

# Rus og antisosial personlighetsforstyrrelse

Hvordan håndtere de «vanskelige» patientenes antisosiale personlighet?

Rus & Psykisk helse 2024

Tore Buer Christensen





*Hvordan håndtere de «vanskelige» pasientenes  
antisosiale personlighet?*

**(Jeg mener) Svaret er:**

1. Kunnskap →
2. Holdninger (et varmt lys)

1. Omfang og forståelse av personlighetsforstyrrelser
2. Om antisosial personlighetsforstyrrelse
3. Ideen om Ruspersonlighet
4. «Håndtering» versus Behandling

# PF er vanlig, men kan utgjøre et alvorlig helseproblem

- Man regner med at 10-12% av befolkningen har såpass store problemer med selvfølelse, egen identitet og forholdet til andre mennesker at det får betydelige sosiale og helsemessige konsekvenser.
- Ca 10 % av befolkningen, 2% alvorlig PF
- 1% Ustabil PF: "De man ser"
- **1% Antisocial PF:** Nå og da, men oftest i rusomsorg og fengsler
- 2-3%: Engstelig / Unnvikende PF. Ofte svært invalidiserende, men gjerne i poliklinikk?
- Ca 50% av pasienter på DPS har PF
- Sannsynligvis underdiagnostisert i vårt system. Generelt brukes bare få av de PF-diagnosene vi har
- De mest alvorlig syke har flere PF, f eks triade unnvikende, antisosial og ustabil PF

# Hva er en «Personlighetsforstyrrelse»?

- Ikke en klart definert sykdom, men et konstrukt
- Inndelt i kategorier med kjennetegn
- Alle må oppfylle de Generelle kriterier:

**Et vedvarende mønster av indre opplevelser og adferd som avviker betydelig fra forventningene i individets kultur.** Dette mønsteret gjør seg gjeldende på minst 2 av følgende områder:

- 1. Tenkning** – dvs måter å oppfatte eller forstå seg selv, andre og hendelser på
- 2. Følelser** / emosjoner (omfang, intensitet, labilitet og avstemthet av følelsesmessig respons)
- 3. Hvordan man fungerer i forhold til andre – Interpersonlig fungering**
- 4. Impulskontroll**

# De ofte underkjente generelle eksklusjonskriterier for PF

- Dette vedvarende mønsteret er rigid og gjennomgående i en rekke personlige og sosiale situasjoner (ikke bare under innleggelsen..)
- Og dette mønsteret fører til betydningsfull lidelse eller funksjonsnedsettelse sosialt, yrkesmessig og ellers
- Mønsteret er stabilt og har begynt **senest i ungdomstiden eller tidlig voksen alder**
- Mønsteret forklares ikke bedre av annen psykisk lidelse
- **Mønsteret er ikke direkte forårsaket av rus/medikamenter eller annen medisinsk tilstand (snakkes om senere)**



# Hvorfor drikker Jeppe?

Folk med klinisk betydningsfulle rusmiddelproblemer har langt hyppigere PF (30-50%) enn den generelle befolkningen.

Hyppigst forekommer Antisosal PF, deretter Borderline

Betydelig større hyppighet hos de med avhengighet – jo mer alv rusmisbruk jo dårligere personlighetsfungering

Karterud, Wilberg, Urnes: Lærebok i Personlighetspsykiatri







## «Ulikt uttrykk – likt problem?»

- 10-20% har rusmisbruk eller avhengighet
- 8-10% har en PF, hvor mange som har begge deler er det usikre tall.
- PF-behandling: ca halvparten med rusproblem...? Trolig et problem at komorbiditet ikke utredes tilstrekkelig på de respektive behandlingsteder («Diagnostiseringsproblemet»)
- 83% av de med ASPD har skadelig bruk (Seivewright & Daly 1997). Svært høye (men varierende i studier) også for BPD
- Problematisk: Langvarig misbruk gir degenerative forandringer – med tilhørende personlighetsendringer



