að leiðarljósi.

Í byrjun meðferðar

Eins og áður hefur komið fram hefur illa gengið að finna sálfræði meðferð sem hentar á aðsóknar persónuleikaröskun. Engar tilrauna rannsóknir hafa verið gerðar og margir telja að röskunin sé jafnvel ólæknanleg (Bateman, 2004; Carroll, 2012). Líta ber til samgreininga við aðrar raskanir og sjúkdóma og eru gott að hafa eftirfarandi punkta til hliðsjónar um hvað skal stefna að sem langtíma markmið í meðferðum á aðsóknar persónuleikaröskun (Carroll, 2012). Einstaklingurinn þarf að taka eftir og samþykkja eigin vanmátt. Hann þarf að byggja upp sjálfsvirðingu og traust á aðra og hann þarf að tala um það sem hrjáir hann í stað þess að láta reiði sína bitna á öðru fólki. Hafa ber í huga að meðferð á aðsóknar persónuleikaröskuðum einstaklingum tekur langan tíma og má gera ráð fyrir því að árangur sjáist ekki fyrr en eftir 12 mánaða meðferð hið fyrsta (Bateman, 2004).

Samband meðferðaraðila og skjólstæðings er einn mikilvægasti þátturinn þegar kemur að meðferðarheldni einstaklinga með geðraskanir og á það einnig við um einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun sem eiga erfitt með að mynda traust til annarra. (Roth og Fonagy, 2005) Töluverður breytileiki er á meðferðarútkomu sem ekki er rekjanlegur til ólíkra meðferða og skjólstæðinga eða samspil þessara þátta. Spurningin er því hvaða áhrif þjálfun, reynsla og aðferð meðferðaraðila hefur á meðferðarútkomu og afstöðu meðferðaraðilans til meðferðarinnar (Roth og Fonagy, 2005). Þrír þættir voru mikilvægir þegar framlag meðferðaraðila til meðferðarútkomu var skoðað. Valin aðferð eða tækni, persónulegir eiginleikar til að sýna hlýju og samúð og einlægni í samskiptum. Einnig er talið að meðferðaraðili hafi jafn mikil áhrif og nálgunin sem valin er á meðferðarútkomu sjúklings (Roth og Fonagy, 2005).

Beutler og fleiri (2004) fundu út að aldur, kyn og þjóðerni höfðu ekki áhrif á meðferðarútkomu en aðlögunarhæfni skjólstæðings hafði áhrif á meðferðarsambandið og útkomu meðferðar. Lafferty o.fl. (1989) skoðuðu hegðun meðferðaraðilans til sjúklings sinna. Þar kom fram að meðferðir sem stuðluðu að litlum árangri einkenndust af minni samúð meðferðaraðila, minni þátttöku skjólstæðings og meiri stýringu af hálfu meðferðaraðila (Roth og Fogarty). Stein og Lambert (1995) bentu á að lítil tengsl væru á milli reynslu meðferðaraðila og meðferðarútkomu þar sem erfitt var að skilgreina hugtakið „reynsla“. Erfitt var að gera greinarmun á þjálfun og reynslu því nýútskrifaðir meðferðaraðilar tilheyrðu mögulega sama flokk og aðrir meðferðaraðilar með reynslu af meðferðarstarfi (Roth og Fogarty, 2005).

Þegar skoðuð er reynsla meðferðaraðila og brottfall skjólstæðinga úr meðferð kom í ljós að meiri reynsla af sálfræðimeðferðum tengist minna brottfalli einstaklinga með

