

PERSONLIGHETSPROBLEMATIKK OG PSYKOSER – KLINISKE OG TEORETISKE BETRAKTNINGER

ISPS-konferanse, Hamar 1 februar, 2018.

Christian Schlüter

Nasjonal Kompetansetjeneste for Personlighetspsykiatri (NAPP)

HVA ER EN PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE (PF)?

- Diagnosesystemet DSM 5/ICD 10 benytter seg av en kategoriell modell for PF, hvor det er plukket ut 10 PF-prototyper.
- For å få en av disse, må en tilfredsstillende et sett av kriterier:
- 1. De generelle kriteriene. Langvarige personlighetstrekk (tenkning, følelser, impulsivitet og interpersonlig fungering) som er relativt stabile, og som avviker fra den kultur personen tilhører, som er omfattende og rigide, som vanskeliggjør tilpasning, ødelegger for fungering og som skaper subjektiv lidelse (symptomer)
- Disse trekkene skal ikke skyldes rus, biologiske forhold, annen psykisk lidelse, kontekst etc.

DE GENERELLE KRITERIENE

- Et personlighetstrekk skal være «typisk meg», «Sånn har jeg alltid vært», «Det er karakteristisk for meg».
- Har personen mange personlighetsproblemer, av et visst omfang, og som gjør livet vanskelig å leve, nærmer vi oss en PF. De er delt inn i:
- Cluster A: Schizoid, schizotyp, paranoid
- Cluster B: Emosjonelt ustabil, narsissistisk, hysteriform, antisosial
- Cluster C: Avhengig, unnvikende, tvangspreget

DE SPESIFIKKE KRITERIENE

- 2. For å få en av dem, må du ha et visst antall av spesifikke kriterier Eks. Ustabil 5 av 9.
- 1. Separasjonsangst
- 2. Ustabile relasjoner
- 3. Ustabil identitet eller selvfølelse
- 4. Selvmordsproblematikk
- 5. Vansker med å kontrollere sinne
- 6. Ustabile følelser
- 7. Impulsivitet
- 8. Tomhet
- 9. Stressutløst paranoide og disosiative symptomer

UPF OG PSYKOTISKE SYMPTOMER

- Diagnostisk sett handler dette mest om kriteriet nr. 9.
- DSM 4: «Forbigående stress-relaterte paranoide tanker eller alvorlige dissositative symptomer
- DSM 5: Likt
- Kriterie 9 er ment å tappe: Kortvarige og «lettere» perseptuelle symptomer, herunder:
 - A) Paranoide reaksjoner (mistenksomhet).
 - B) Disosiative symptomer inkl. depersonalisering (eks. frakoblet kroppen), derealisasjon (uvirkelighetsfølelse).
- Ingen konsensus om hva kriteriet ellers skal inneholde, f eks. hallusinasjoner, eller lengre paranoide episoder (DSM 5 foreslo å fjerne paranoide symptomer.)
- Gir dette klinisk mening?

ANDRE PF MED MULIG PSYKOSE-PROBLEMATIKK?

- Schizotyp PF: Vrangforestillinger, og lettere tankeforstyrrelser, paranoide forestillinger, magisk tenkning, underlig, omstendelig og oppstyltet måte å kommunisere på, konstruerte ord (ikke neologismer), lite mimikk, upassende affekter, avgrenset sosial kontakt og aggressive fantasier, letter hallusinasjoner. Se Torgersen et al (2002)
- Narsissistisk PF: Grandios-magiske forestillinger («viktighet»), omnipotens (har «evner», en «rolle», eller er en historisk figur. Teorien er at det foreligger et skjørt selv, som når det blir utsatt for krenkelser, nederlag etc., aktiverer et kompensert selvbilde. Otto Kernberg. «Det er en glidende overgang fra narsissisme, antisosial, psykopati, paranoide til psykose. Det som blir avgjørende er hvorvidt evnen til realitetstesting er intakt.
- Paranoid PF: Dette er personer som vanligvis er trofaste mot virkeligheten, men tolker «skjevt» og gir den sin individuelle betydning. Tenkningen er preget av logikk, og er sjeldent bisart. Noen ganger kan det tippe over. Eks Det paranoide hatet (minoriteter), forfølgelse (mektige andre) og konspirasjoner. Teorien er at deler av en selv blir benektet og tillagt andre, går så til angrep på disse med et enormt hat. Handler ofte om en eksport av egen skam, utilstrekkelighet, mindreverd som de «følger med på». Sårbar for hendelser som de ikke legger merke til (f eks. barn flytter ut av hjemmet)