# Fellesfaktorer Rus – PF



- Biologisk sårbarhet spiller sammen med sosial modell
- Relasjoner (jmf Tilknytningsteori)
- De samme negative oppvekstfaktorer «binder lidelsene sammen»
  - Overgrep, psykisk mishandling
- Problemer med Affektregulering/Impulsivitet går igjen både ved ASPD rusmiddelmisbruk (Vansker med Nedregulering av affekter)

# Hva er hva?

- Abstinensreaksjoner følges gjerne av kognitiv svikt som påvirker evne til selvrefleksjon (Dvs vansker med valide svar)
- I SCID-II / SCID 5; tydelig at man skal vurdere faser hos personen der man ikke er preget av pågående symptomlidelse eller rus
- Personlighetsvurdering i rusfri fase?

# Så hvordan utrede?

- Dette er ikke så problematisk at man skal la være (hvilket er langt mer problematisk)
- Må man vente tre måneder? Ikke mulig
- Om man følger pas med rus og PF – og rusen avtar – så viser studier at ikke PF – symptomer avtar i tråd med dette (Verheul 2000)
- Man fraråder i dag å ekskludere pasienter som har rusassosierte symptomer, *fordi man da ekskluderer mange med «reell» PF.*

## De ofte underkjente generelle eksklusjonskriterier for PF

- Dette vedvarende mønsteret er rigid og gjennomgående i en rekke personlige og sosiale situasjoner (ikke bare under innleggelsen..)
- Og dette mønsteret fører til betydningsfull lidelse eller funksjonsnedsettelse sosialt, yrkesmessig og ellers
- Mønsteret er stabilt og har begynt **senest i ungdomstiden eller tidlig voksen alder**
- Mønsteret forklares ikke bedre av annen psykisk lidelse
- Mønsteret er ikke direkte forårsaket av rus/medikamenter eller annen medisinsk tilstand ( snakkes om senere)

# Så: Still diagnose, men husk på:

- SCID blir spesielt krevende
- Supplerende info viktig; intervjuet bør ofte være hypoteseutforskende
- Empirien viser at reliabiliteten hos rusavhengige ikke er dårligere enn andre
- Det samme gjelder under substitusjonsbehandling
- For ASPD spesielle utfordringer; kriteriene er mer omdiskuterte i seg selv enn for andre PF. Argumenteres for å skille antisosiale / kriminelle handlinger; Er de «nødvendige» for å leve som avhengige? Hvordan reflekteres det over egen kriminalitet?



Which personality disorder are you?

### Narcissistic Personality Disorder

- Five or more of the following:
  - Grandiose sense of self-importance
  - Preoccupied with fantasies of unlimited success, power, brilliance, etc.
  - Belief that he or she is "special"
  - Requires excessive admiration
  - Sense of entitlement
  - Interpersonally exploitative
  - Lacks empathy
  - Often envious
  - Arrogant or haughty



Bipolar Disorder vs. Borderline Personality Disorder



TOM the DANCING BUG

by RUBEN BOLLING



# Do you have an... Antisocial Personality Disorder?!!

<input type="checkbox"/> Arrogance; self-esteem derived from personal gain  Part of the beauty of me is that I am very rich.	<input type="checkbox"/> Disregard for right and wrong  Grab them by the p#@%y.	<input type="checkbox"/> Lack of empathy  You gotta see this guy: "Ah, I don't know what I said."	<input type="checkbox"/> Incapacity for intimate relationships  My ideal companion? A total piece of ass.
<input type="checkbox"/> Lack of remorse  I don't ask God for forgiveness because I don't make mistakes.	<input type="checkbox"/> Exploitation of others by deceit  Sign up for Trump University!	<input type="checkbox"/> Repeated lying  I was against the invasion of Iraq.	<input type="checkbox"/> Use of aliases  Hello, this is John Miller. I'm Mr. Trump's publicist.
<input type="checkbox"/> Embellishment when relating events  I was the best baseball player in New York.	<input type="checkbox"/> Frequent angry feelings  Did crooked Hillary help disgusting (check out sex tape) Alicia M...	<input type="checkbox"/> Vengeful behavior  Maybe Captain Khan's mother wasn't allowed to have anything to say.	<input type="checkbox"/> Disregard for obligations  So sue me.