geðraskanir og þá sérstaklega í sáldýnamískum meðferðum (e. psychodynamic therapy) (Roth og Fogarty, 2005). Þar þótti hærra menntunarstig og klínísk reynsla gefa betri útkomu og meðferðarheldni væri samband skjólstæðings og meðferðaraðila gott. Almennir eiginleikar einsog hlýja og minni væntingar til fólks tengdust bæði meðferðarheldni og árangri sjúklings. Meðferðaraðilar með góða hæfni eru betri í að mæta persónulegum þörfum skjólstæðings með því að víkja frá meðferð sem virkar ekki og reyna nýja, en þeir meðferðaraðilar sem hafa lakari hæfni. Það hentar ekki það sama fyrir alla og því hefur gott innsæi meðferðaraðila góð áhrif á skjólstæðinginn (Roth og Fonagy, 2005). Nýútskrifaðir fagmenn eru móttækilegri fyrir nýjungum að meðferðartækni heldur en þeir sem að hafa mikla reynslu og tengist það því að þeir sem koma utanfrá sjá oft vankantanna betur en þeir sem að hafa verið lengi við.

Einn mikilvægast þátturinn í meðferð er samband meðferðaraðila og skjólstæðings (e. Therapeutic Alliance), Zetzel kom fram með þetta hugtak árið (1956) og hélt því fram að það væri meðvitað samstarf og samkomulag á milli meðferðaraðila og skjólstæðings. Dr. Sigmund Freud undirstrikaði mikilvægi sáttmálans á milli skjólstæðings og meðferðaraðila sem tengir þá saman í sameiginlegu markmiði sem byggir á kröfum ytri raunveruleika skjólstæðings. Meðferðarsamband hefur verið greint í 3 meginflokkar: Að skjólstæðingur skilji að inngripið sé árangursríkt. Að samræmi sé á væntingum beggja aðila varðandi markmið, tímalengd og útkomu meðferðar og að skjólstæðings myndi persónuleg tengsl við meðferðaraðila og að meðferðaraðili sé hlýlegur, næmur og umhyggjusamur (Roth og Fonagy, 2005). Því sterkara sem sambandið er milli meðferðaraðila og skjólstæðings því betri er meðferðarútkoman (Roth og Fonagy, 2005). Jákvæð einkenni meðferðaraðila þurfa að vera hluttekning, hlýja og skilningur, traust og tryggð, að nýta reynsluna, sýna sjálfsöryggi og helga sig meðferðarsambandinu. Ef skjólstæðingur kvíðir náðinni við meðferðaraðilann getur það hindrað gott samband milli aðila og gert ákveðna þætti meðferðarinnar flóknari. Þetta er allt háð þeirri tengingu sem myndast á milli skjólstæðings og meðferðaraðila (Roth og Fonagy, 2005).

Skjólstæðingur sem upplifir breytingar á einkennum strax í upphafi meðferðar er líklegur til að yfirfæra þær breytingar yfir á meðferðarsambandið og meðferðaraðilann. Þannig hafa jákvæðar breytingar á einkennum jákvæð áhrif á meðferðarsambandið og spá mögulega fyrir um áframhaldandi bata. Því er mikilvægt að hafa stjórn á jákvæðum breytingum strax í upphafi meðferðar (Roth og Fonagy, 2005).

Lengd meðferðar fer eftir því hvað kvilla átt er við hverju sinni. Almennt er talið að lengri meðferðartíma þurfi fyrir erfiðari tilfelli og eru 18-20 tímar taldir þurfa að meðaltali en 10-12 tímar að meðaltali fyrir styttri meðferðir við vægari einkennum. Eins og áður hefur

komið fram er ekki hægt að dæma bata hjá aðsóknar persónuleikaröskuðum einstaklingum fyrir en eftir 12 mánuði (Carroll, 2009) en hafa ber þó í huga að hver og einn einstaklingur hefur mismunandi þarfir. Í yfirlitsgrein Verheur og Herbrink (2007) voru skoðaðar fjórar mismunandi meðferðarnálganir á einstaklingum með persónuleikaraskanir í klasa A, B, og C. Nálganirnar voru einstaklingsmeðferð fjarri spítala (e. out patient single therapy), hópmeðferð fjarri spítala (e. out patient group therapy), einstaklingsmeðferð á spítala (e. hospital day therapy) og einstaklingsmeðferð í innlögn (e. inpatient therapy). Fyrir einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun þótti áhrifaríkast að notast við sál-dýnamíska meðferð bæði í einstaklings og í hópmeðferð fjarri spítala til lengri tíma (Verheur og Herbrink, 2007).

