

PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR

– kliniska riktlinjer för utredning
och behandling

Svenska Psykiatriska Föreningen

Personlighetsstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling är utarbetad av en arbetsgrupp på uppdrag av Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse, i samarbete med styrelsen.

Arbetsgrupp:

Lisa Ekselius, professor, ordförande

Eva Andersson, överläkare

Ingalill Fagemo, leg. sjuksköterska

Jörgen Herlofson, dr, specialist i psykiatri

Gunnar Kullgren, professor

Eva Lindström, docent

Mia Ramklint, med. dr

Pär Svanborg, med. dr

© 2006 Svenska Psykiatriska Föreningen och Förlagshuset Gothia AB

ISSN 1402-1749

Redaktör: Katarina Isaksson/Lotta Luciani

Omslag: Elisabet Berg, Påhitt & Grafisk Form

Inlaga: Richard Persson, RPform

Första upplagan, första tryckningen

Tryck: Grafiska Punkten, Växjö 2006

Denna bok är tryckt på miljövänligt papper



FÖRLAGSHUSET GOTHIA

POST Box 15169, 104 65 Stockholm

KUNDTJÄNST 08-462 26 70 FAX 08-462 03 22

info.gothia@verbum.se www.gothia.nu

Innehållsförteckning

Förord	5
Inledning	7
DSM och ICD	9
Epidemiologi	14
Befolkningsundersökningar	14
Personlighetsstörningar i primärvård och psykiatrisk vård	15
Arv och miljö	17
Barn- och ungdomspsykiatriska aspekter	19
Diagnostik	23
Hur ställs diagnos?	25
Bedömning av svårighetsgrad	27
Psykologisk bedömning	27
Social utredning	28
Information om diagnosen	30
Diagnostiska hjälpmedel	31
Diagnostiska intervjuer	31
Självbedömningsformulär	32
Kompletterande personlighetsinstrument	33
Instrument för psykiatrisk differentialdiagnostik	35
Differentialdiagnostik vid neuropsykiatriska störningar	36
Barnpsykiatrisk anamnes	37
Riskbedömning	37

Bedömning av självmordsrisk	39
Generella synpunkter på behandling	43
Behandlingsmål	44
Psykoterapi	45
Läkemedelsbehandling	49
Behandlingsutvärdering	49
Specifika personlighetsstörningar	52
Paranoid personlighetsstörning	52
Schizoid personlighetsstörning	54
Schizotypal personlighetsstörning	56
Antisocial personlighetsstörning	59
Borderline personlighetsstörning	61
Histrionisk personlighetsstörning	65
Narcissistisk personlighetsstörning	67
Fobisk personlighetsstörning	69
Osjälvständig personlighetsstörning	71
Tvångsmässig personlighetsstörning	74
Omvårdnadsaspekter	79
Psykopedagogiska insatser och social färdighetsträning	80
Psykiatri och vårdgrannarna	81
Kvalitetsutveckling	82
Allmänna referenser	84

Förord

Kliniska riktlinjer för personlighetsstörningar som nu presenteras är nummer 9 i en serie av riktlinjer som framtagits i Svenska Psykiatriska Föreningens regi sedan 1996. Tidigare har riktlinjer publicerats med titlarna *Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*, *Förstämningssjukdomar*, *Ångestsyndrom*, *Alkoholproblem*, *Självmoordsnära patienter*, *Tvångsvård*, *Äldrepsykiatri* och *Ätstörningar*. Dessa riktlinjer kan beställas från Förlagshuset Gothia (www.gothia.verbum.se, sök ”psykiatri”).

Människor med personlighetsstörningar har länge betraktats som en svår patientgrupp då interaktionen med omgivningen ofta blir problematisk och konfliktfylld. Personlighetsstörningar är vanligt förekommande i den vuxna befolkningen. Prevalensen i vården är hög – inte minst bland psykiatriska patienter – och samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd är vanlig. Det finns ett stort behov av kunskap om personlighetsstörningar, vilket gör att de kliniska riktlinjer som nu presenteras är mycket angelägna och välkomna. Arbetsgruppen med Lisa Ekselius i spetsen har på ett mycket förtjänstfullt sätt åskådliggjort personlighetsstörningarnas kliniska uttryck, komplexitet och drabbade personers subjektiva lidande. Ett av huvudsyftena med de nu presenterade riktlinjerna är att göra personlighetsstörningarna igenkännbara för oss alla som möter patienter med dessa tillstånd i vår kliniska vardag. Genom att tidigt kunna identifiera personlighetsstörningar hos patienter, kan man formulera realistiska behandlingsmål och minska risken för att de hamnar i ofrukt samma behandlingskontakter. Detta gäller inte minst många patienter som behandlas för ett axel-I-syndrom. Idag finns en rad diagnostiska

hjälpmedel som kan underlätta identifiering av personlighetsstörningar.

Trots att det fortfarande råder brist på empirisk forskning inom området finns det belägg för att dessa störningar går att behandla framgångsrikt. Tydlig struktur samt värnande om den terapeutiska alliansen mellan patient och behandlare är väsentliga för all form av behandling av patienter med personlighetsstörningar.

Personlighetsstörningsproblematiken leder många gånger till funktionella svårigheter i livet, känsla av utanförskap och subjektivt lidande. Inte minst gäller det patienter med borderline personlighetsstörning, där även risken för självskadebeteende och suicid är hög. Det är hoppfullt att behandlingsmetoder som dialektisk beteendeterapi (DBT) har visat sig vara effektiv för dessa patienter. Andra personlighetsstörningar, främst antisocial personlighetsstörning, åsamkar framför allt omgivningen lidande och problem. Ofta förvärras detta av koppling till missbruk och leder inte sällan till våld och kriminalitet.

I dagens samhällsklimat är riskbedömning av upprepat våld en viktig men grannlaga uppgift. Inom rättspsykiatri, där många av dessa patienter finns, används idag bedömningsinstrument som har visat sig kunna bidra till säkrare bedömning av återfallsrisk. För patienter utanför den rättspsykiatriska vården är riskbedömningsinstrumentet osäkrare och det finns för närvarande inget som kan ersätta en samlad klinisk bedömning. Det är dock viktigt att riskbedömningar görs på ett så strukturerat sätt som möjligt av patienter med personlighetsstörning, särskilt vid samtidig förekomst av missbruk.

Anna-Maria af Sandeberg
Ordförande
Svenska Psykiatriska Föreningen
www.svenskpsykiatri.se

Inledning

Personlighet kan definieras som de inrotade och stabila mönster av tankar, känslor och beteenden som karakteriserar en individs unika livsstil och anpassning. Dessa mönster kan beskrivas som kombinationer av *personlighetsdrag*, t.ex. beroende, misstänksamhet och impulsivitet, som varierar mellan olika individer.

Med *personlighetsstörning* avses ett avgränsbart psykiatriskt tillstånd, som karakteriseras av ett stabilt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret är oflexibelt och leder till signifikant lidande eller försämrad funktion i sociala och yrkesmässiga sammanhang. Personlighetsstörningar är vanliga, epidemiologiska undersökningar visar på en prevalens kring 10 procent i den vuxna befolkningen. Svårighetsgraden varierar. Många individer med personlighetsstörning är förmögna att klara av sitt vardagliga liv utan alltför stora problem, medan andra kan ha uttalade svårigheter i en mängd avseenden. Den senare gruppen är viktig och angelägen för psykiatrin.

Historiskt sett har patienter med personlighetsstörning ofta betraktats som en svårbehandlad grupp med små eller inga förutsättningar att förbättras. Något som i förlängningen kan ha bidragit till uppfattningen att det inte finns något som sjukvården har att erbjuda dessa patienter. De senaste decenniernas forskning har visat att detta är fel. En stor andel av individer med personlighetsstörning förbättras genom behandling, en del av dessa till den grad att personlighetsstörningsdiagnos inte längre är motiverad. Vid genomgång av den vetenskapliga litteraturen råder det dock ingen tvekan om att personlig-

hetsstörningar är att betrakta som ett mer jungfruligt område jämfört med många andra områden inom psykiatrin. Utvecklingen av DSM-systemet, med en separat diagnostisk axel för personlighetsstörningar, har otvetydigt bidragit till ökad forskning, men många viktiga frågor kvarstår ännu att utreda. En grundläggande fråga rör personlighetsstörningarnas konceptualisering och validitet. Avsaknad av entydig teoribildning, brist på specificitet och otydlig avgränsning visavi de psykiatriska syndromen har varit föremål för stark kritik från såväl kliniker som forskare. Likaså har den kategoriska indelningen ifrågasatts till förmån för en dimensionell modell där normalpersonlighetsdrag, personlighetssärdrag och personlighetsstörning betraktas längs ett eller flera kontinua snarare än som separata kategorier. Andra angelägna områden är behandlingsforskning och forskning om personlighetsstörningarnas orsaker, patofysiologi och långtidsförlopp.

Det faktum att området fortfarande befinner sig i ”pre-evidensfas” gör det inte mindre viktigt, men har självklart påverkat utformningen av detta dokument. Avsnitten om behandling är relativt korta och allmänt hållna för att undvika att uppmuntra till specifika behandlingsstrategier som saknar evidens. Avsnitten om diagnostik och kliniska uttryck är däremot mer utförliga. Tanken med detta är att göra personlighetsstörningarna, utifrån dagens diagnossystem, igenkännbara i den kliniska vardagen.

Personlighetsstörningar är också ett stort och angeläget område inom rättspsykiatrin. Vårt uppdrag har dock inte omfattat det rättspsykiatriska perspektivet.