If you checked all these boxes, then you've got an acute psychological disorder that impairs functioning and is a danger to others,

AND you've got what millions of voters and almost all Republican elected officials think it takes to be the most powerful man in the world!



Please report to your local RNC office for duty!

© 2016 R. BOLLING - 1311 - JOIN THE INNER HIVE AT tomthedancingbug.com

### What is BPD?

1. You are extremely afraid of being alone and worry that you will be abandoned or rejected. You sometimes take drastic measures to avoid this.
2. You find it hard to think in shades of grey. Everything and everyone tends to be totally wonderful and perfect or terrible and evil, which can cause relationships to be unstable and intense.
3. You have a severe and persistent unstable sense of identity, e.g. you think drastically differently about yourself depending on who you are with.
4. You tend to impulsively take risks or do things that are self-damaging without thinking about the consequences (not including self-harm/suicide).
5. You recently harm yourself and/or attempt suicide or think about doing so (for example, cutting yourself or overdosing).
6. You frequently have intense emotions that are extremely up and down (e.g. feeling positive one hour and utter despair another). Your emotions are often out of proportion with the situation making your emotions very unstable.
7. You experience intense chronic feelings of emptiness.
8. You experience intense, inappropriate anger or have difficulty controlling anger.
9. In particularly stressful times, you may believe in things that are not real or true (called delusions) or see or hear things that are not really there (called hallucinations). You may become very paranoid and disconnected from reality.

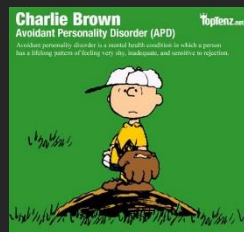


A doctor may diagnose you with borderline personality disorder if you have five or more of these symptoms and if the symptoms have a significantly detrimental and long-standing impact on your everyday life.

www.borderlineart.co.uk

### Schizotypal Personality Disorder

□ Pervasive pattern of social and interpersonal deficits marked by acute discomfort with close relationships as well as by cognitive or perceptual distortions and eccentricities of behavior.