Meðferðir við persónuleikaröskunum hafa að mestu verið rannsakaðar sem ein heild í staðinn fyrir að einblína á sérstaka röskun. Erlend hreyfing sem kallast Evidence-based treatment movement (EBT) hefur unnið hart að því að bera saman þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á sálfræðilegum meðferðum við ólíkum persónuleikaröskunum, við venjubundna meðferð (e. Treatment as-usual, TAU) sem boðin er uppá á spítala og veitt af meðferðarteymum (Budge o. fl, 2013). Meðferðirnar sem bornar voru saman við TAU voru psycho-dynamic therapy (PDT), cognitive-behavioral therapy (CBT), dialectic-behavioural therapy (DBT), skema meðferð, acceptance and commitment therapy (ACT), manual-assisted cognitive treatment (MACT), systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS), manualized therapeutic community (TC) og transference-focused psychotherapy (TFP). Samanburðurinn leiddi í ljós að EBT meðferðir einsog þær sem að voru taldar upp sýndu betri meðferðarútkomu en TAU (Budge o fl, 2013).

Svokölluð önnur kynslóð HAM hafa verið að ryðja sér rúms sem sérhannaðar meðferðir við persónuleikaröskunum. Hér að neðan er kynning á helstu meðferðum við persónuleikaröskunum, hvernig þær hafa reynst á geðdeildum og í fangelsum og þær settar í samhengi við aðsóknar persónuleikaröskun.

DBT

Meðferðin sjálf er sett upp í 3. þrep. Fyrsta þrepið, svokallað for þrep (e. pre-treatment), getur tekið allt að 6 mánuðum og er til þess að athuga hvort viðkomandi einstaklingur sé tilbúinn í meðferð. Í byrjun er gerður meðferðar sáttmáli við einstaklinginn þar sem hann gengst undir að vilja breyta hegðun sinni og hefja meðferð. Meðferðaraðili gerir markmiða dagbók með einstaklingnum þar sem markmið meðferðarinnar eru skráð niður. Einnig er einstaklingnum gert að skrá niður hugsanir sem að koma áður og í kjölfar skaðandi og ofbeldisfullrar hegðunar (Tennant og Howells, 2010). Náist þetta stig hefst þrep tvö og sjálf meðferðin getur hafist en hún byrjar með að meðferðaraðili gefur hegðun stig eftir

alvarleika og mikilvægi til að breyta henni. Einstaklingnum eru svo kennd tækni til að breyta hegðun sinni meðal annars með hópmeðferð þar sem kennd er færni einsog núvitund, en þar er einstaklingnum kennt að lifa í núinu þannig að hann taki eftir eigin hegðun og annarra og læri að breyta til betri vegar. Í einstaklingstímum er unnið með hvatningu og að auki eru kenndar frekari útfærslur á þeirri færni sem var kennd í hóptímum. Kennd eru þjálfunarsímtöl þar sem rifjuð eru upp fyrri bjargráð sem að hafa verið kennd áður við erfiðum aðstæðum sem geta komið upp. Að lokum hittist einstaklingurinn með meðferðarteymi til að hnykkja á og finna hvað má bæta í meðferðinni (Dimeff og Linehan, 2001). Í þriðja þrepi sem kallast áfalla þrep (e. trauma-stage) hefur oftast orðið hnignun á þeim markmiðum sem sett voru fram í fyrsta þrepi. Hér er einstaklingnum hjálpað í gegn með viðeigandi bjargráðum einsog núvitund. Í þrepi fjögur er markmiðið að einstaklingurinn hafi sjálfstraust og vilja í að finna og gera breytingar á eigin hegðun með því að byggja ofaná þær breytingar sem þegar hafa orðið.