PERSONLIGHET OG ALVORLIGHETSGRAD

- En mangel ved trekk-modellen er at vi ikke får noe godt mål på alvorlighet. Det er en svakhet når en skal forstå (grense) psykoseproblematikk.
- For «alvorlighet er den viktigste faktoren for nåværende og prospektiv dysfunksjon». (Hopwood, et al, 2015) og «PF bør vurderes i henhold til en slik alvorlighetsgrad» (Tyrer, 2005).
- «All alvorlig PF er psykose-nær» (Kernberg, O.)
- Vi trenger derfor en (dimensjonal) og vertikal diagnostikk som kan fange opp de som fungerer på grensen til psykose
- Psykose er et multidimensjonalt syndrom – transdiagnostisk (Guloksuz & van Os., 2017) og ikke knyttet til «type», men alvorlighet.
- Et svar kan være å gradere personlighetsproblemer (internt) som «indre fungering», og ikke som ytre funksjonstap.

LPFS – LEVELS OF PERSONALITY FUNCTIONING (BENDER, MOREY & SKODOL, 2011). DEN ALTERNATIVE MODELLEN I DSM 5 (SEKSJON 3).

- Hvilke områder (domener) ved personligheten skal en velge?
- 1. «Selv-problemer»
 - a) identitet (selvforståelse, selvregulering, selvrefleksjon, selvbilde) og
 - b) målrettethet (forfølgelse av personlige og meningsfulle mål)
- 2. «Andre-problemer»
 - a) empati (anerkjennelse av andres erfaringer) og
 - b) nærhet (dybde og evne til å knytt seg ti andre)
- (i tillegg 25 dysfunksjonelle pers.trekk, inkl. psykotisisme) og (bevart noe kategorier)

A) IDENTITET OG ALVORLIGHET (0)

- For å kunne si noe om hva som er en usunn personlighet, må vi ha et begrep om noe sunt.
- Hva er en sunn identitet?
- - Opplevelse av seg selv som unik.
- - Klare grenser mellom selv og andre
- - Stabil selvfølelse og evne til realistisk å vurdere seg selv
- - Evne til å regulere en stor variasjon av emosjoner

IDENTITET OG ALVORLIGHETSGRAD (1)

- «Noe problemer med identiteten.» Personlighetsproblemer
- - Reduksjon av klarhet i selv-andre grenser ved sterk emosjonell aktivering
- - Redusert selvfølelse med for mye selvkritikk og noe forvrengt selv-vurdering
- - Sterke emosjoner kan være stressende og føre til begrensninger i emosjonell opplevelse

IDENTITET OG ALVORLIGHET (2)

- «Moderate» problemer med identitet (2). Blir nå en PF
- - For avhengig av andre for egen definisjon, og avgrensning av identitet
- - Sårbar selvfølelse som i for stor grad blir kontrollert av ytre evaluering og behov for bekreftelse
- - Følelse av underlegenhet eller ufullstendighet
- - Kompensert i form av oppblåst eller deflatert selvfølelse
- - Emosjonsreguleringen er avhengig av ytre, positiv bekreftelse
- - Trusler mot selvfølelsen vekker sterke følelser av skam og raseri

IDENTITET OG ALVORLIGHET (3)