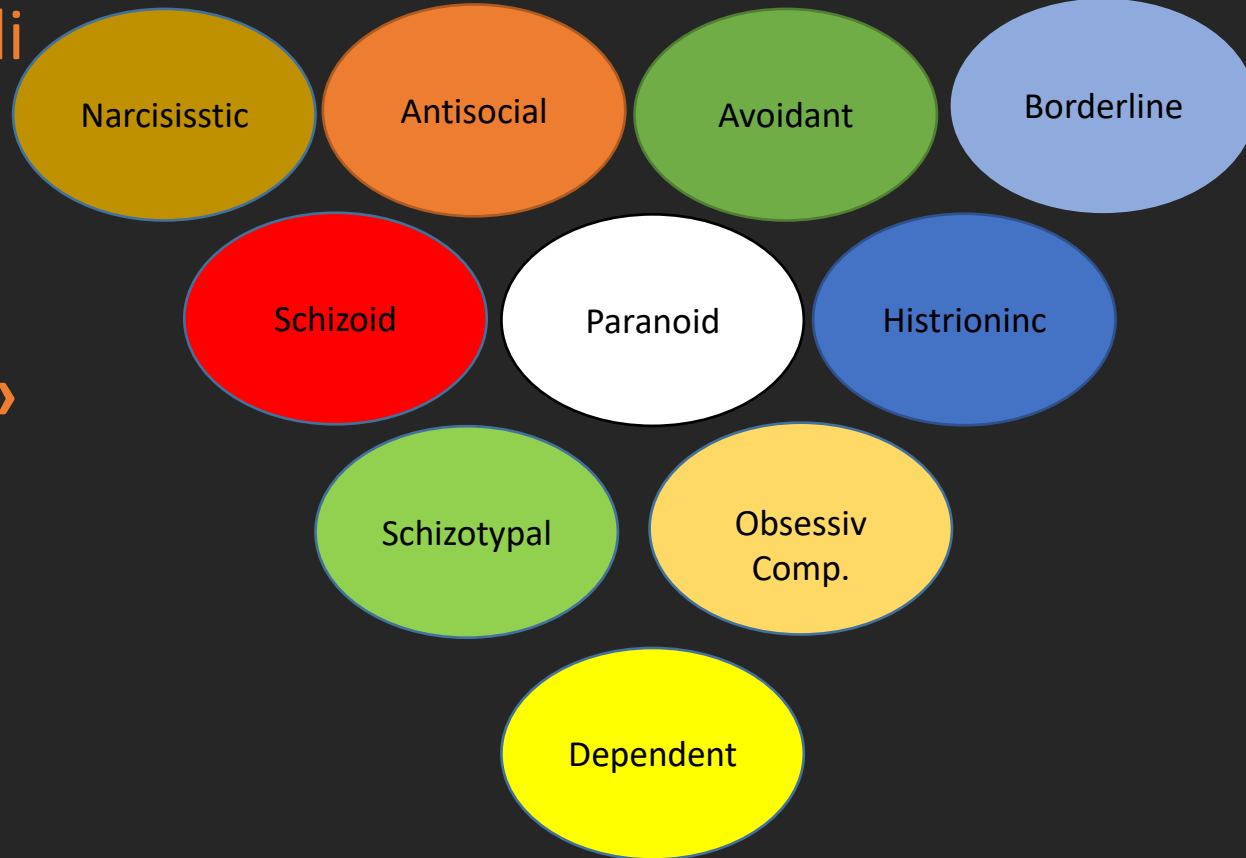
### OBSESSIVE-COMPULSIVE PERSONALITY DISORDER

- OBSESSED WITH:
- ORDERLINESS
  - PERFECTIONISM
  - COMPLETE CONTROL
  - RULES
  - DETAILS
  - SCHEDULES



- Dette kalles et kategorisk system fordi det defineres en rekke kategorier
- I dag ansees dette som avleg;  
**De fleste ser dette som «dimensjoner»**
- Alvorlighet viktigst
- Jo mer alvorlig, jo flere PF har du

### 10 specific categories in DSM:



# Dagens offisielle kriterier ASPF

Gjennomgående manglende respekt for normer og for andre, varighet fra 15 år, og minst 3 av følgende:

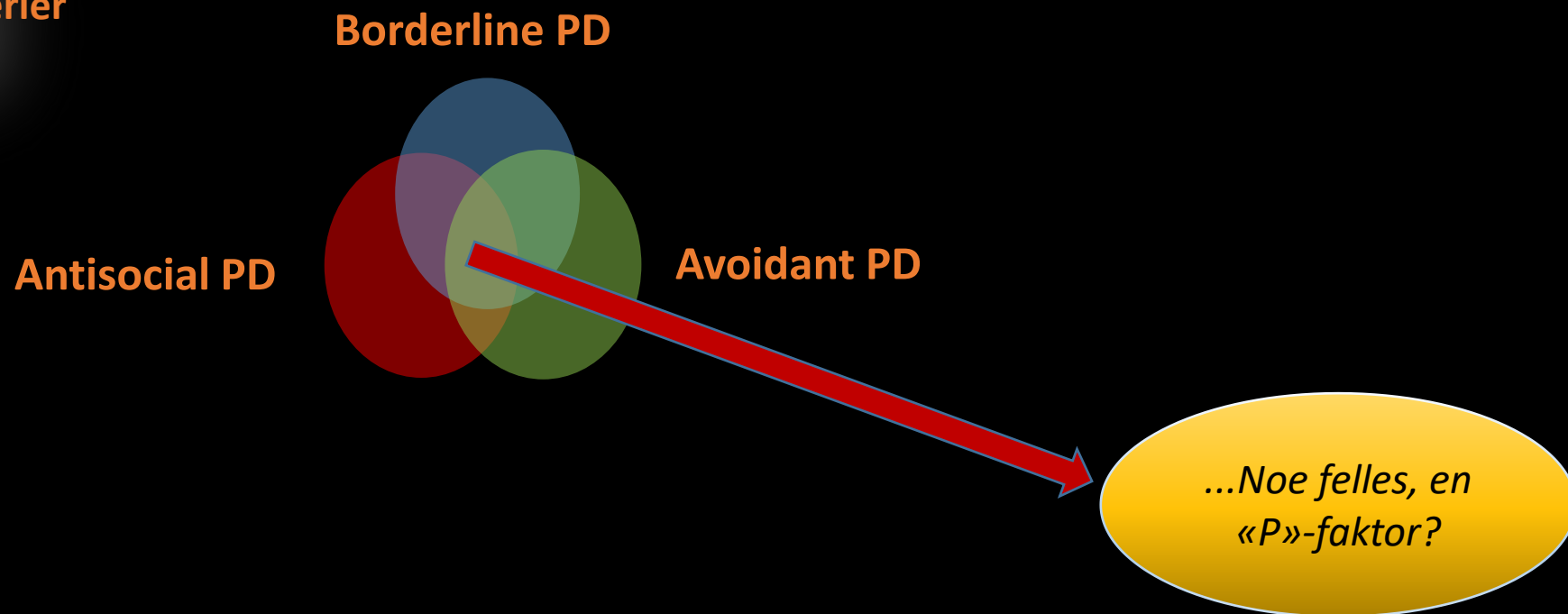
1. Ikke i stand til å følge normer og lover, gjentatte lovbrudd
2. Svikefull, ikke til å stole på
3. Impulsivitet
4. Irritasjon og aggressivitet
5. Respektløs selv og andre
6. Vedvarende uansvarlig
7. Mangelfull anger

Over 18, adferdsforstyrrelse før 15, ikke grunnet annen alvorlig lidelse



# Hvorfor den kategoriske modellen er problematisk

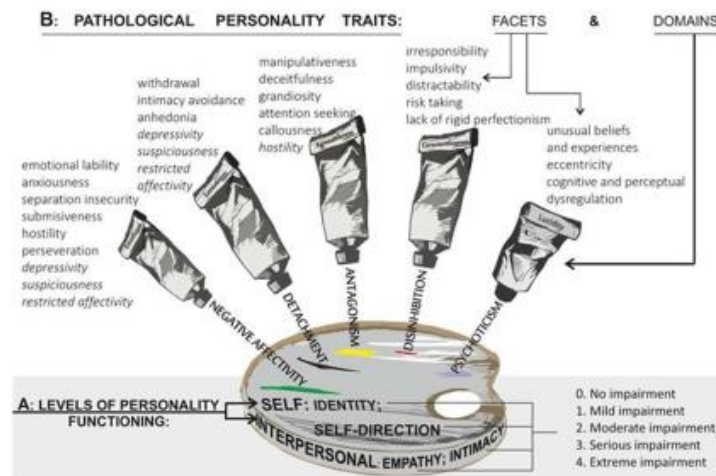
En pasient kan altså fylle kriterier for f eks tre kategorier



# Fremtidens forståelse

## Level of personality Function Scale (LPFS)

- Defines Personality disorders
- Five levels of severity: 0-4
- Self – and Interpersonal component
- Four domains: Identity and Self-direction (Self); Empathy and Intimacy (Interpersonal)
- 12 subdomains



Bibliografisk fra: POPEL, Agnieszka; KESSEL, Eduardo: Personality disorders: A brief historical introduction. Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology, IS 13, n. 1, p. 255-260, feb. 2016. ISSN 2451-4305. Available at: <http://ojs.uopolska.pl/index.php/psych/article/view/8040>. Date accessed: 12 nov. 2023. doi: http://dx.doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-1en