DBT var upprunalega hönnuð fyrir konur í sjálfsvígshugleiðingum af Linehan árið 1993. Fyrstu rannsóknir sýndu fram á minnkun í alvarleika og tíðni einkenna og einnig fækkun á dögum í innlögn. Einnig hefur meðferðin sýnt fram á minnkandi einkenni reiði og aukinnar félagsfærni (Tennant og Howells, 2010). McCann (2000) fann út að DBT dragi úr einkennum lyndisraskana einsog þunglyndis, einkennum geðrofs og aðsóknarhegðun. Í sömu rannsókn kom í ljós að starfsfólk héldist betur í vinnu þar sem notast væri við DBT á réttargeðdeildum (McCann, 2000). Hafa ber þó í huga að til þess að meðferðin virki sem skyldi í slíkum aðstæðum þarf þjálfun starfsfólks að vera góð sem og að gera þarf ráð fyrir atvikum innan slíkra deilda sem geta verið streituvaldandi og geta vakið upp einkenni eins og t.d. þeim sem að valda aðsóknarhegðun. Í samanburðarrannsókn sem Hadjipavlou og Ogradniczuk (2010) framkvæmdu kom í ljós að einkenni persónuleikaraskana eins og sjálfskaði, streita, þunglyndi og reiði minnkuðu til muna hjá sjúklingum. Einnig dró úr notkun á heilbrigðisþjónustu hjá þeim sem að hlutu DBT meðferð og meðferðaheldni jókst.

Notast var við DBT í 28 vikna færni námskeiði þar sem notast var við gjörhygli (e. mindfulness og unnið í umburðarlyndi og hreinskilni gagnvart öðrum. Að auki var unnið með fyrirgefningu og samúð. Meðferðarinnar sem notaðar eru að mestu á jaðar-persónuleikaraskaða einstaklinga til að draga úr mikilli tilfinningastjórn (e. emotional over-control), hugrænum stífleika (e. cognitive rigidity) og áhættufælni, var yfirfærð yfir á aðrar persónuleikaraskanir þar með talið aðsóknar persónuleikaröskun. Í heildina stóð meðferðin yfir í níu mánuði, þar sem þrjár fyrstu voru vikuleg DBT einstaklingsviðtöl og seinustu sex það sama en færni námskeiðið að auki. Markmiðið var að draga úr hræðslu og fjandskap í

samböndum, þola betur gagnrýni og að taka ákvarðanir í óljósum aðstæðum. Í lok meðferðar dró alveg úr einkennum aðsóknar röskunar, félagsfærni jókst sem og andleg vellíðan sem leiðir í ljós að DBT er nytsamleg fyrir aðrar persónuleikaraskanir en jaðar-persónuleikaröskun (Matusiewicz, 2010).

Skema

Skema meðferð var upprunalega hönnuð fyrir erfið sálræn skemu (e. schemas) sem að HAM réð ekki við. Einstaklingnum er kennt að koma auga á þau og honum hjálpað að finna og nota betri skemu í stað þeirra slæmu. Skemun sem nálgast eru hafa til lengri tíma haft neikvæð áhrif á einstaklinginn og jafnvel alveg síðan úr barnæsku. Þau skekkja bæði hugsanir og tilfinningar og setja stein í götu þeirra í átt að settum markmiðum og betra lífi. Dæmi um neikvæð skemu hjá aðsóknar röskuðum einstaklingi væru fólki er sama um mig, eitthvað slæmt á eftir að henda mig og fleira í þeim dúr. Þó flest skemu þróist útfrá barnæsku að þá lærast sum á fullorðinsárum og getur það einnig haft neikvæð áhrif á hegðun einstaklingsins.

Meðferðin sjálf samanstendur af þremur þrepum. Í fyrsta þrepi eru skemun greind með almennu viðtali og spurningarlista/listum. Í næsta þrepi kemst einstaklingurinn í kynni við tilfinningar sínar og lærir að koma auga á þær í hinu daglega lífi. Í þriðja þrepinu lærir einstaklingurinn að breyta hegðun sinni. Þar er honum kennt að breyta neikvæðum, venjubundnum hugsunum og hegðun með nýjum og heilsusamlegri valkostum.