DSM och ICD

År 1952 utgav den amerikanska psykiatriska föreningen den första versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I). Denna version, som aldrig översattes till svenska, innehöll en bred och dåligt avgränsad diagnoskategori ”personlighetsstörningar” uppdelad i fem underkategorier: personality pattern disturbances, personality trait disturbances, sociopathic personality disturbances, special symptom reactions och transient situational personality disorders. Under förarbetet till DSM-II, som publicerades 1968, genomfördes en omfattande revidering. I kontrast till DSM-I, infördes också ett tydligt fastställande att personlighetsstörningar måste omfatta både funktionsstörning och ett personligt lidande. År 1980 utgavs DSM-III och med denna introducerades multiaxial diagnostik och införandet av operationaliserade kriterier för de kliniska syndromen och för personlighetsstörningarna. Personlighetsstörningarna kom att avgränsas på axel II tillsammans med specifika störningar i utvecklingen. Syftet med denna uppdelning var dels att göra komplexiteten synlig och hanterbar, dels att minska risken för att personlighetsproblematik förbises vid kliniska bedömningar.

DSM-III-kommitténs målsättning var att differentiera de olika personlighetsstörningarna utifrån svårighetsgrad, men kriterier för en sådan distinktion kom aldrig till stånd. Istället gjordes en indelning i klustrar baserad på inbördes likheter:

- Kluster A – udda och excentriska personligheter (paranoid, schizoid och schizotyp).
- Kluster B – dramatiska, impulsiva, emotionella personligheter (antisocial, borderline, histrionisk och narcissistisk).

- Kluster C – räddhågsna och ängsliga personligheter (fobisk, osjälvständig, tvångsmässig och passiv-aggressiv).

En genomgripande strävan i tillskapandet av DSM-systemet var att försöka undvika att göra diagnostiken teoribaserad med avseende på sjukdomarnas och störningarnas uppkomstsätt. Tanken var att öka kommunikerbarheten mellan yrkesutövare från olika teoretiska skolor. Trots detta kom de diagnostiska kriterierna för borderline, histrionisk, narcissistisk, osjälvständig och tvångsmässig personlighetsstörning att influeras av psykoanalytiska och psykodynamiska teorier. Fobisk personlighetsstörning har konstruerats med utgångspunkt i trait-modellen, antisocial personlighetsstörning utifrån sociologiska teorier, medan den schizotypala personlighetsstörningen är konstruerad utifrån en biologisk modell.

Den idag rådande versionen, DSM-IV, publicerades 1994.¹ I denna version har de allmänna diagnostiska kriterierna ytterligare skärpts och omfattar sex kriterier av vilka samtliga måste vara uppfyllda för att diagnosen skall kunna ställas (se Faktaruta 1). I denna version är passiv-aggressiv personlighetsstörning placerad i Appendix B för forskningsdiagnoser. Under denna rubrik finns även depressiv personlighetsstörning.

FAKTARUTA 1

Allmänna diagnostiska kriterier för personlighetsstörning enligt DSM-IV:²

- A Ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck inom minst två av följande områden:
- (1) kognitioner (dvs sättet att uppfatta och tolka sig själv, andra personer och inträffade händelser);
 - (2) affektivitet (dvs komplexiteten, intensiteten, labiliteten och rimligheten i det känslomässiga gensvaret);
 - (3) mellanmänniskt samspel;
 - (4) impuls kontroll.
- B Det varaktiga mönstret är oflexibelt och framträder i många olika situationer och sammanhang.

- C Det varaktiga mönstret leder till kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- D Mönstret är stabilt och varaktigt och kan spåras tillbaka åtminstone till adolescensen eller tidig vuxenålder.
- E Det varaktiga mönstret kan inte bättre förklaras som ett uttryck för eller en följd av någon annan psykisk störning.
- F Det varaktiga mönstret beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. skalltrauma).

The International Statistical Classification of Diseases (ICD-10) är det officiella diagnosystemet och inkluderar kliniska beskrivningar av personlighetsstörningar.⁴

FAKTARUTA 2

Generalkriterier för personlighetsstörning enligt ICD-10:s forskningskriterier:⁵

- G1. Det finns bevis för att individens karaktäristiska och genomgripande mönster av upplevelser och beteende i helhet avviker tydligt från vad som är kulturellt förväntat och accepterat (eller "normalt"). Sådana avvikelser måste manifesteras sig i mer än ett av följande områden:
 - (1) kognition (sättet att ta emot och bearbeta information om saker, människor och händelser; förhållningarna till attityder och föreställningar om sig själv och andra);
 - (2) affekter (spännvidd, intensitet och hur adekvata emotionella "arousal" och svar är);
 - (3) kontroll över impulser och behovet av belöningar;
 - (4) sättet att relatera till andra och hur man hanterar interpersonella situationer.
- G2. Avvikelsen måste manifesteras sig genomgripande i form av beteenden som är inflexibla, maladaptiva eller på annat sätt dysfunktionella inom ett vitt område av personella och sociala situationer (det får inte vara begränsat till ett speciellt "trigger"-område eller en speciell situation).
- G3. Det finns ett personligt lidande eller sociala svårigheter, eller båda, som klart visar sig vara associerat med beteendet beskrivet i kriterium G2.
- G4. Det måste finnas bevis för att avvikelsen är stabil och har funnits en lång tid, debuten ska ha skett i sen barndom eller under tonårstiden.
- G5. Avvikelsen kan inte förklaras med att vara en manifestation eller konsekvens av

andra psykiska syndrom hos vuxna, även om periodicitet eller kroniska tillstånd från F00-F59 eller F70-F79 kan samexistera eller vara pålagrade avvikelser.

- G6. Organisk hjärnsjukdom, skada eller dysfunktion måste kunna exkluderas som möjlig orsak till avvikelser. (Om organisk orsak kan visas ska kategori F07 användas).

Översättning: Eva Lindström och Lars von Knorring.

I tidigare versioner, till och med ICD-8, behandlades det vi idag kallar personlighetsstörningar under rubriken *persona pathologica*. I praktiken användes dessa diagnoser endast undantagsvis, delvis därför att de ofta kom att uppfattas som stigmatiserande. Denna brist på fokusering på problematiken bidrog till att personlighetsstörningar inte uppmärksammades i tillräcklig grad, vare sig i klinisk verksamhet eller i forskning. Detta kan i sin tur åtminstone delvis förklara bristen på systematisk behandlingsforskning.

Till skillnad från DSM omfattar ICD endast en axel. Till den nu gällande versionen, ICD-10 publicerad 1992, har forskningskriterier utgivits.⁵ Av Faktaruta 2 framgår de s.k. generalkriterierna för personlighetsstörning (dvs. motsvarigheten till DSM-systemets allmänna diagnostiska kriterier). Det är viktigt att notera att de två diagnossystemen använder olika benämningar för några personlighetsstörningar. DSM-diagnoserna *fobisk och tvångsmässig personlighetsstörning* motsvaras av ICD-diagnoserna *ängslig respektive anankastisk personlighetsstörning*. Diagnosen *borderline* i DSM benämns *emotivt instabil personlighetsstörning* i ICD och är indelad i *impulsiv typ* respektive *borderline typ*. Ytterligare skillnader är att *narcissistisk personlighetsstörning* i ICD-10 är placerad i Appendix 1 för forskningsdiagnoser tillsammans med *passiv-aggressiv personlighetsstörning*, samt att *schizotypal personlighetsstörning* i ICD benämns *schizotyp störning* och är placerad i anslutning till avsnittet om *schizofreni*.

Kategorin *personlighetsstörning UNS* (utan närmare specifikation) kan användas då en individ uppfyller de allmänna diagnostiska kriterierna för *personlighetsstörning* och har drag som förorsakar *funktionsstörning* eller *lidande* utan att kriterierna för någon specifik *personlighetsstörning* är uppfyllda.

Sett ur ett dimensionellt perspektiv är överensstämmelsen mellan diagnoskriterierna i DSM-IV och ICD-10 hög, men för de kategoriska diagnoserna mer varierande.³ Antisocial och schizoid personlighetsstörning uppvisar lägst överensstämmelse. Bristen på överensstämmelse kan framför allt tolkas som ett resultat av olika kriterieformuleringar och ”diagnoströsklar”. Exempelvis diagnosen antisocial personlighetsstörning i DSM-IV kräver belägg för uppförandestörning under tonåren, ett rekvisit som inte finns i ICD-10.

Referenser

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
2. American Psychiatric Association. *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Svensk översättning: J. Herlofson, M. Landqvist. Danderyd: Pilgrim Press, 1995.
3. Ottosson H., Ekselius L., Grann M., Kullgren G. Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *Journal of Personality Disorders*. 2002; 16: 283–92.
4. World Health Organisation. *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, (ICD-10)*. Geneva: WHO, 1992.
5. World Health Organisation. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO, 1993.

Epidemiologi

Befolkningsundersökningar

Förekomsten av personlighetsstörningar i befolkningen varierar påtagligt (mellan 6 och 22 procent) i olika undersökningar.⁵ Flera av studierna är emellertid behäftade med metodproblem, vilket begränsar validiteten. I två relativt nyligen genomförda studier i USA och Norge anges prevalensen till 9 respektive 13 procent.^{4,5} I båda undersökningarna tillämpades intervjubaserad metodik grundad på diagnoskriterier enligt DSM-III-R, alternativt DSM-IV. I en nyligen genomförd svensk enkätundersökning rapporterades 11 procent av den undersökta populationen uppfylla kriterier för personlighetsstörning med såväl DSM-IV-kriterier som forskningskriterier enligt ICD-10.² Prevalensen av de specifika personlighetsstörningarna varierar mestadels mellan 0,5 och 3 procent. Antisocial personlighetsstörning är vanligare bland män och borderline personlighetsstörning är vanligare bland kvinnor.