- Store problemer med identiteten
- - Svak autonomi-følelse og egen kontroll
- - Opplevelse av mangel på identitet eller tomhet.
- - Avgrensningen mot andre er svak (overidentifikasjon) eller rigid (overdreven uavhengighet) eller veksling mellom disse posisjonene
- - Skjør selvfølelse som blir lett påvirket av hendelser, og selvbildet mangler sammenheng
- - Evnen til å vurdere seg selv er unyansert, selvnedvurderende eller urealistisk.
- - Emosjonene skifter fort, eller en har en følelse av en gjennomgripende desperasjon

IDENTITET OG ALVORLIGHET (4)

- Alvorlige problemer med identiteten
- - Opplevelsen av å ha et unikt selv eller egen autonomi, er nærmest fraværende, eller organisert rundt ytre forfølgelse.
- - Avgrensning mot andre er forvirrende eller manglende
- - Svakt eller forvrengt selvbilde, som lett blir truet av interaksjonen med andre. Betydelig forvirring og forvrengning av vurdering av en selv
- - Emosjonene er ikke kongruente i forhold til kontekst eller indre opplevelse. Hat og aggresjon kan dominere, selv om disse emosjonene ikke erkjennes eller kan tillegges andre

MÅLRETTETHET (NIVÅ 4)

- Alvorlige problemer med målrettethet
- - Dårlig evne til å skille tanker fra handlinger, slik at evnen til å sette seg mål er alvorlig svekket (urealistiske eller usammenhengende)
- - Indre normer for atferd er omtrent fraværende. Sann realisering er nærmest utenkelig.
- - Er fullstendig ute av stand til å reflektere konstruktivt over egne erfaringer.
- - Kan være blind for personlig motivasjon, og/eller den erfares som utenfor en selv.

EMPATI (4)

- Alvorlige problemer med empati
- - Ute av stand til å forstå og vurdere, og forstå andres opplevelser og motivasjon
- - Har tilnærmet ingen bevissthet omkring andres perspektiver (oppmerksomheten er overdrevent «på vakt», fokusert på behovstilfredsstillelse, eller å unngå å komme til skade
- - Sosiale interaksjoner er forvirrende og desorienterende

INTIMITET (4)

- Alvorlige problemer med intimitet
- - Ønsket om å knytte seg til andre er begrenset fordi man er dypt uinteressert, eller man bare forventer å komme til skade
- - Relasjoner til andre er avsondrede, desorganiserte eller gjennomgripende negative. Forhold ses nærmest utelukkende i lys av deres evne til å bidra med støtte og hjelp, eller til å påføre smerte og lidelse
- - Sosial/interpersonlig atferd er ikke gjensidig, men søkes snarere for å dekke grunnleggende behov, eller flykte fra smerte

OPPSUMMERING PERSONLIGHETSFUNKSJON

- På nivå 4 befinner vi oss i et sjikt med alvorlige forstyrrelser i selvopplevelsen, og selvorganisering
- Gjennom en dimensjonal forverring av personlighetsfungering, kan vi se psykotiske symptomer i lys av domene. Noen kan f.eks. fungere bra innenfor noen domener.
- De som både har alvorlige personlighetsproblemer og psykotiske symptomer har en mer alvorlig psykopatologi (samt frekvens og ubehag) enn de med «førstgangpsykose (alene)» eller «UPF (alene)» (Chanen, 2017).
- Personlighetsfeltet kan bidra til å klargjøre debatten, som i høy grad har vært av konseptuell art (kategoriene). Alle har en personlighet, som kan være mer eller mindre problematisk.
- Men NB! Det er ikke personligheten som skaper psykotiske symptomer, men de erfaringene som personlighetsproblemer fører med seg.

TILBAKE TIL PERSONLIGHETSTYPENE...

- Emosjonelt Ustabil PF (UPF)
- Det er spesielt hos UPF en har studert psykotiske (tilleggs) symptomer (for oversikt se Bérube et al. 2015), men det er altså ikke et kriterie på å få UPF.
- Hvor mange er det snakk om?
- Det rapporteres at ca. 20-50 % av de med UPF har opplevd det de kalte «kvasi» psykotiske symptomer (Schroeder et al., 2012, Zanarini, 2013).
- Hva kjennetegner disse?
- Jo de skulle være vesentlig forskjellige fra de som opptrer innenfor «rene» psykotiske lidelser.
- Er det riktig? Og hvilke psykotiske symptomer snakker vi om?