Í nýlegri rannsókn sem gerð var á Hollenskri réttargeðdeild (Giesen-Bloo o. fl, 2006) á einstaklingum með jaðar persónuleikaröskun kom í ljós að einkenni skjólstaðinga sem að hlutu Schema meðferð minnkuðu til muna. Bamelis og fleiri (2014) báru skema meðferð saman við TAU hjá einstaklingum með aðsóknar, sjálfsdýrkunar, hæðis og annarra persónuleikaraskana í klasa C. Þar kom í ljós að skema meðferð sýndi betri meðferðarheldni, fleiri persónuleikaraskaðir fengu af henni bata sem og eftirfylgni sýndi fram á bætta almenna og félagsfærni hjá þeim sem að luku henni og einnig minni einkenni þunglyndis. Ekki reyndist mælanlegur munur á niðurstöðum eftir persónuleikaröskunum.

Skema meðferð var skoðuð í notkun sem hópmeðferð í samanburðarrannsókn við TAU sem að Hadjipavlou og Ogrodniczuk (2010) framkvæmdu. Sjúklingarnir fengu 30 tíma meðferð sem stóð yfir í 8 mánuði á móti vikulegum TAU. Að auki við skema meðferðina fengu sjúklingarnir æfingu í að taka eftir tilfinningum sínum, einkenna kennslu, reiðistjórnunar námskeið og æfingu í skemabreytingum. Almenn færni þeirra sem að hlutu skema meðferð jókst sem og það dró úr einkennum raskana á meðan samanburðarhópurinn stóð í stað eða einkenni jukust. Af þeim sem að voru með jaðar persónuleikaröskun dró úr einkennum í 98% tilfella á móti 8% í TAU (Hadjipavlou og Ogrodniczuk, 2010). Bernstein

og félagar (2007) ákváðu að aðlaga meðferðina að aðstæðum á geðdeildum og í fangelsum svo hægt væri að nota hana gagnvart fleiri sálrænum kvillum. Fyrsti vandinn sem rekist hefur verið á í upphafi meðferða er magn þeirra neikvæðu skema sem að einstaklingar á réttargeðdeildum og í fangelsum hafa sem gefur til kynna mikið ofbeldi og sálræna kvilla sem tengdir eru æsku þeirra (Bernstein, o. fl, 2007).

CAT

Cognitive analytic therapy (CAT), er blanda af HAM og sál dínamískri nálgun (e. Psychodynamic therapy). Hugsunin er að skoða hvernig fólk hugsar, því líður og hvernig það hegðar sér. Meðferðin er svo klæðskerasniðin að þörfum og markmiðum hvers og eins. Einstaklingurinn lærir leiðir til að hugsa öðruvísi um sjálfan sig, finna útúr því hver vandamálin eru, hvernig þau byrjuðu og hvernig þau hafa áhrif á hans eigið líf. Hann lærir að bæta sambönd við ástvini, vinnuna og er kennt að nálgast það sem hann vill fá út úr lífinu. Einstaklingnum er kennt einkenni sjúkdóms síns og hvernig koma eigi auga á aðstæður úr æsku eða það sem veldur kvillanum og kennt bjargráð hvernig hann getur nálgast vandann. Honum er kennt mikilvægi góðra sálfræðilegra sambanda í lífinu, bæði gagnvart sjálfum sér og öðrum.

Tímalengd CAT meðferða er stillt í hóf en þó að þörfum hvers og eins einstaklings. Almennt eru tímarnir frá 16-24 skipti, 50-60 mínútur í senn, en hversu lengi meðferðin stendur er ákveðið í upphafi meðferðar af skjólstæðingi og meðferðaraðila. Boðið er upp á eftirfylgni frá 1-5 skipti allt eftir þörfum og ákveðið í samráði einsog í byrjun meðferðar (Calvert og Kellet, 2014). Clarke og félagar (2013) báru saman CAT við TAU hjá persónuleikasköðuðum einstaklingum og þar með talið einstaklinga með aðsóknar persónuleikaröskun. Meðferðirnar stóðu yfir 10 mánaða tímabil og hjá þeim sem að fengu CAT meðferð dró úr þunglyndis og kvíða einkennum persónuleikaraskana og meðferðarheldni varð almennt betri. Einstaklingar sem að fengu CAT meðferð töluðu um að þeim liði almennt betur í meðferðinni en þeir sem að voru í TAU.