Ett relativt stabilt fynd från befolkningsstudier är att förekomsten av personlighetsstörningar, framför allt i kluster B, är högre hos yngre vuxna för att sedan avta med stigande ålder. Personlighetsstörningar förekommer oftare hos individer som lever ensamma utan att ha varit gifta/sammanboende eller som lever ensamma efter att ha genomgått separation från en partner. Alkohol och drogproblem är relativt vanliga. Individer med personlighetsstörning uppvisar regelmässigt störda interpersonella relationer. De tenderar vidare att involveras i negativa livshändelser i större utsträckning än vad som är

genomsnittligt. Den sociala funktionsstörningen inbegriper inte sällan oordnade arbetsförhållanden och arbetslöshet. Några studier antyder även en lägre utbildningsnivå.

Personlighetsstörningar i primärvård och psykiatrisk vård

Förekomst av personlighetsstörning i primärvård har varit föremål för endast ett fåtal undersökningar. En tidig engelsk primärvårdsstudie hade som mål att undersöka förekomst av personlighetsstörning hos en grupp patienter med redan känd psykisk sjuklighet.¹ Diagnos fastställdes med två metoder: klinisk bedömning och strukturerad intervju. Närmare 6 procent bedömdes kliniskt ha en personlighetsstörning. När intervjubaserad diagnostik tillämpades steg frekvensen till 28 procent. Den påtagliga resultatskillnaden talar för att kliniker tenderar att vara återhållsamma i överkant vid kliniska bedömningar av personlighetsstörning. En alternativ tolkning kan vara att man brister i uppmärksamhet med avseende på problematiken. Strukturstödd diagnostik av personlighetsstörning kan därför ha stort värde.

I en senare engelsk undersökning av konsekutiva patienter vid en primärvårdsmottagning fann man en prevalens av personlighetsstörning på 24 procent.³ Diagnostiken i denna studie baserades på intervju av närstående, en metodik som antytts generera högre frekvenser jämfört med när diagnostik sker med strukturerad patientintervju eller baserad på självbedömningsformulär. I en annan primärvårdsstudie fokuserade man på förekomsten av borderline personlighetsstörning och fann en frekvens på drygt 6 procent.

Förekomsten av personlighetsstörningar i öppen och sluten psykiatrisk vård varierar i de flesta studier mellan 30 och 70 procent. De högre frekvenserna rapporteras framför allt från undersökningar på rättspsykiatriska enheter och inom kriminalvård.

Referenser

1. Casey P.R., Tyrer P. Personality disorder and psychiatric illness in general practice. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 261–265.
2. Ekselius L., Tillfors M., Furmark T., Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined

- prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30: 311–320.
3. Moran P., Jenkins R., Tylee A., Blizard R., Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102: 52–77.
 4. Samuels J., Eaton W.W., Bienvenu O.J. 3rd, Brown C.H., Costa P.T. Jr, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 536–542.
 5. Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 590–596.

Arv och miljö

Orsakerna till att en person utvecklar personlighetsstörning är mycket ofullständigt klarlagda. Ett antal olika faktorer kan tänkas ha betydelse eller på olika sätt öka risken för att utveckla maladaptiva personlighetsdrag eller personlighetsstörning. Via tvillingstudier har man upprepade gånger kunnat visa att det genetiska bidraget till normalpersonlighetsdrag varierar mellan 40 och 60 procent.² I den enda, relativt stora tvillingstudie som gjorts avseende personlighetsstörningar pekar resultaten mot att det genetiska bidraget är av ungefär samma storleksordning för de flesta personlighetsstörningar.⁴

Ett stort antal studier har haft som syfte att undersöka betydelsen av barndomstrauma eller negativa händelser för utveckling av personlighetsstörning. Sexuella, psykiska och fysiska övergrepp anses utgöra några av flera psykologiska riskfaktorer för utveckling av personlighetsstörning.³ Eftersom de flesta av dessa studier har använt retrospektiva data eller tvärsnittsdesign begränsas emellertid möjligheten till tolkning till att i bästa fall kunna identifiera riskfaktorer, och kan inte göra anspråk på att visa kausala samband. Betydelsen av negativa händelser tycks vara beroende av svårighetsgrad, interaktion med andra erfarenheter liksom interaktionen med preexisterande personlighetsdrag. Negativa livshändelser anses utöva störst effekt på individer som är mer genetiskt eller biologiskt sårbara, och tycks ha mindre inverkan på individer som skyddas av gynnsamma konstitutionella faktorer, god psykosocial anpassningsförmåga eller gynnsamma psykosociala omständigheter.

För att illustrera komplexiteten mellan miljörelaterade och genetiska faktorer hänvisar vi till en nyligen publicerad studie i *Science*.¹

Unga pojkar följdes och undersöktes prospektivt till vuxen ålder i syfte att undersöka varför vissa barn som misshandlats utvecklar antisocialt beteende som vuxna, medan andra inte gör det. Studien visar på ett elegant sätt hur man genom att kombinera molekylärbiologiska metoder med prospektiva kliniska observationer kan studera interaktion mellan genetik och miljö och predicera utfall i vuxenlivet. I studiepopulationen ingick en grupp unga pojkar som erfarit svår barnmisshandel. Vissa av dessa kunde karakteriseras av en genotyp resulterande i en låg monoaminoxidas A-(MAO_A)-aktivitet och vissa med en hög MAO_A-aktivitet. I vuxen ålder uppvisade de med kombinationen tidigare misshandel och låg enzymaktivitet betydligt oftare antisocialt beteende, jämfört med dem som tidigare misshandlats och hade hög enzymaktivitet. Denna typ av studier av utveckling under lång tid inger en stark förhoppning om att på sikt få mer insikt om miljörelaterade och genetiska faktorerens betydelse för utveckling av personlighetsstörning. Detta torde i förlängningen kunna generera användbar kunskap för utveckling av såväl preventiva åtgärder som behandlingsstrategier.

Referenser

1. Caspi A., McClay J., Moffitt T.E., Mill J., Martin J., Craig I.W., Taylor A., Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851–854.
2. Livesley W.J., Jang K.L., Jackson D.N., Vernon P.A. Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 1826–1831.
3. Paris J. Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1997; 11: 34–49.
4. Torgersen S., Lygren S, Oien P.A., Skre I., Onstad S., Edvardsen J., Tambs K., Kringlen E. A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41: 416–425.

Barn- och ungdomspsykiatriska aspekter

Personligheten formas under uppväxten. Normalitetsbegreppet är utvecklingsberoende – förväntat beteende, kognitiv förmåga och emotionella reaktioner är relaterade till ålder. Bristen på stabilitet och mognad i dessa avseenden är en viktig anledning till att personlighetsstörningsdiagnos formellt inte ställs förrän efter 18 års ålder, varken med ICD- eller DSM-systemet. Men hur tidigt i livet går det att identifiera mer stabila tecken på personlighetsstörning? I forskning har man i detta syfte prövat att använda personlighetsstörningskriterier även på yngre ålderskategorier. Bruk av DSM-IV-kriterierna, med undantag för kravet på debut senast under adolescens eller tidig vuxenålder, ger för personlighetsstörningar i åldrarna 14–18 år väsentligen samma prevalenssiffror som för vuxna.¹⁰

Det finns vissa belägg för att uppfyllda kriterier för personlighetsstörning enligt DSM-systemet i åldrarna 14–18 år har prediktiv validitet. De ungdomar som i dessa forskningssammanhang fått personlighetsstörningsdiagnos uppvisar social funktionsnedsättning, t.ex. sämre skolprestationer, otillräckliga kamratkontakter, bristande socialt stöd och även ett ökat subjektivt lidande. Dessutom har de ökad risk för samtidig axel I-störning, för självmordsförsök och ökad frekvens intagning på psykiatrisk vårdinrättning.^{1, 10} ”Personlighetsstörning” i tonåren har visat sig öka risken för personlighetsstörning som vuxen.⁵ Riskökningen gäller främst personlighetsstörning inom samma kluster.

I Världshälsoorganisationens (WHO) definition av personlighet

ingår barn- och ungdomstidens förutsättningar och erfarenheter som del av det som formar vårt sätt att tänka, känna och vara. Med förutsättningar och erfarenheter avses interaktionen mellan arv och miljö. Detta samspel är mycket komplext. Barn har medfödda olikheter i reaktionsmönster, olika temperament.³ Det kan t.ex. gälla aktivitetsgrad, känslomässig reaktivitet, social hämning eller vilja till social interaktion. Temperamentsdrag påverkar hur erfarenheter under uppväxten formar oss.⁹ Barnets temperament påverkar även den omgivande miljön, t.ex. föräldrarnas uppfostringsstil. Ett aktivt, impulsivt barn kommer t.ex. lättare i konflikt med omgivningen än ett lugnt och eftertänksamt barn. Temperament kan bedömas med acceptabel reliabilitet. Vissa specificerade temperament eller kombinationer av temperamentsdrag har visats medföra sårbarhet för senare psykiska problem i vuxen ålder. Teorier om biologisk sårbarhet stöds även av studier som visat en ökad förekomst av personlighetsstörningar hos familjemedlemmar till ungdomar med fobisk respektive borderline personlighetsstörning.⁴

Personer som diagnostiserats med barnpsykiatrisk axel I-diagnos har visats ha ökad risk för att i ung vuxen ålder uppfylla kriterierna för personlighetsstörning.⁸ Med antalet tidigare barnpsykiatriska diagnoser ökar antalet uppfyllda personlighetsstörningskriterier linjärt. Starka samband finns mellan utagerande beteendestörningar, missbruk och antisocial personlighetsstörning, samt mellan ångestsyndrom och schizotypala och schizoida personlighetsstörningssymtom.⁶

Det finns olika teorier om relationen mellan axel I och axel II.^{2,7} Enligt *vulnerabilitetsmodellen* kommer förekomst av en störning att öka sannolikheten för att personen skall utveckla en annan störning. Exempelvis kan fobiska personlighetsdrag öka risken för egentlig depression. Enligt *komplikeringsmodellen* uppstår en störning som en komplikation till en annan. Den primära störningen utgör det sammanhang inom vilket den andra störningen uppstår. Under uppväxteåren kan exempelvis upprepade depressioner öka förutsättningarna att utveckla en personlighetsstörning. *Spektrummodellen* förespråkar att axel I- och axel II-störningar finns längst ett spektrum med tilltagande svårighetsgrad. Sårbarheten skulle alltså vara gemensam, men

variera i omfattning, och därmed resultera i mer eller mindre uttalad problematik.