Det som forener

Det som skiller

# Personlighetsfungering helt sentralt; de fire skruer:

## Selvopplevelse:

Din egen selvopplevelse påvirker deg negativt.  
Det kan dreie seg om usikkerhet rundt egen identitet, lavt, vekslende eller tilsynelatende forhøyet selvbilde og selvaktelse.  
Du kan streve med å regulere følelser – slik at det blir for lite eller for mye følelser.

## Målsetninger i livet:

Det kan være vanskelig å sette eller oppnå personlige mål.  
Verdiene som styrer målene dine, kan være utydelige, ustabile eller avvikende.  
Evnen til selv-refleksjon kan være begrenset.

## Innlevelse i andres perspektiver:

Det kan være vanskelig for deg å forstå eller verdsette andres perspektiv eller motivasjon, spesielt når de er forskjellig fra dine egne.  
Du kan også streve med å forstå hvordan andre opplever deg, det du sier eller gjør.

## Nærhet til andre:

Det kan være vanskelig for deg å stole på og knytte deg til andre.  
Dermed kan du ha problemer med å oppnå nære, trygge, langvarige og gjensidige relasjoner til andre.

# Så: ny forståelse ASPD

## Personlighetsfungering:

- **Identitet:** Egosentrisk, selvtillit hentes fra personlig vinning, makt og nytelse
- **Målsetninger i livet:** Mål settes fra personlig vinning, mangler indre sosiale normer
- **Empati:** Ikke genuint opptatt av opptatt andres ve og vel, ikke opptatt av egen påvirkning på andre
- **Intimitet:** Vansker med gjensidig respekt, er utnyttende

## Trekk

### Seks eller fler av syv trekk innen temaene:

- Manipulerende
- Følelseskulde
- Svikefull
- Fiendtlighet
- Risikovilje (desinhibert)
- Impulsivitet
- Uansvarlighet

# «Med psykopatiske trekk»

Lite angst / fryktløs  
Dominerende / fremoverlent  
Attention seeking

- Mange hevder de utgjør en alvorlig form for dyssosial PF, «de fryktløse»
- «Alle psykopater ASPD – 1/3 av ASPD har psykopati»
- Mange har gode kognitive empatiske evner, men reduserte affektive empatiske
- Stor interesse omkring hvilke barn som utvikler dette
- Trolig undergruppe av adferdsforstyrrelser hos barn, med høy grad av følelsesmessig kulde (CU = callous, unemotional traits)
  - Mangler skyldfølelse, empati, overfladiske affekter (eks Kevin, kontakten skiller seg ut fra søsken, manipulerende, føler seg viktigere enn andre)
  - Disse trekkene er prediktive i forhold til alvorlig antisosial adferd



# Arv eller miljø?

- Ca 50% av variasjon i antisosial adferd skyldes gener, men vanskelig å skille
- Forskjell på antisosiale og de med stor grad av psykopati (høye nivåer av CU-trekk), jfr tvillingstudier
- Jo høyere grad av CU trekk, jo mer arvlig sårbarhet (Viding, Blair, Moffitt & Plummin 2005)
- Mange teorier knyttet til hvordan gener påvirker og påvirkes
- Man vet mye om miljøets betydning for de med antisosial adferd uten høy grad av CU-trekk, mindre om miljøets påvirkning for de med høyt nivå. Trolig spiller oppvekstmiljøet mindre rolle betydning her



# Hvorfor blir så få Antisosiale?

- Aggresjon som evolusjonær tilpasning
- Barn har potensiale for antisosial adferd
- Gjennom sosialisering, læring, trygghet avlæres dette
- Et mindretall fortsetter
- Hvem som fortsetter dreier seg og flaks og uflaks