Umræður

Aðsóknar persónuleikaröskun er sjaldan greind ein og sér. Hún er í flestum tilfellum samgreind með öðrum sálfræðilegum kvillum einsog geðklofa og jaðar persónuleikaröskun. Nútíma sálfræðimeðferðir leggja áherslu á að geta haft víðtæk áhrif á þá kvilla sem þær eru notaðar á og það er gert þannig að þær eru klæðskornar þeim einkennum sem þær eiga að vinna á hverju sinni. Oftast er því ekki aðeins meðferðin sjálf notuð ein og sér, heldur er fundið út hvað annað getur haft áhrif, einsog félagsfærni æfingar, reiðistjórnun, núvitund og jóga og hvað það sem henta þykir við uppbyggingu einstaklingsins.

Engritíma sálfræðimeðferðir eru kostnaðarsamar og sérstaklega þær sem að eiga að taka á einkennum aðsóknar persónuleikaröskunar, þar sem að bati sést ekki oft fyrr en að ári liðnu. Mikilvægt er að einstaklingar með aðsóknarpersónuleikaröskun haldist í meðferð til að meðferð virki. Kostnaður við þjálfun starfsfólks getur verið mikill en þörf. Ofangreindar meðferðir er hægt að kenna ófaglærðum þannig að þeir geti meira látið af sér kveða í vinnu dagsdaglega, og þannig meðferðin ekki aðeins verið í höndum faglærðs aðila. Til þess að virkni meðferðar sé sem árangursríkust inni á stofnun verður mönnum að vera til staðar. Ekki er hægt að halda úti erfiðum meðferðum og ætlast til árangurs ef vandinn er að vera ekki með fjármuni í mönnum starfsfólks en á Íslandi er miðað við lágmarksmönnun á meðan að nággranna þjóðir okkar á norðurlöndum, sem Ísland ber sig saman við, miða oftast við hámarksmönnun á geðdeildum.

Ef kenna á almennu starfsfólki hvernig nota eigi réttu tækin þarf að kenna þeim líka hvernig nálgast beri einstaklinga á geðdeildum og þá með aðsóknar persónuleikaröskun í huga því án meðferðarsambands verður að öllum líkindum engin meðferð sem mun virka. Helst þarf að huga að einkennum og hvernig á að nálgast þau án þess að aðsóknar persónuleikaröskuðum einstaklingi finnist eins og það sé verið að traðka á honum. Mikilvægt er í meðferðarnálgun sé fagleg í nálgun og ekki of mikil vinarlegheit. Markmiðið er bati sem báðir þurfa að vinna að, því þurfa bæði sjúklingur og meðferðaaðili að setja sér ákveðnar vinnureglur. Byggja þarf upp traust samband með sameiginlegri ákvörðunartöku og láta reyna á sjúklinginn, það er muna alltaf að hann er ekki í geymslu heldur í bataferli.

Sé litið til heilbrigðisumhverfisins á Íslandi mættu næstu skref í rannsóknum snúa að því hvaða meðferðir virka á persónuleikaraskanir sem heild. Einnig mæti skoða hvað slíkar meðferðir gætu kostað ríkið og þá bera það saman við þann kostnað sem að ríkið hefur af því að fólk með geðraskanir skorti starfsgetu. Það væri góð hugmynd að skoða og þá jafnvel bæta samskipti milli starfsfólks og sjúklinga á réttargeðdeildum og í fangelsum, með það í huga að bæta starfsumhverfi starfsfólks og meðferðir sjúklinga.