Sammanfattningsvis belyser dessa intressanta forskningsfynd vikten av ett barnpsykiatriskt perspektiv när man gör personlighetsdiagnostik på vuxna personer. Såväl barnpsykiatriska syndrom som tidiga dysfunktionella personlighetsdrag är av betydelse i sammanhanget. Det är viktigt att bedömningarna görs utifrån ett utvecklingsperspektiv.

Referenser

1. Bernstein D.P., Cohen P., Velez N., Schwab-Stone M., Siever L.J., Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1993, 150: 1237–1243.
2. Dolan-Sewell R.T., Krueger R.F., Shea M.T. Co-occurrence with syndrome disorders. I *Handbook of personality disorders*, Livesley W.J. (red.). New York: The Guilford Press, s. 84–104.
3. Goldsmith H.H., Buss A.H., Plomin R., Rothbart M.K., Thomas A., Chess S., Hinde R.A., McCall R.B. Roundtable: what is temperament? Four approaches. *Child Development* 1987: 58: 505–529.
4. Johnson B.A., Brent D.A., Connolly J., Bridge J., Matta J., Constantine D., Rather C., White T. Familial aggregation of adolescent personality disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995: 34: 798–804.
5. Kasen S., Cohen P., Skodol A.E., Johnson J.G., Brook J.S. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1999: 156: 1529–1535.
6. Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R., Klein D.N. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997: 36: 1752–1759.
7. Millon T., Davis R.D. *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Chichester: Wiley, 1996.
8. Ramklint M., von Knorring A.L., von Knorring L., Ekselius L.

Child and adolescent psychiatric disorders predicting adult personality disorder. A follow up study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003; 57: 29–35.

9. Rutter M. Temperament, personality and personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 443–458.
10. Westen D., Shedler J., Durrett C., Glass S., Martens A. Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 952–966.

Diagnostik

Ordet diagnos kommer från grekiskan: *dia* – särskiljande och *gnosis* – kunskap. Diagnostik innebär överblick och systematik. Under den diagnostiska processen skapas en relation till patienten, relevant information insamlas och systematiseras, varefter en diagnostisk bedömning görs. I nästa steg delger man och diskuterar utfallet med patienten. Diagnosen är en förutsättning för riktad terapi och vårdplanering, den möjliggör utvärdering och vägleder i försök att meddela prognos.

Medicinsk diagnostik bygger allmänt sett på att läkaren bedömer att en viss problematik (t.ex. illabefinnande, funktionsnedsättning) är kliniskt signifikant. När problematiken är uttalad är detta inte svårt, inte heller när problematiken väsentligen saknas. Vid personlighetsbedömning, liksom i många andra kliniska sammanhang, ligger det emellertid en svårighet i att dra en skarp gräns mellan vad som kan betraktas som störning och inte. Detta beror på att problematiken kan beskrivas dimensionellt längs en kontinuerlig skala med friskt och sjukt i vardera polen.

För det mesta saknas formella kriterier för klinisk signifikans, och klinikern får därför vanligen förlita sig på sitt sunda förnuft. I DSM-systemet används ett kriterium för klinisk signifikans som bygger på förekomst av plågsamma psykiska symtom eller betydande funktionssvårigheter i viktiga avseenden. Symtom rapporteras av patienten själv, spontant eller som svar på direkta frågor, och den kliniska signifikansen avgörs vanligen av att läkaren och patienten är överens om att symtomen förorsakar ett uppenbart lidande.

Vid diagnostik av personlighetsstörning har emellertid funktions-

svårigheter ofta större betydelse än symtombesvär. Bedömning av funktionsförmågan är inte sällan svårare än bedömning av symptomens svårighetsgrad. Vad som är god funktionsförmåga i arbete eller studier och sociala eller nära relationer är i viss utsträckning en värderingsfråga. Uppfattningar om detta varierar mellan olika kulturer liksom över tid. Samtidigt är det motiverat att försöka identifiera sådan personlighetsrelaterad funktionsnedsättning som uppenbarligen är en följd av mer betydande psykopatologi. Vad som är signifikant dysfunktionellt avgörs i sista hand av läkaren, som har ett professionellt tolkningsföreträde baserat på den psykiatriska specialitetens allmänna uppfattningar om vad som anses adaptivt respektive maladaptivt.

Mot den här bakgrunden är det viktigt att framhålla att personlighetsbedömning är en grannliga uppgift och att ödmjukhet och inlevelse i patientens situation är av största betydelse. Det finns starka skäl för klinikern att vara lyhörd inför patientens reaktioner när personlighetstemat berörs i samtalet. Somliga patienter upplever personlighetsstörningsdiagnos som en kränkning, medan andra tycker det är befriande att få en förklaring till sina svårigheter.

Ofta utgör en personlighetsstörningsdiagnos huvuddiagnos och är primärt fokus för val av behandling. Även då den ges som tilläggsdiagnos har den relevans för det kliniska omhändertagandet. Behandling av patienter med axel I-störning och samexisterande personlighetsstörning är ofta komplicerad och kräver många gånger större insatser. I ett stort antal studier har man visat att patienter med sådan samsjuklighet har ett sämre behandlingsutfall.¹ Detta gäller även för en rad kroppsliga sjukdomar. En förklaring till detta kan vara att patienten inte följer planen för behandling och råd om förändrad livsstil.

Genom att redan tidigt i behandlingskontakten fästa uppmärksamhet vid en individs personlighetsfungerande och tänka i diagnostiska termer, ökar man chansen att identifiera faktorer som kan påverka behandlingsutfallet. På så sätt kan man också minska risken att hamna i långa ofrukt samma behandlingskontakter. Man får även en viss indikation om vilken förbättring som är rimlig att förvänta, liksom om vilka tidsperspektiv man bör ha.

Personlighetsstörning visar sig ofta i form av problematisk interak-

tion med omgivningen. Behandlingskontakter med dessa patienter kan därför komma att upplevas krävande utöver det vanliga för vårdgivaren. Förutsättningarna för arbetet påverkas även när personlighetsstörningen inte är i fokus för behandlingen. Genom att tidigt vara uppmärksam på problematiken kan behandlingen struktureras med särskild hänsyn till de problem som kan förväntas uppstå. Vidare utgör den diagnostiska processen i sig en förutsättning för att kunna bedriva ett systematiskt metodutvecklingsarbete avseende såväl bemötande som specifika behandlingsstrategier. Man kan anta att sådan förbättrad metodik även kan bidra till att underlätta arbetsituationen för vårdpersonalen.

En noggrann personlighetsdiagnostik innebär också att bl.a. aggressivt och impulsivt beteende lättare kan identifieras, vilket skapar förutsättningar för säkrare riskbedömning. Individer med personlighetsstörning har generellt en ökad risk att dö till följd av självmord. Risktagande beteende, vilket är vanligt förekommande vid kluster B-störningar, kan leda till allvarlig kroppsskada eller dödsfall.

Hur ställs diagnos?

I de två diagnossystemen, DSM-IV och ICD-10, definieras personlighetsstörning med ett antal allmänna diagnostiska kriterier (se Faktaruta 1 och 2, s. 10 och 11). *Dessa måste vara uppfyllda för att diagnosen skall kunna ställas.* Av kriterierna framgår bl.a. att personlighetsdragen måste avvika från vad som normalt förväntas i personens sociokulturella miljö, liksom att personlighetsmönstret är oflexibelt och leder till signifikant lidande eller funktionsstörning. Dessutom skall tillståndet uppvisa varaktighet över tid och kunna spåras tillbaka till ungdomsåren eller tidig vuxen ålder. Personlighetsmönstret skall heller inte kunna förklaras som ett uttryck för eller en följd av någon annan psykisk störning eller kroppslig sjukdom eller skada (t.ex. skalltrauma) eller bero på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog eller medicinering).

Varje personlighetsstörning definieras med ett antal kriterier och vid en viss brytpunkt, förutsatt att de allmänna kriterierna är uppfyllda, ställs diagnosen. Detta s.k. kategoriska system har varit föremål

för kritik eftersom det inte ger utrymme för att avgränsa lättare personlighetsavvikelser. För att komma runt denna godtyckligt satta gräns har föreslagits att axel II, istället organiseras enligt en s.k. dimensionell modell som beaktar de allmänna diagnostiska kriterierna och tar hänsyn till antalet uppfyllda specifika kriterier. I tillämpningen av axel II-diagnostik kan man notera funktionshinder personlighetsdrag under axel II även när patienten inte uppfyller diagnos för en störning men problemen trots detta är av betydelse för fortsatt handläggning.

Individer som söker psykiatrisk vård anger sällan personlighetsproblematik som kontaktsak utan är ofta omedvetna om sådana problem. Ofta grumlans den kliniska bilden av en blandning av symptom och lidande som kan hänföras till såväl axel I som axel II. Många patienter uppvisar dessutom symptom på kroppslig ohälsa, psykosociala problem och problem relaterade till livsomständigheter. Diagnosen personlighetsstörning baseras på noggrann klinisk diagnostik med beaktande av samtliga axlar, vilket ofta kräver upprepade bedömningar. Vid bedömningen bör man vara särskilt uppmärksam på samtidigt förekommande axel-I syndrom, eftersom sådana tillstånd kan färga patientens beskrivning av sin personlighet liksom sättet att uppträda på (s.k. state-effekter). Det är exempelvis inte ovanligt att en deprimerad person beskriver sig som undandragande och räddhågsen under en pågående depression och dessutom hävdar att det alltid varit så – något som visar sig vara felaktigt när personen framgångsrikt behandlats för sin depression. Det är samtidigt önskvärt att så snart som möjligt identifiera tecken på personlighetsstörning, eftersom denna problematik ofta har betydelse för behandlingens uppläggning, förhållningssätt till patienten och de krav som kan ställas, liksom de förväntningar man kan ha på behandlingsresultatet.³ I en situation där personlighetsstörningsdiagnos är högst sannolik (dvs. kriterierna är uppfyllda), men en längre observationstid krävs för att säkerställa att det varaktiga mönstret inte bättre kan förklaras som ett uttryck för eller en följd av någon annan psykisk störning (E-kriteriet, Allmänna diagnostiska kriterier), kan osäkerheten markeras genom tillägget ”provisorisk” efter diagnosen.