# ASPD OG EPIDEMIOLOGI

- 2-4% MENN, 0.5-1 % KVINNER
- Kvinner mindre aggressive; klinisk utforming kan kjennetegnes av følelsesmessige og dels manipulative forhold, seksuell promiskuitet
- Lav sosioøkonomisk status
- Genetikk; Utvilsomt arv hos mange (adopsjons – og tvillingstudier)
- ASPD som gruppe viser en del avvik, disse mest uttalt ved psykopati. EEG-studier viser avvikende EEG hos ca halvparten, videre lavere hvilepuls, lavere stimuli-respons etc



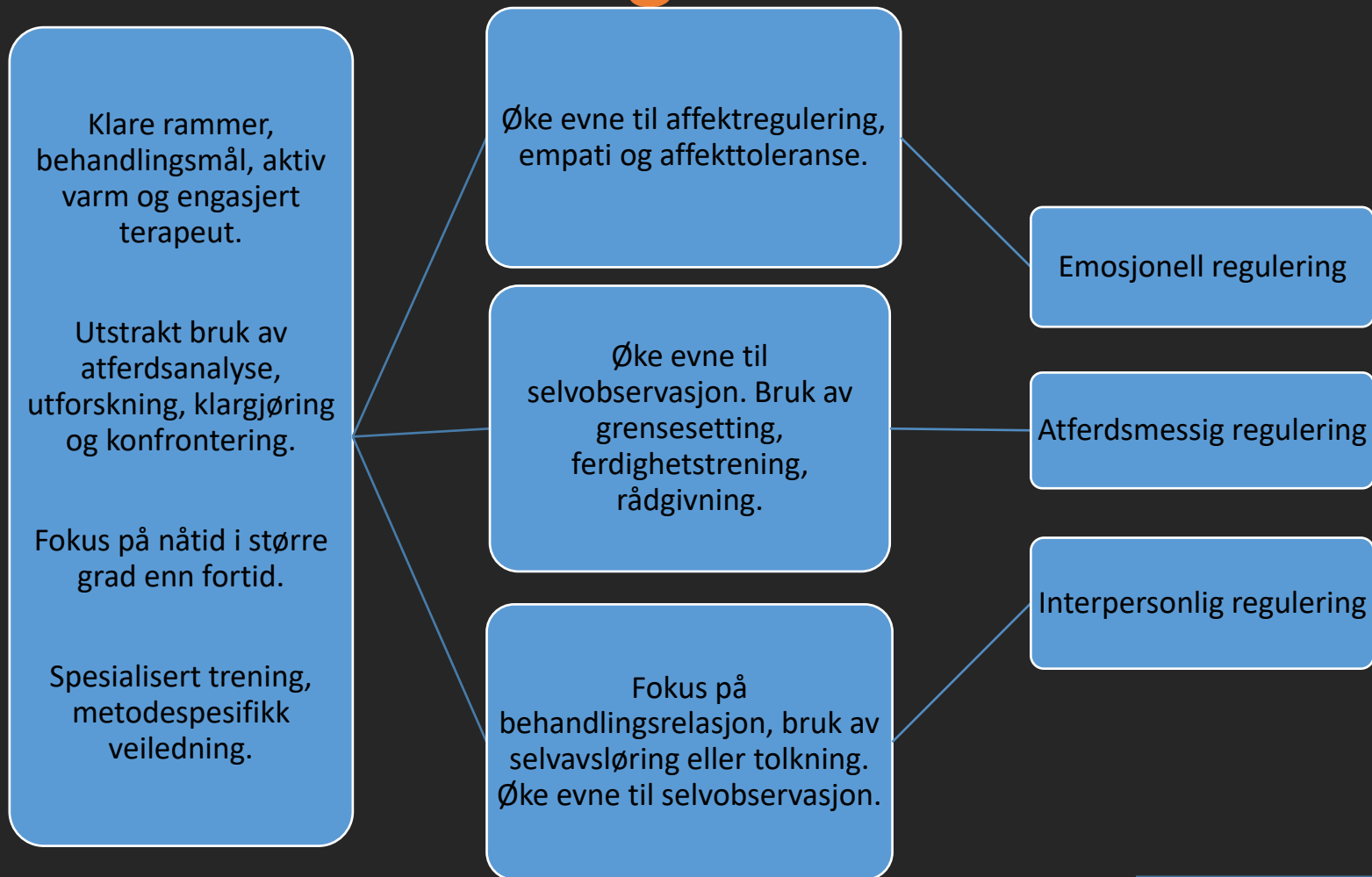
# «The untreatable myth»