Það hefði verið gagnlegra ef það hefði verið úr meiri rannsóknum að ráða, sem að snúa sérstaklega að meðferðum á aðsóknar persónuleikaröskun. Hinsvegar eru persónuleikaraskanir nú meira skoðaðar sem heild og meðferðir hannaðar með það í huga.

Heimildaskrá

- Agnello, T., Fante, C. og Prunetti, C. (2013). Paranoid Personality Disorder: New areas of research in diagnosis and treatment. *Journal of Psychopathology*, 19, 310-319.
- Allison, G. H. og Gumport, N. B. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: Modifiable barriers to access and possible solutions. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 1-12.
- Almenn hegningarlög* nr. 19/1940.
- Almvik, R. (2000). The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284-1296.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.útgáfa). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, C. A. og Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Bateman, A og Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A., Gunderson, J. og Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
- Bateman, A. W. og Tyrer, P. (2004). Psychological treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 378-88.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy. Basics and beyond*. New York: The Guilford Press. 2. Útgáfa.
- Bentall, R. P. og Taylor, J. L. (2006). Psychological processes and paranoia. Implications for forensic behavioural science. *Behavioral Sciences and The Law*, 24, 277-94.

- Bettencourt, B.A., Talley, A. og Benjamin, A.J. (2006). Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions. A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 132, 751–77.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, og Noble, S. (2004). Therapist Variables. Í Lambert, M. J. (ritstjóri), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (bls. 227-306). New York: Wiley.
- Blackburn, R. og Coid, J. (1999). Empirical clusters of DSM–III personality disorders in violent offenders. *Journal of Personality Disorders*, 13, 18–34.
- Bowers, L. (2002). *Dangerous and Severe Personality Disorders: Response and Role of the Psychiatry Team*. London: Routledge. 1. Útgáfa.
- Calvert, R. og Kellett, S. (2014). Cognitive analytic therapy: A review of the outcome evidence base for treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, 87(3), 253-277.
- Cardno, A.G. og McGuffin, P. (2006). Genetics and delusional disorder. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 257–6.
- Carroll, A. (2009). Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(1), 40-48.
- Chadwick, P.D. J., Trower, P. og Juusti-Butler, T.M. (2005). Phenomenological evidence for two types of paranoia. *Psychopathology*, 38, 327–33.
- Costa, P. T. og McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources: Professional Manual. Odessa.
- Dimeff, L. og Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.

- Eiríkur Líndal og Jón G. Stefánsson. (2009). Tíðni persónuleikaraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið*, 179-184.
- Esterberg, M. L., Goulding, S. M. og Walker, E. F. (2010). Cluster A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal of Psychopathological Behaviour Assessment*, 32, 515-528.
- Falkum, E., Pedersen, G. og Karterud, S. (2009). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, paranoid personality disorder diagnosis: a unitary or two-dimensional construct? *Coprehensive Psychiatry*, 50(6), 533-541.
- Fangelsismálastofnun. (e.d.). *Fangelsi ríkisins*. Sótt 1. mars 2015 af <http://www.fangelsi.is/fangelsi-rikisins/>
- Garety, P.A. og Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-54.
- Gilbert, D. T., Pelham, B. W. og Krull, D. S. (1988). On cognitive busyness. When person perceivers meet persons perceived. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 733-40.
- Gylfi Ásmundsson.(1999). Persónuleikaröskun. *Geðvernd*, 28(1), 28-33.
- Guðlaug Þorsteinsdóttir. (1999). Persónuleikaraskanir á geðdeildum, *Geðvernd*. 28(1), 50-53.
- Hadjipavlou, G. og Ogrodniczuk, J. S. (2010). Promising psychotherapies for personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 202-210.
- Haynes, S. N. (1986). A behavioral model of paranoid behaviors. *Behavior Therapy*, 17, 266-87.