PSYKOTISKE SYMPTOMER OG PF

- 1. Tankeforstyrrelse: Dis-organisert tenkning, eller kaotisk tenkning som gir seg utslag i forskjellige former for tale-vansker. Rammer formen, eller måten tankningen er organisert og uttrykt. Varierende grad av bekymring rundt det å «ikke kunne tenke riktig».
- Dette er ikke uvanlig ved schizofreni (manier eller andre lidelser), men sjelden ved PF (med unntak av Schizotyp).
- 2. Vrangforestilling: Er en feilaktig antagelse, ide, overbevisning (innhold), som på tross av bevis om det motsatte, blir holdt fast. Kan innebære delvis/full tap av realitet avhengig av hvor bisart (f eks. ekstrasanselig, påvirkning og kontroll), og grad av «opptatthet» (f eks. hengivenhet til ideen er total.)
- Personer med PF har et «fordreid» syn på seg selv (selvbilde), andre mennesker, hendelser (mentalisering) og «verden», men de har sjelden en forstyrret virkelighetsoppfatning (i den snevre betydningen). De har riktignok avvikende oppfatninger, men verken disse eller tekningen er rar «odd» (Chanen, A. 2017).
- Tenkningen til personer med PF er (vanligvis) ikke bisarr, men konvensjonell. Vrangforestillinger opptrer svært sjeldent (med unntak av paranoid PF).
- Som en måte å skape mening til forstyrret selvopplevelse?

PSYKOTISKE SYMPTOMER OG UPF

- 3. Referanse-ideer: At ytre, objektive hendelser inneholder skjulte eller kodete beskjeder hvor en selv er gjenstand for diskusjon, også fra fremmede.
- Uvanlig for PF, med unntak av schizotyp (og paranoide)
- 4. Identitetsforstyrrelse: Hos personer innenfor det schizofrene spektrum rammer forstyrrelsen i selvopplevelsen (mangler eierskap til egne tanker, forstyrret bevissthetsstrøm, og følelse av å eksistere, kroppslige spekulasjoner). Kjerneselvet.
- Se ellers Møller & Huseby, 2013
- Hos UPF handler identitetsforstyrrelsen en mangel på differensiert og integrerte representasjoner av selv og andre, kontinuitet i selvbylde og sosial identitet (Parnas, J, 2003/05, Davidsen, K., 2009, Nelson et al, 2013). Ikke en splittelse mellom Selvet og verden, men mellom deler av meg selv (henger ikke sammen)
- Selvførstyrrelsen skyldes opprørende interpersonlige møter (tilknytning), vansker med å skjønne intensjoner (mentalisering), vansker med å håndtere følelser (affektregulering) dårlige interpersonlige strategier (destruktivitet), bli overlatt til seg selv etc.
- Personer med PF vet at de eksisterer. Personer med PF er mer forvirret mht. hva som har skjedd, og sjelden i tvil om det finnes et «Jeg».

PSYKOTISKE SYMPTOMER

- 5. Hallusinasjoner. En sensorisk opplevelse som føles som virkelighet, uten ytre påvirkning. Eks. taktile (å bli berørt, at noe kravler over eller under huden), auditive (hører stemmer eller lyder, buzzing, nynning, radiooverføring, visking), lukt, somatisk (elektrisk), visuelt (ser noe, eller en strøm av bilder etc.).
- Hvor mange med PF har hallusinasjoner?
- Review: ca. 20-50 % av de med UPF (i Schroeder et.al, 2013), har høreselshallusinasjoner. De andre typene er mer sjeldne.
- Hva kjennetegner UPF-hallusinasjoner?
- Det har lenge vært en oppfatning at de er kortvarige (fra timer til 2 dager) og forbigående, kvalitativt annerledes og mindre alvorlige enn de med f eks. schizofreni (Lieb, et al, 2004).
- Stemmer det at de er kortvarige?
- Nei, flere studier har vist at mange med UPF hører stemmer over lang tid (måneder og flere år). De rapporterer også at de forekommer daglig (i flere minutter eller mer). (Sloetema et al, 2012).
- Og det er de langvarige, ikke de kortvarige hallusinasjoner UPF-pasienter klager på (Yen, et al. 2005).