Bedömning av svårighetsgrad

Samsjuklighet hos en person med personlighetsstörning är vanlig, dvs. flera personlighetsstörningsdiagnoser kan förekomma hos en och samma individ. Detta innebär vanligen en mer svårartad problematik. DSM-IV, och i viss mån ICD-10, ger allmänna specifikationer av en diagnos svårighetsgrad (lindrig, måttlig och svår). Dessa specifikationer kan kännas otympliga att tillämpa på personlighetsstörningsdiagnoserna. Den engelske psykiatriprofessorn Peter Tyrer och medarbetare har föreslagit en alternativ svårighetsgradsindelning anpassad för personlighetsproblematik (se Faktaruta 3).

FAKTARUTA 3

Indelning efter svårighetsgrad av personlighetsproblematik:

<i>Svårighetsgrad:</i>	<i>Diagnostik enligt strukturerad intervju:</i>
0 – Ingen personlighetsproblematik	Ingen personlighetsproblematik.
1 – Personlighetsproblematik	Personlighetsproblematik men når ej "tröskelvärde" för personlighetsstörningsdiagnos.
2 – Enkel personlighetsstörning	En eller flera personlighetsstörningsdiagnoser inom samma kluster.
3 – Komplex personlighetsstörning	Två eller flera personlighetsstörningar från olika kluster.
4 – Allvarlig personlighetsstörning	Två eller flera personlighetsstörningar från olika kluster, resulterande i grav social funktionsstörning.

Modifierad från Tyrer och Johnson, 1996.²

Psykologisk bedömning

Den psykologiska bedömningen skall utöver personlighetsdiagnostiken belysa kognitiv funktionsnivå och tecken på kognitiva eller neuropsykiatriska funktionsstörningar. En annan viktig aspekt inför val av behandling är att bedöma patientens motivation och sannolika förmåga att tillgodogöra sig olika former av psykoterapi.

Kognitiv funktionsnivå bedöms grovt utifrån läkarens intryck av patientens verbala förmåga, intellektuella funktionsnivå samt minne. Märkbara avvikelser motiverar särskild utredning. Bedömning av patientens begåvningsgrad är angelägen. Lindrig svagbegåvning är inte uppenbar och kan tolkas t.ex. i termer av depressiv hämning eller uppfattas som tecken på schizoid personlighetsstörning. Hög begåvning å andra sidan kan också försvåra bedömningen av förekomst av eventuell personlighetsstörning. Patienten kan ge ett resursstarkt intryck under intervjun, vilket kan misstolkas som tecken på psykisk hälsa. Social anamnes och arbetsanamnes kan då ge en helt annan bild (se nedan).

Vid misstanke om neuropsykiatrisk funktionsstörning som autismspektrumstörning eller ADHD skall man likaså genomföra särskild utredning (se även s. 37). I den kliniska vardagen görs avgränsningen gentemot personlighetsstörning med stöd av kriterietexterna i något av diagnossystemen DSM-IV eller ICD-10. Differentialdiagnostiken bygger med dagens kunskapsnivå främst på dessa kriterier. De skall därför läsas noggrant.

Inför val av behandling skall patientens motivation beaktas. Detta är inte utan vidare samma sak som att lyssna till patientens önskemål. Läkaren måste skaffa sig en bild av vilka föreställningar patienten har om hur behandlingen går till och vilka krav som ställs. För att kunna avgöra om patienten har rimliga och realistiska uppfattningar, måste läkaren därför ha god kännedom om hur arbetet bedrivs i de behandlingsalternativ som övervägs.

Social utredning

Den sociala utredningen bör omfatta kartläggning av patientens familjesituation, sociala nätverk, ekonomi, bostads- och arbetssituation. Man får på så sätt en uppfattning om graden av aktuell psykosocial påfrestning. Detta har betydelse för behandlingskontaktens utformning. Klart belastande omständigheter motiverar fördjupad utredning och åtgärder. Tänkbara samband mellan påfrestningar och tillkomst av besvärande symtom skall noteras. I DSM-systemet fungerar axel IV som stöd för att uppmärksamma och vid behov utreda

den aktuella psykosociala situationen.

Via en grundlig genomgång av relations- och arbetsanamnesen får läkaren en bra bild av patientens generella funktionsförmåga, vilket är av betydelse för bedömningen av eventuell personlighetspatologi. Att dra slutsatser om patientens psykiska hälsa på grundval av levnadshistoriken kan därför vara nödvändigt och motiverat, men det är samtidigt en delikat uppgift. Personlighetspatologi definieras i såväl DSM- som ICD-systemet som avvikelse från förväntad normalitet så som den uppfattas av andra i personens sociokulturella miljö. Bedömaren måste sträva efter att upprätthålla en känsla för skillnaden mellan problematisk avvikelse som ett uttryck för brister i personligheten och konstruktiv avvikelse som ett uttryck för tillgångar i personligheten. Bedömaren har här ett tolkningsföreträde vilket ställer omdömet på prov.

Närstående har vanligen mycket att berätta som har betydelse för den kliniska bedömningen. Personlighetsstörning är i hög grad ett jagsyntont problem, vilket innebär att det vanligen är omgivningen som anser att det föreligger problem snarare än patienten själv. Behandlingsalliansen med patienten förutsätter emellertid att inga kontakter med arbetskamrater eller närstående sker bakom patientens rygg. Den sociala utredningen kan därför utgöra en möjlighet att få träffa patienten tillsammans med en närstående. Om patienten har en helt annan kulturell bakgrund än läkaren kan det vara mycket svårt att göra en personlighetsbedömning. Närstående kan då vara till stor nytta.

Hemmavarande barns situation måste utredas och bedömas. Tyvärr förtjänar detta ett särskilt påpekande, eftersom en sådan utredning inte alltid ges självklar prioritet i vuxenpsykiatri. Psykisk ohälsa hos någon av föräldrarna utgör en betydande belastning för hemmavarande barn. Personlighetsstörning hos någon av föräldrarna är dessutom per definition ett varaktigt problem. Med den sociala utredningen som grund skall därför behovet av insatser bedömas och därefter omsättas i konkret handling.

Information om diagnosen

När personlighetsstörning diagnostiserats bör man, på samma sätt som vid andra psykiska störningar, kommunicera med patienten om diagnosen och dess innebörd. Det har ofta framhållits att diagnosen/benämningen personlighetsstörning är olyckligt vald och kan upplevas stigmatiserande för patienten. Ett pragmatiskt sätt är att använda begreppet personlighetsproblematik när man samtalar med patienten och att benämningen personlighetsstörning förklaras med hänvisning till gängse klassifikationssystem. För somliga patienter kan det vara av värde att man gemensamt går igenom kriterietexter, eftersom de troligen känner igen sig i beskrivningarna. Klinikern kan då referera till sådant som patienten själv berättat, vilket ger en koppling mellan diagnostiken och patientens verklighet.

Erfarenheten från kliniker som arbetar med denna patientgrupp är att patienter nästan alltid accepterar och ofta även uppskattar att få ett namn på sina problem. Detta förutsätter givetvis att diagnosen och dess innebörd kommuniceras på ett sådant sätt att patienten får tillräcklig möjlighet att ställa frågor. Dessutom skall nyttan av diagnosen tydliggöras för patienten genom att problematiken på ett konstruktivt sätt får påverka uppläggningsen av det fortsatta behandlingsarbetet.

Referenser

1. Reich J. The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *Journal of Personality Disorders* 2003; 17: 387–405.
2. Tyrer P., Johnson T. Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 1593–1597.
3. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 225–245.

Diagnostiska hjälpmedel

Det diagnostiska arbetet kan underlättas genom användande av olika personlighetsinstrument. Dessa kan indelas i instrument som är rent diagnostiska, dvs. syftar till en kategorisk/typologisk diagnos, och personlighetsformulär som syftar till en dimensionell mätning av personlighetsdrag.

Diagnostiska intervjuer

Under de senaste decennierna har ett antal diagnostiska intervjuer utvecklats för DSM- och ICD-diagnostik. Syftet har varit att förbättra den diagnostiska reliabiliteten genom att standardisera bedömningsprocessen och förbättra den diagnostiska validiteten, genom att underlätta prövningen av diagnostiska kriterier och systematiskt efterfråga symtom som annars lätt skulle kunna förbises. Det är viktigt att komma ihåg att dessa verktyg endast ska ses som hjälpmedel i den diagnostiska proceduren och är avsedda för dem som är väl förtrogena med metodiken. Den slutgiltiga diagnosen fastställs alltid på basen av en klinisk bedömning.

En av de mest internationellt använda intervjuerna för personlighetsdiagnostik är Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-II). Den finns översatt till svenska och används såväl kliniskt som i forskning. SCID-II består av en intervjumanual som innehåller frågor och kriterier samt ett intervjuprotokoll där man kan göra anteckningar och skriva ner sin bedömning.⁴ Intervjumanualen startar med en översiktsintervju omfattande ett antal öppna frågor, som syftar till att belysa eventuella personlighetsdrag eller per-

sonlighetsrelaterade problem som kan peka på att det föreligger en eller flera axel II-diagnoser.