- Unøyaktig diagnostikk vanskeliggjør
- Behandlingsmotivasjon og trygg allianse vanskelig
- F eks høy grad av impulsivitet = avslutning av behandling
- Enighet om at ikke dokumentasjon for at psykopater blir verre av behandling
- Område i utvikling
- Mye spennende skjer i, også i Skandinavia

- For PF må vi skille grad av alvorlighet
- Generelt for antisosiale: Mindre utagerende med årene
- Behandling: Vi er i tidlig fase, et underutviklet og underutforsket område!
- Forskning hemmes av at kategorien Antisosial PF er svært heterogen
- Behandlingsallianse utfordrende – impulsivitet gir Dropout
- Flere forskjellige tilnærminger: CBT, Skjema, MBT
- Stort forskningsprosjekt om MBT i starten nå
- Generelt er det grunn til at fremtidens mer presise diagnostikk vil tilrettelegge for bedre behandling

# Felles faktorer for spesialiserte behandlingsmodeller for PF



# Mentaliseringsbasert behandling ASPD

- Begrepet «mentalisering» dreier seg om at vi alltid fortolker hverandre. Det omfatter det å forstå seg selv og andre – en nøkkelkompetanse i reguleringen av følelser.
- Følelser er uklare og at det således alltid vil være knyttet usikkerhet til fortolkninger. Vi tolker mer eller mindre godt eller dårlig.
- Antisosial adferd kan fremtrigges når forståelse av andre er hemmet, og «egeninteresse» prioriteres, f eks ved opplevelse av krenkelse (avvisning, respektløshet)
- Når følelser vekkes og fornuften trer i bakgrunnen
- Når omgivelsene kun vurderes og «monitoreres» uten forståelse for andres perspektiv
- I grupper diskuteres egne erfaringer og andres perspektiver, målsetting å identifisere den enkeltes mentaliserings-sårbarhet og oppøve denne

# RO PÅ-Modellen

- Århus
- 6 samtaler om "impulsiv livsstil" hos de med aspd og rus
- Bevisstgjøring om den antisosiale adferd
- Støtte motivasjon til forandring
  - 1. *Hvorfor arbeide med impulsiv livsstil? Drømmer, mål, kjerneproblemer*
  - 2. *Utløser, reaksjon, konsekvens; forenklet adferdsanalyse*
  - 3. *Stolthet og selvtillit/selvverd*
  - 4. *Verdier*
  - 5. *Sosialt nettverk*
  - 6. *Oppfølging og planer for behandling fremover*
- Modellen er lett å tilpasse



- You Tube: "Sådan bruger du Ro På til behandling af personer med antisocial adfærd og rusmiddelproblemer"
- Kan lastes ned: "Ro på – når genveje bliver til omveje" Arbeidsbok til kortvarig behandling for antisosial personlighetsforstyrrelse og misbrug



# Take home message

- Personlighetsforstyrrelser er ikke enten eller; ikke «de-oss»
- Det handler mest om FLAKS OG UFLAKS
- Dette gjelder også evne til empati: *Er du så heldig å ha den så bruk den!*
- At folk gjør så godt de kan er lettere å forstå jo mer kunnskap du har
- Det er større grunn til optimisme enn hva vi før trodde

# Takk for meg!

[tore.buer.christensen@sshf.no](mailto:tore.buer.christensen@sshf.no)