PSYKOTISKE SYMPTOMER

- Kan vi skille på selvinnsikt og lokalisasjon av stemmen? Eks. Stemmene anerkjennes av personen som dette, og at de kommer fra innsiden av hodet, mens sanne hallusinasjoner (verbale stemmer) oppfattes som reelle og komme fra utsiden.
- Nei. Mange med psykoser hører stemmer både innefra og utenfra. 1/3 av de med Schizofreni opplevde stemmene som interne (Copolov et al., 2004). Det er heller ingen sammenheng mellom lokalisasjon og selvinnsikt.
- Det vanligste er at personer med UPF hører stemmene innefra, eller en blanding.
- Hva med kvalitativt innhold?
- Liten forskjell mellom UPF og schizofrene mht. fenomenologi eks. emosjonell innvirkning, varighet, livaktighet, lokalisering, antagelser om ondskapsfullhet (Kingdom, et al. 2010) og form (Pearse et al, 2014)
- Andre finner at UPF er annerledes mht. at de er begrenset til noen aspekter av tanker eller persepsjon (Zanarini, 2013), og at de er mer «realitets-like» (ikke bisarre). Eks. en føler at en er skyld i noe fra barndommen, vs. At en død person egentlig lever. Innholdet i PF: Ikke så langt fra hva personen kunne sagt til seg selv. Hva med selvforståelse eks. «Romvesener»?
- Dreier det seg om massive hallusinasjoner, gjerne i flere modaliteter, inkl. lukt, kommanderende og kommenterende, kan det tyde på schizofreni (Torgersen, 2012)

PSYKOTISKE SYMPTOMER

- Hva med alvorlighet?
- Schizofrene rapporterer et mer negativt tankeinnhold, og at de rammer livet hardere (Kingdom et al. 2010).
- For øvrig er det få forskjeller mellom UPF og Schizofreni hallusinasjoner, med unntak av hvordan de ødelegger livet (Slotema, et al., 2012).
- Hva med visuelle hallusinasjoner? Lite utvalg, men høy tilstedeværelse, og høy alvorlighet for UPF (Kingdom, 2010)
- Forskningen avliver altså myten om at UPF-hallusinasjoner er «lette».
- Derfor bør en ikke kalle UPF-hallusinasjoner for «pseudo» (Hagen, 1986), «mikro» eller «kvasi». Hint om at de ikke skal tas på alvor (Berrios, G.E & Dening, T.R, 1996, van der Zwaard & Polak, 2001).
- Bør kriteriet nr. 9 bli en «specifier»? Altså UPF, med eller uten psykotiske symptomer?
- Hallusinasjoner er ikke ensbetydende med schizofreni, og er heller ikke diagnose-spesifikk. De kan dukke opp i en lang rekke med andre kliniske utvalg, endog i ikke-kliniske populasjoner.