Till SCID-II hör också ett personlighetsformulär som patienten själv besvarar. Formuläret är konstruerat som ett screeninginstrument som kan föregå själva intervjun. Det ger intervjuaren en översiktlig förhandsbild som underlättar intervjun. Personlighetsformuläret kan också användas för att begränsa intervjuns omfattning genom att enbart fokusera på de diagnoser som passerat tröskelvärde för diagnos.

Vid en SCID-II-undersökning är intervjuarens uppgift att pröva huruvida kriterierna är uppfyllda och därefter markera sin bedömning med lämplig kod. Det är således inte svaren från patienten som kodas. *Ställningstagande till varje diagnoskriterium baseras ytterst på en klinisk bedömning.* För att få en så tillförlitlig intervju som möjligt är det en fördel att ha god kännedom om patienten, t.ex. genom information från närstående och vårdpersonal samt tillgång till tidigare journaler. Tidsåtgången för en SCID-II-intervju är vanligtvis 45–60 minuter. Variationen är dock stor beroende på intervjuarens rutin och erfarenhet, problemens svårighetsgrad samt den intervjuades uthållighet och ork.

Det finns ett antal intervjuer som mer eller mindre liknar SCID-II-formatet, men ingen av dessa är officiellt översatt till svenska. The Personality Disorder Examination är ett exempel. Den omfattar personlighetsstörningarna i såväl DSM som ICD.

Självbedömningsformulär

En rad självbedömningsformulär har utvecklats i syfte att användas som forskningsinstrument för att uppskatta förekomst av personlighetsstörning på gruppnivå. Ett exempel är det svenska instrumentet DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q). I likhet med personlighetsformuläret tillhörande SCID-II kan DIP-Q användas som ett kliniskt screeninginstrument för att identifiera patienter med personlighetsproblematik.⁹ Vid indikation om att sådan problematik föreligger krävs alltid en uppföljning med klinisk undersökning, lämpligen med hjälp av strukturerad intervju, för att diagnos skall kunna säkerställas. Det skall särskilt påpekas att självbedöm-

ningsformulären framför allt är fokuserade på de specifika kriterierna och endast ytligt hanterar de allmänna diagnostiska kriterierna. Detta betyder att självbedömningsformulär ofta är överinklusiva. En fördel med självbedömningsformulär är att patienten själv besvarar frågorna för att sedan få dem belysta i en intervju. Ett sådant förfarande kan för somliga upplevas mindre påträngande och patienten behöver inte känna sig ifrågasatt. Dessutom blir patienten mer delaktig i den diagnostiska processen och tillika bättre förberedd för den diagnostiska intervjun.

Kompletterande personlighetsinstrument

Det finns ytterligare en rad personlighetsinstrument som kan användas för att komplettera personlighetsdiagnostiken. Sådana instrument kan användas för att ge en profil av olika personlighetsdrag och ger på så sätt en bild av i vilken omfattning de olika dragen kommer till uttryck.

Den svenske psykiatriprofessorn Henrik Sjöbring var en av personlighetspsykologins pionjärer. Sjöbrings modell omfattar tre personlighetsdimensioner: Validitet, Soliditet och Stabilitet, samt en fjärde dimension, Kapacitet, som avser intelligens. *Marke-Nyman-Temperamentskalan* är baserad på Sjöbrings personlighetspsykologi och omfattar 60 items.⁸

Karolinska Scales of Personality (KSP) utvecklades under 1960-talet och framåt av psykologiprofessorn Daisy Schalling och medarbetare vid Karolinska Institutet.¹² Instrumentet bygger på psykobiologiska teorier om personlighet och är utvecklat för att identifiera stabila personlighetsdrag av betydelse för psykisk sårbarhet. Några KSP-skalar är influerade av Sjöbrings personlighetsdimensioner. *Swedish universities Scales of Personality* (SSP) är modifierad och utvecklad från KSP.⁴ SSP omfattar 91 items, vilket är betydligt färre än de 135 som ingår i KSP. Svenska normdata finns. Faktoranalys baserad på resultat från en befolkningsstudie resulterade i faktorerna Neuroticism, Extraversion och Aggressiveness.

Det amerikanska formuläret *NEO-PI* har sitt ursprung i den s.k. femfaktormodellen som utvecklades utifrån psykometri och lexikal

analys, vilket innebär att adjektiv av personbeskrivande art i dagligt tal systematiskt analyseras och faktoranalyseras i syfte att reducera antalet items. NEO-PI omfattar dimensionerna Neuroticism (känslolabilitet), Extraversion (utåtvändhet), Openness to experience (öppenhet), Agreeableness (vänlighet) och Conscientiousness (målmedvetenhet). Varje faktor omfattar ett antal underliggande högt korrelerade personlighetsdrag. Upprepade mätningar av personlighetsdrag med NEO-PI har visat en hög stabilitet efter såväl kort som lång tid. I studier av individer diagnostiserade med DSM-personlighetsstörningar har man funnit att dessa kan beskrivas med hjälp av olika profiler av de ingående faktorerna.² Instrumentet omfattar 240 frågor och är översatt till svenska. Användandet av skalan begränsas av behörighets- och copyrightföreskrifter.

The Temperament and Character Inventory (TCI) är ett instrument som utvecklats av den amerikanske forskaren Robert Cloninger. Enligt Cloninger definieras personligheten som en uppsättning av temperaments- och karaktärsfaktorer. Han postulerar att temperamentsfaktorerna regleras av specifika, genetiskt kontrollerade neurotransmittersystem, medan karaktärsfaktorerna föreslås vara grundade på en syntes av information om social och kognitiv utveckling. Denna modell representerar ett försök att integrera nuvarande kunskap om neurotransmittersystem med modern personlighetsforskning.

Temperamentsdimensionerna omfattar Novelty-Seeking, Harm-Avoidance, Reward Dependence samt Persistence. Karaktärsfaktorerna omfattas av Self-Directedness, Co-Operativeness and Self-Transcendence. Enligt Cloninger och medarbetare kan personlighetsstörningarna definieras eller modelleras som en kombination av extrema temperamentsdrag och låga poäng (indikerande avvikande nivåer) på karaktärsfaktorernas skalor, framför allt Self-Directedness.¹⁷ Formuläret omfattar 238 frågor och finns på svenska. Användandet av skalan begränsas av behörighets- och copyrightföreskrifter.

Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) är utvecklat av kanadensaren Robert Hare i syfte att identifiera psykopatiska personlighetsdrag.⁵ Instrumentet har visats ha god förmåga att predicera återfall i våldsrelaterad brottslighet samt för att mäta behandlingssvar av intervention. För att använda PCL-R krävs omfattande skolning och trä-

ning. Instrumentet är översatt till svenska och används främst vid rättspsykiatriska undersökningar samt i forskning.

En självskattningsskala för att mäta svårighetsgrad av symtom vid borderline personlighetsstörning har utvecklats vid Karolinska Institutet. Skalan, benämnd *Karolinska Affective and Borderline Symptom Scale – Self rating* (KABOSS-S), har konstruerats med det vittfamnande syftet att mäta grad av depressions-, ångest-, tvångs- och borderline symtom. Personlighetsinventorier identifierar relativt stabila personlighetsdrag ("trait") medan instrument av den här typen mäter symtom som mestadels varierar över tid ("state"). KABOSS-S består av items från CPRS-S-A (se CPRS, s. 36) samt av åtta nykonstruerade variabler i "CPRS-format" som mäter borderline personlighetsdrag.

Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) är en nyligen publicerad semistrukturerad intervju, där de nio DSM-IV-kriterierna för borderline personlighetsstörning mäts dimensionellt på operationaliserade skalsteg från 0–4.²⁰ De nio symtomen är grupperade i fyra domäner, vilka fastställts genom faktoranalys. Domänerna är a) affektiv störning (ilska, affektiv instabilitet, tomhetskänslor); b) kognitiv störning (identitetsstörning, misstro/misstänksamhet/dissociation); c) impulsivitet (självskadebeteende/suicidalitet, annat självskadebeteende); d) störda relationer (undvikande av separation, instabila relationer). Skalan har utvecklats för att utvärdera effekt av behandling, dess reliabilitet och validitet har fastställts empiriskt. ZAN-BPD finns ännu inte översatt till svenska.

Instrument för psykiatrisk differentialdiagnostik

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) är en semistrukturerad intervju för diagnostik av kliniska syndrom. Den finns både i en särskild forskningsversion och i en klinisk version.⁴ Den kliniska versionen är indelad i sex moduler: Förstämningsepisoder, Psykotiska symtom, Psykotiska syndrom, Förstämningssyndrom, Drogproblem samt Ångestsyndrom och andra störningar. På samma sätt som SCID-II startar den med en översiktsintervju. Denna omfattar frågor om tidigare och aktuell psyko-

patologi, tidigare behandling samt social och yrkesmässig funktionsförmåga. Tidsåtgången för en SCID-I-intervju varierar i regel mellan 60 och 90 minuter beroende på problemkomplexiteten och patientens uthållighet och ork. Utbildning krävs för att använda intervjun.

Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) utvecklades i Sverige i slutet av 70-talet.²¹ Skalan består av 65 psykopatologiska variabler (40 observerade och 25 rapporterade) som är tänkta att täcka in signifikant psykopatologi från i stort sett alla axel I-tillstånd (aptitlöshet, nedstämdhet, ångestkänslor, konversionsymtom, vanföreställningar etc.). Från CPRS har sedan syndromspecifika skalor konstruerats, t.ex. den mycket använda Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)⁷ och även skalor avseende ångestsyndrom, tvångssyndrom, schizofreni, dysfori vid somatisk sjukdom osv. Självbedömningsformuläret CPRS Self-rating Scale for Affective Syndromes (CPRS-S-A) har också utvecklats från CPRS.¹⁵

The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS) är en skattningsskala konstruerad för att bedöma förekomst, styrka och förändring (över tid) av symtom vanliga vid schizofreni.⁶ Skattningsskalan inkluderar 30 operationaliserade items fördelade på tre delskalor avseende positiva symtom, negativa symtom och allmänna symtom. Varje item följs av en beskrivning av vad som måste föreligga för att ett individuellt item skall räknas som uppfyllt, samt en beskrivning av hur man graderar svårighetsgrad och skalsteg. Varje enskilt item skattas från 1 (saknas) till 7 (extremt uttalat). Användandet av PANSS begränsas av copyright.