- Hodgins, S., Hiscoke, U.L. og Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia. A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 523–46.
- Johnson, J. G., Cohen, P. og Smailes, E. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 157, 1406–12.
- Kinderman, P., Dunbar, R. I. og Bentall, R. P. (1998). Theory-of-mind deficits and causal attributions. *British Journal of Psychology*, 89, 191–204.
- Krueger, R. F., Schmutte, P. S. og Caspi, A. (1994). Personality traits are linked to crime among men and women. Evidence from a birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*; 103, 328–38.
- Lafferty, P., Beutler, L. E. og Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 76-80.
- Landspítalinn-Háskólasjúkrahús (e.d.). Öryggis og réttargeðþjónusta. Sótt 1. mars 2015 af <http://www.landspitali.is/?PageID=15256>.
- Larsen, R. J. og Buss, D. M. (2010). *Personality Psychology Domains of Human Nature*. New York: McGraw Hill Higher Education, 5. Útgáfa.
- Leichsenring, F. og Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, (300), 1551-1565.
- Luborsky, L. og Crits-Christoph (1986). Do therapist vary much in their success?: Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 501-512.
- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. K., Banducci, A. N. og Lejuez, C. W. (2010). The Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy for Personality Disorders. *Psychiatry Clinical North America*, 33(3), 657-685.

- McCann, R. A., Ball, E. M. og Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHP forensic model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456.
- Miller, M. B., Useda, J. D. og Trull, T. J. (2001). *Paranoid, schizoid and schizotypal personality disorders. In The Comprehensive Handbook of Psychopathology*. New Plenum. 3. Útgáfa.
- Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 183–90.
- Mullen, P.E. og Lester, G. (2006). Vexatious litigants and unusually persistent complainants and petitioners: from querulous paranoia to querulous behaviour. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 333–49.
- Munro, A. (1988). Delusional (paranoid) disorders. Etiologic and taxonomic considerations. I. The possible significance of organic brain factors in etiology of delusional disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 171–4.
- Páll Matthíasson. (2012). Framfaraskref: Ný réttargeðdeild. *Læknablaðið*, 4(98).
- Pinel, J. P. J. (2011). *Biosychology*. Boston: Persons Education.
- Ray, A. K. (2012). Do we all have an element of paranoia? *American Psychiatry Journal of Psychological Medicine*, 13(1), 23-27.
- Reich, J. og Braginsky, Y. (1994). Paranoid personality traits in a panic disorder population. A pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 260–4.
- Roth, A. og Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom: A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press. 2. Útgáfa.
- Siever, L. J., Koeningsberg, H. W., Harvey, P., Mitropoulou, V., Laruelle, M., Abi-Dargham, A...Buchsbaum, M. (2002). Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 54(1-2), 157-167.

- Sinacola, R. S. og Peters-Strickland, T. (2012). *Basic Psychopharmacology for Counselors and Psychotherapist*. Boston: Pearson Education. 2. Útgáfa.
- Saulsman, L. M. og Page, A. C. (2002). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1055-1085.
- Skodol, A. E. (2005). *Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity*. In *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Oldham, Skodol og Bender: American Psychiatric Publishing.
- Stein, D. M. og Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Tennant, A. og Howells, K. (2010). *Using Time, Not Doing Time*. Oxford: Wiley-Blackwell. 1. Útgáfa.
- Thewissen, V., Myin-Germeys, I. og Bentall, R. P. (2005). Hearing impairment and psychosis revisited. *Schizophrenia Research*, 76, 99-103.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P. og Siever, L. J. (2015). Paranoid Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 795-805.
- Verheul, R. og Herbrink, M. (2007). The Efficacy of Various Modalities of Psychotherapy for Personality Disorders: A Systematic Review of Evidence and Clinical Recommendations. *International Review of Psychiatry*, 19(1), 25-38.
- Widiger, T. A. (2013). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, 10(2), 103-106.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. og Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, (161), 2108-2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, G. og Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recocery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, (169), 476-483.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zimbardo, P. G., Rothchild, L. og Chelminski, I. (2005). Induced hearing deficit generates experimental paranoia. *Science*, 212(4502), 1529-1531.