PSYKOTISKE SYMPTOMER

- 6. Paranoide symptomer. Kan deles inn i:
- Paranoid Schizofreni: Ca. 65 % rapporterer bisarre vrangforestillinger ofte med kommenterende stemmer, eller stemmer som snakker sammen.
- Paranoid psykose: andre vrangforestillinger (forfølgelse, grandiositet, sjalusi).
- Paranoid PF (og Schizotyp): Avhenger av hvor usannsynlige forestillingene er. Skepsis overfor naboer, kollegaer, familie, partner, venner, innvandrere, politiske motstandere. Monomant, fanatisk, okkupert. Begynner selv meningsfeller å stusse er vi tilbake på paranoid psykose...! (Torgersen, 2012)
- Beste måte å differensiere på: Alvorlighet (ødelegger hverdagen), intensitet (hvor overbevist) og «sturt»), tid, kvalitet.
- Ustabil PF: Ca. 75 % av de med UPF rapporterte (disosiative og) paranoide symptomer (Barnow, 2010).
- Men UPF reagerer ikke bare med paranoiditet, de har også en tendens til å tolker andres ansikt, intensjoner (avvisning) etc. mer ondsinnet i utgangspunkt. Liten tillit.
- Ca. 29 % av de med UPF hadde paranoide vrangforestillinger (Yee et al. 2005, Kingdom, 2010). Ikke-bisarre?
- Både hallusinasjoner og paranoide symptomer ble vekket i UPF gruppen ved stress (Glaser, 2010), ikke andre psykotiske symptomer.
- Spørsmål: Hvordan forstår vi UPF med langvarige paranoide forestillinger (bør inn i kriterie 9?) eller som Paranoid PF?

PSYKOTISKE SYMPTOMER

- 7. Dissosiasjon
- UPF: Disossiative symptomer er vanligvis forbigående, og i respons til stress, dvs. som en måte å mestre/håndtere noe (traumer, men ikke bare.)
- Ikke lett å skille mellom UPF og schizofreni mht. mengde og intensitet til disossiative symptomene (Tschoeke et al. 2014). Kanskje lettere mht. tid?
- 8. Kognitiv svikt/defekt: Mer vanlig hos schizofrene. UPF har sosial-kognitive tolknings-skjevheter, ikke «mangler». Eks fall i skoleprestasjoner.
- 9. Negative symptomer (flat affekt, vilje-svakhet, igangsettingsvansker.) og forløp. Dårligst forløp der personen sakte glir inn i psykosen, og trekker seg unna. Best der psykosen opptrer plutselig, og det ikke foreligger tilbaketrekning, eller andre negative symptomer. Paradoksalt er det de negative symptomene som har mest å si for fungering.
- Hos schizofrene: involverer det en mer omfattende distansering; observerer «verden», og mangler første person-perspektiv eller eierskap til erfaring. PF: Schizoid og Schizotyp.
- Psykotiske symptomer hos UPF reduseres over tid (etter 16 år, nede i 7 %) og negative symptomer er sjelden (med mindre det dreier seg om avhengige trekk)

DA STÅR VI IGJEN MED SPØRSMÅLENE ...?

- Hvordan forstår vi de psykotiske symptomene?
- A) En mer alvorlig variant av normal-personlighet (nivå 5)?
- B) De er kvalitativt annerledes. Altså ikke i enden av en dimensjon, men et «sprang»?

- Hva «driver» personens problemer? Personen, psykosen eller konteksten?

- Hvordan forstår vi det (relativt) store overlappet mellom (alvorlig) PF og psykose?
- Finnes det en teori?

TEORI

- Hypotese 1. Stress-sårbarhet. Egentlig arv miljø modellen.
- Arv: Mange typer sårbarhet. Individets personlighetsproblemer (nivå 4), nevropsykologi, genetik (dys-regulering av dopaminsystemet)
- Miljø: Mange typer stress. Individuell toleranse. Derfor kan mange reagere med psykotiske symptomer på dagliglivets stress (Glaser, et al, 2009), under sårbare perioder (ny-skilt) eller ved av sosiale forhold (migrasjon).
- Hypotese 2. (Barndoms)-traumer.
- Flere studier har vist en sammenheng mellom tidlig traumatisering og senere utvikling av psykotiske symptomer (Schafer & Fisher, 2011, Aas. et al. 2016). Omtrent 50 % av de med psykoselidelse rapporterer alvorlige barndomstraumer (Kingdom, et al. 2008, Lysaker, et al., 2004). Det er spesielt de med hallusinasjoner som rapporterer misbruk (Bebbington, et al. 2004).
- Traumer er også høy hos UPF. Ca. ½ av de med UPF har vært utsatt for seksuelt misbruk (Zanarini, 2011).
- Kombinasjon: Høyt traumer skaper stress, påvirker hjernen, sener kommer «sosial stress» overfor et allerede sensitivt dopamins-system
- Spørsmål: Finnes det to «ruter» for psykotiske symptomer? De med en traume-profil, og de som er arvelig belastet?