Differentialdiagnostik vid neuropsykiatriska störningar

Många neuropsykiatriska störningar under barn- och ungdomstiden kvarstår i vuxen ålder och kan vara svåra – eller omöjliga – att skilja från personlighetsstörningar. De kan också finnas samtidigt med en personlighetsstörning. Ett vanligt exempel är uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (eng. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD). Senare studier visar att ADHD förekommer hos ett par procent av den vuxna befolkningen. Differentialdiagnostik av personlighetsstörningar kontra neuropsykiatriska störningar som kvarstår i

vuxen ålder är oftast komplicerad. Detta blir särskilt tydligt då den neuropsykiatriska störningen inte diagnostiserats och behandlats under barn- eller ungdomsåren.

Utredning av neuropsykiatriska störningar hos vuxna bör utföras i ett teamarbete med erfarenhet av den här typen av bedömningar (se t.ex. Socialstyrelsens Kunskapsöversikt om ADHD hos barn och vuxna, 2002).¹³

Barnpsykiatrisk anamnes

DSM-IV innehåller ett kapitel med rubriken ”Störningar som vanligen diagnostiseras hos spädbarn, barn eller ungdomar”. En väsentlig del av kapitlet omfattar utvecklingsavvikelse, såsom mental retardation, specifika inlärningssvårigheter, störd språkutveckling, motoriska problem och störd förmåga till social interaktion. Alla avvikelser från den normala utvecklingen kan påverka en individs personlighet, dels direkt då de har ett neurobiologiskt underlag, dels sekundärt beroende på de konsekvenser de ger upphov till. En barnpsykiatrisk anamnes bör därför ta upp patientens kognitiva, språkliga, motoriska och sociala utveckling. Vidare bör såväl hereditet som graviditet och förlossning belysas. Det är viktigt att få en bild av patientens aktivitetsgrad, koncentrationsförmåga, impulsivitet, aggressivitet och eventuella normöverskridande beteenden under uppväxtåren. Händelser utöver det vanliga liksom eventuella trauman under uppväxten bör gås igenom, då dessa kan påverka personlighetsutvecklingen. Det är även viktigt att utforska psykisk sjuklighet under barn- och ungdomsåren, eftersom sådan sjuklighet har visat sig vara relaterad till ökad förekomst av personlighetsstörningar i vuxen ålder.

Riskbedömning

Riskbedömning måste alltid definieras i termer av risk för vem, för att göra vad, i vilken situation och inom vilken tidsram. En riskbedömning i psykiatrisk vård måste dessutom kopplas till någon form av riskhantering. Det är olämpligt att beteckna patienter som ”farliga” som om det vore en stabil egenskap.

Vid vård och behandling av psykiatriska patienter finns det många situationer där man har anledning att bedöma om det finns risk för våldshandling. Tillvägagångssättet har stora likheter med bedömning av självmordsrisk. Det finns inget instrument som kan ersätta en samlad klinisk bedömning, men det finns kunskaper om riskfaktorer som bör ingå i en bedömning. Liksom vid bedömning av självmordsrisk är det viktigaste steget att frågan tas upp med patient och eventuellt också med anhöriga, samt att bedömningsunderlag inhämtas, värderas och dokumenteras.

Bedömning av risk för våldshandling, mestadels definierad som våldsbrott, har blivit föremål för omfattande forskning under senare år. De allra flesta studierna gäller patienter som redan gjort sig skyldiga till våldsbrott, där syftet är att göra en bedömning om risk för återfall inför en permission eller utskrivning. Det finns flera rapporter utgivna av Rättsmedicinalverket om riskbedömning av patienter i samband med rättspsykiatrisk undersökning.^{10, 11} I en sådan situation är bastalet högt, dvs. risken för förnyad våldshandling stor. Man har också kunnat visa att strukturerad instrumentbaserad riskbedömning i betydande grad kan öka precisionen i prediktion av återfall.

Det instrument som har validerats i flest studier under senare år är HCR-20.¹⁹ Det är ett skattningsinstrument som omfattar 20 punkter, som på olika grunder anses vara förknippade med ökad risk för våldshandling. Dessa är fördelade på tre domäner: *Historiska faktorer*, t.ex. tidigare våldshandlingar och även förekomst av olika typer av psykiatriska störningar, *kliniska faktorer*, t.ex. brist på insikt, och *riskfaktorer* som avspeglar riskhanteringen, t.ex. brist på stöd och hjälp.¹⁸ Instrumentet finns översatt till svenska.¹

När det gäller allmänpsykiatriska patienter är situationen annorlunda, framför allt eftersom risken för en våldshandling är betydligt lägre än bland rättspsykiatriska patienter. Ju lägre s.k. bastal av våldshandlingar man har i en grupp, desto svårare blir det att med rimlig specificitet identifiera riskindivider. En uppföljningsstudie från USA av patienter som skrivits ut från psykiatrisk klinik visade t.ex. att våldshandlingar under en uppföljningstid på ett år inte var vanligare i patientgruppen än vad man fann i en kontrollgrupp av icke-patienter. Detta gällde personer utan missbruk. I båda grupperna ökade före-

komst av missbruk risken betydligt och det var också vanligare med missbruk i patientgruppen, vilket var den huvudsakliga förklaringen till det ökade antalet våldshandlingar man såg i patientgruppen som helhet.¹⁵

När det gäller riskbedömning i psykiatri av patienter med personlighetsstörning har man inte kunnat visa att något riskbedömningsinstrument har tillräcklig prediktiv kraft att med rimlig säkerhet förutsäga våldshandlingar. Trots det finns det skäl att rekommendera en strategi där tänkbara riskfaktorer efterfrågas och identifieras, värderas och dokumenteras. De viktigaste riskfaktorerna är av historisk natur, t.ex. tidig våldsdebut och tidigare våldshandlingar. Andra faktorer av betydelse är t.ex. uppförandestörning i barn- och ungdomsår, dålig impuls kontroll, antisocial personlighetsstörning eller förekomst av en personlighetsstörning av psykopatityp som kan diagnostiseras enligt PCL-R.⁵ I en riskbedömning kan också HCR-20 användas som en checklista över faktorer det finns anledning att beakta, även om den samlade skattningspoängen måste tolkas med stor försiktighet.

Den helt avgörande strategin är att:

1. ställa de ofta svåra frågorna till patient och anhöriga om våldsbeteende
2. komplettera med information från andra källor
3. värdera underlaget
4. göra en samlad bedömning som dokumenteras
5. slutligen redovisa en plan för riskhantering.

Det måste betonas att både bedömning och plan för hantering av risk skall uppfattas som en dynamisk process som kontinuerligt måste omprövas och revideras.

Bedömning av självmordsrisk

Individer med personlighetsstörning har en ökad risk att dö i förtid på grund av självmord. Vid samsjuklighet med depression och missbruk ökar risken ytterligare. Analys och utredning av självmordsbenägenhet är därför av särskilt vikt då man utreder och behandlar individer med personlighetsstörning. Självmordsrisken varierar beroen-

de av tid, plats och situation. Detta är kanske särskilt viktigt att tänka på vid bedömning av individer med borderline personlighetsstörning, där kliven på självmordsstegen – upp såväl som ner – ofta går med en rasande fart. För detaljerade riktlinjer avseende utredning och behandling av självmordsnära patienter hänvisas till SPF, nr 5, Självmordsnära patienter.¹⁶

Referenser

1. Belfrage H., Fransson G. *HCR-20 Bedömning av risk för framtida våld*. Växjö: Psykiatriskt regionvårdscentrum, 1997.
2. Costa P.T., McCrae R.R. Personality disorders and the five factor models of personality. *Journal of Personality Disorders* 1990; 4: 362–371.
3. Gustavsson J.P., Bergman H., Edman G., Ekselius L., von Knorring L., Linder J. Swedish universities Scales of Personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102: 217–225.
4. First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Benjamin L.S. *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. Svensk bearbetning av J. Herlofson. Danderyd: Pilgrim Press, 1999.
5. Hare R.D. *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – revised*. Toronto: Multi-Health Systems, 1991.
6. Kay S.R. *Positive and negative syndromes in schizophrenia. Assessment and research*. New York: Brunner/Mazel, 1991.
7. Montgomery S.A., Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 1979; 134: 382–389.
8. Nyman G.E., Marke S. *Sjöbrings differentiella psykologi*. (The differential psychology of Sjöbring. Analysis and scale construction). Lund: Gleerups, 1962.
9. Ottosson H., Bodlund O., Ekselius L., Grann M., von Knorring L., Kullgren G., Lindström E., Söderberg S. DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry* 1998; 13: 246–253.

10. Rättsmedicinalverket. *Riskbedömning vid rättspsykiatrisk undersökning*. RMV-rapport 2000: 1.
11. Rättsmedicinalverket. *Riskbedömningar och riskhantering – principiella frågeställningar och praktisk verksamhet*. RMV-information 2000: 3.
12. Schalling D., Asberg M., Edman G., Orelund L. Markers for vulnerability to psychopathology: temperament traits associated with platelet MAO activity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987: 76: 172–82.
13. Socialstyrelsen. *ADHD hos barn och vuxna*. Stockholm, 2002.
14. Steadman H.J., Mulvey E.P., Monahan J., Robbins P.C., Appelbaum P.S., Grisso T., Roth L.H., Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the neighbourhood. *Archives of General Psychiatry* 1998: 55: 393–401.
15. Svanborg P., Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994: 89: 21–28.
16. Svenska Psykiatriska Föreningen och Spri. *Självordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svensk Psykiatri 1997, nr 5.
17. Svrakic D.M., Whitehead C., Przybeck T.R., Cloninger C.R. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993: 50: 991–999.
18. Webster C.D., Eaves D., Douglas K.S., Wintrup A. *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Service Commission of British Columbia, 1995.
19. Webster C.D., Douglas K.S., Eaves D., Hart S.D. *HCR-20: Assessing the risk for violence*. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 1997.
20. Zanarini M.C. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders* 2003: 17: 233–242.