TEORI

- Hypotese 3. Rus kan bidra til å utløse en psykose.
- Ja, og spesielt (amfetamin) og høy-potent cannabis (øker dopamin) (Murray, 2015)
- Hypotese 4: Psykotiske symptomer hos UPF er en forløper for utviklingen av (andre) psykotiske lidelser.
- Nei. Derimot ser det ut som om UPF-symptomene er vedvarende og langvarige (uten at de endrer seg til noe annet.) UPF utgjør ikke en forløper til andre psykotiske lidelser (Miller FT, et.al., 1993). Mer en komorbid tilstand.
- Hypotese 5 Det er en større risiko for å utvikle schizofren spektrum-lidelse om du har UPF i en (allerede) høy-risiko gruppe.
- Nei, men «pre-personlighet» er viktig. Spesielt paranoide trekk, eller «rare oppfatninger» på grensen til vrangforestillinger (Thompson, A et al., 2010).
- Hypotese 6: Kan en skille psykotiske symptomer i en høy-risiko grupper fra de med UPF.
- Nei, de er ofte umulig å separere (Allardyce et al, 2007). Auditive hallusinasjoner lar seg ikke skille mellom UPF vs. schizofreni (Tschoeke et al, 2014). Det er bare tiden vi har til hjelp (MCGorry, PD, 2007). Trolig er andre psykotiske symptomer, som tankeforstyrrelser (Zanarini, MC et al, 1990) eller vrangforestillinger (McClellan, et al. 1993) et bedre skille.

TEORI

- Spørsmålet om hvilken teori er viktig mht. behandling.
 - A) Vi behandler de personlighetsmessige problemene, så vil de psykotiske symptomene «klinge av». Det er tanken når det gjelder standard UPF-behandling.
 - B) De psykotiske symptomene er løsrevet fra personligheten, og bør behandles på en annen måte.
 - C) De psykotiske symptomene er en del av personlighetsproblemene, men av kronisk art. Du kan altså ikke vente helt til personligheten er behandlet. Du må behandle begge samtidig.
-

AVSLUTNING

- Problemet oppstår når en diagnostiker bruker all tid på å finne ut hvilke symptomer som passer under hvilken kategori, når de i mange tilfeller tilhører begge. «Kampen om plassering» kan føre til at mange føler at de ikke kan nok (Lecomte, 2010), og «passivt» henviser videre.
- Da er det mer å hente på forståelsen av fenomenet, enn hvilken kategori fenomenet tilhører. Diagnostisk kan dette ordnes ved å kalle psykosen for Psykose Spektrum Lidelse – og så spesifisere hva slags type, alternativt PF-diagnose med en eventuell psykose-spesifikasjon.
- Det er avgjørende hvilken instans som vurderer og behandler (Pers.pol. vs. Norment), som vil kunne vektlegge like symptomer ulikt. Eks. Behandling av førstegangpsykoser: Essensen er å gjenopprette pre-morbid fungering (venner, sosialt nettverk, jobb etc.), redusere sosial stress, medikamentell behandling (blokkere D2 reseptoren). Slike intervensjoner gir bare begrenset mening for en som aldri har hatt god (personlighetsmessig) premorbid fungering. Det bør derfor lages spesielle intervensjoner og behandlingsopplegg for de som har begge. (Chanen, A. 2017).
- Når det gjelder behandling, som ofte er komplisert, sammensatt og langvarig, er det relasjonen og erfaringen til behandleren som er det viktigste. Tillit. Bli forstått. Tid. Det å følge pasienten gjennom flere avdelinger er ikke så ille, så lenge man har en (fast) person (Therien et al. (2012).
- Gjennom å bli kjent med personen, og hva de har opplevd vil de konseptuelle problemene avta, og det vil bli lettere å finne et terapeutisk fokus.