21. Åsberg M., Montgomery S.A., Perris C., Schalling D., Sedvall G.
A Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS). *Acta
Psychiatrica Scandinavica* 1978: Suppl. 271.

Generella synpunkter på behandling

Samsjuklighet mellan kliniska syndrom och personlighetsstörningar är snarare regel än undantag. Det är viktigt att understryka att personlighetsstörning inte är ett skäl att vara mindre offensiv i behandlingen av samexisterande axel I-problematik. Tvärtom – diagnostik och behandling av förekommande axel I-syndrom är viktig och angelägen. Tidigare forskning har visat att en offensiv behandlingsstrategi av samexisterande axel I-syndrom ofta medför förbättring av malapitiva personlighetsdrag, vilket i sin tur kan bidra till ökad behandlingsframkomlighet av den aktuella personlighetsstörningen.

2001 publicerade Amerikanska Psykiatriska Föreningen riktlinjer för behandling av patienter med borderline personlighetsstörning.¹ Initiativet har emottagits med stor erkänsla blandat med kritiska kommentarer: ”The authors of this practice guidelines have combined a small degree of evidence with a large raft of expert opinion and have gone a bridge too far in their recommendations. Readers will find much of value in the document, but they should regard it as speculative rather than prescriptive and be sceptical about many of its conclusions”, skriver professor Tyrer i *Journal of Personality Disorders*.¹⁵

Trots att individer med svår personlighetsproblematik har utgjort en ansenlig del av psykiatrins patienter råder fortfarande stor brist på empirisk forskning och antalet randomiserade, kontrollerade studier är få. Mot bakgrund av detta faktum är det ännu inte möjligt – och kanske inte ens lämpligt – att försöka utforma detaljerade riktlinjer

för behandling av specifika personlighetsstörningar. I denna bok har arbetsgruppen därför valt att sammanfatta och kortfattat beskriva de mest dokumenterade behandlingsalternativen, samt ge vägledning i hur behandlingsarbetet kan bedrivas, liksom vad man särskilt skall beakta i mötet med individer med personlighetsstörning (se även de specificerade personlighetsstörningarna).

Behandlingsmål

Vid personlighetsstörning är problematiken generell och vittfamnande. Patienten har adaptiva svårigheter som visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang. Detta medför särskilda svårigheter att definiera behandlingsmål. På ett övergripande plan är målet med behandlingen att öka den adaptiva förmågan. Förhoppningen är att patienten skall kunna förbättra sin livskvalitet i olika relevanta avseenden.⁹

Behandlingen syftar till att

- reducera symtom och förbättra patientens förmåga att hantera symtomen,
- utveckla mer adaptiva sätt att hantera situationsrelaterade problem,
- bygga upp kompetens att hantera och reglera affekter och impulser,
- utveckla mer adaptiva sätt att använda och uttrycka grundläggande personlighetsdrag,
- förbättra interpersonella färdigheter och utveckla mer adaptiva sätt att relatera till andra,
- främja mer adaptiva lösningar till livets utmaningar, genom att utveckla mer integrerade och koherenta själv- och interpersonella system.

För sofliga patienter med personlighetsstörning är suicidrisk ett återkommande problem. Främst gäller detta vid borderline personlighetsstörning, där självskadande beteende med åtföljande risk för självmord är en mycket vanlig del av problematiken. Marsha Linehan anger för kontakten med borderlinepatienter en målhierarki som kan vara av värde också vid andra personlighetsstörningar. Under en lång-

varig behandlingskontakt med en personlighetsstörd patient kommer framgångar och motgångar avlösa varandra i arbetet. Målhierarkin kan vara ett stöd vid hanteringen av motgångar.

- 1) Först och främst skall patientens överlevnad säkras så långt som möjligt.
- 2) Därefter skall strävan vara att säkra den fortsatta behandlingskontakten. Eventuella brott eller problem i alliansen mellan patient och behandlare behöver uppmärksammas, så att ett nödvändigt mått av förtroende kan bibehållas.
- 3) Den omedelbara anledningen till vårdkontakt är ofta besvärande axel I-symtom hos patienter med personlighetsstörning. Behandlingen bör därför inriktas på symtomlindring och symtomhantering när sådana besvär tar uppmärksamheten i anspråk. Detta kan ske med olika metoder, t.ex. farmaka, psykoterapi och stressreducerande psykosociala interventioner. Symtomlindring är ett viktigt sätt att säkra behandlingskontakten och öka följsamheten. Patienten blir helt enkelt motiverad att fortsätta kontakten.
- 4) På sikt handlar målen om förändring och utveckling av vardagsfärdigheter och relationsfärdigheter så att patientens självaktning och självkänsla gradvis förbättras.

Psykoterapi

Sedan 1999 har tre översiktsartiklar om psykoterapeutisk behandling vid personlighetsstörningar publicerats i *American Journal of Psychiatry* och *British Journal of Psychiatry*.^{2, 6, 13} Alla tre ger stöd för att såväl kognitiv terapi/kognitiv beteendeterapi som psykodynamisk psykoterapi utgör effektiv behandling av personlighetsstörning, men författarna betonar att de flesta studier har påtagliga svagheter i metodologin. Man poängterar starkt behovet av randomiserade, kontrollerade studier med längre uppföljning och förfinade metoder, liksom mer homogena behandlingsgrupper och manualbaserade terapier. Mot bakgrund av det begränsade antalet studier som gjorts, den heterogena studiedesignen och det relativt låga antalet individer som studerats, går det ännu inte att uttala sig om huruvida någon av dessa psykoterapeutiska metoder är mer effektiv än de andra. Detta är ock-

så den ståndpunkt som framförs i ett policydokument om personlighetsstörningar från National Institute for Mental Health in England publicerat i slutet av 2003.¹²

Utmärkande drag för psykoterapeutisk behandling som lett till framgångsrikt resultat är att behandlingen

- är väl strukturerad,
- strävar efter hög behandlingsföljsamhet,
- har tydligt fokus (t.ex. på självskadebeteende eller interpersonella relationer),
- är teoretiskt enhetlig och sammanhängande,
- är relativt lång,
- är väl integrerad med övriga behandlingsåtgärder,
- involverar en tydlig behandlingsallians mellan terapeut och patient.

Arbetet med personlighetsstörda patienter ställer höga krav på professionalism hos terapeuten. Patienterna är definitionsmässigt avvikande, inte minst med avseende på mellanmänskligt samspel. Terapeutens egna reaktioner i samspelet med patienten, s.k. motöverföring, har traditionellt fokuserats i dynamiska terapier. Under senare år har motöverföringen uppmärksammats också inom de kognitiva och beteendearbetade terapierna.

Kognitiva och beteendearbetade terapier

Efter det att Aaron Becks kognitiva terapi under 1970-talet fått sitt genombrott som verksam behandling vid lätta till medelsvåra akuta depressioner, har terapiformen utvecklats och kommit att tillämpas vid ett stort antal kliniska tillstånd.³ Teoretiskt utgår den kognitiva terapin från konstruktivistiska teorier om hur information registreras, tolkas, lagras i minnet och organiseras i scheman som a) ger personlig mening och innebörd åt flödet av händelser, samtidigt som de b) anger individspecifika strategier för hur personen skall förhålla sig och agera i varje enskild situation.

Beck använder sig flitigt av tekniker lånade från beteendeterapin. Inlärningsteori har emellertid en underordnad betydelse i kognitiv terapi. Inom den beteendeterapeutiska skolan kom man tidigt att ta intryck av Becks kognitiva terapi. Från ett inlärningsteoretiskt perspek-

tiv kom man att vidga beteendebegreppet till att omfatta även kognitioner. Detta är grunden till vad som kom att kallas kognitiv beteendeterapi (KBT). Troligen finns det mycket att vinna om man på ett genomtänkt sätt låter bägge dessa synsätt växelspela i arbetet med personlighetsstörda patienter.

I kognitiva och beteendeinriktade terapier betonar man i arbetet med patienter med personlighetsstörning de faktiska kunskaps- och erfarenhetsbristernas roll i problematiken. Personlighetsstörning konceptualiseras i termer av tolkningsmönster och handlingsstrategier som en gång i individens tidiga barndom fungerade som nödlösningar för att hantera faktiska svårigheter i familjemiljön, men som i vuxentillvaron inte längre är funktionella. Synsättet underlättar ett icke-värderande förhållningssätt till patientens problematiska beteende, eftersom man tolkar det som att denne faktiskt inte kan bättre.

De kognitiva och beteendeinriktade terapierna fokuserar genomgående arbetet på konkreta situationer och specifika händelser som känns svåra för patienten. Patienten och terapeuten utforskar vardagliga händelser i patientens liv. Terapeuten styr genom sina frågor patientens uppmärksamhet i önskvärd riktning. Via hemuppgifter, som arbetas fram gemensamt av patient och terapeut, prövar patienten nya strategier och beteenden och utvärderar sedan resultatet. Strukturen tillmäts stor betydelse för framgång i terapin.

Det finns en rik litteratur i ämnet ”coping” som man med fördel kan använda sig av i arbetet med personlighetsstörda patienter. Någon enkel väg till terapeutisk framgång rör det sig dock inte om. Bakom erfarenhetsbristerna ligger emotionella hinder som hanterats via olika former av skydds beteenden, där undvikande beteende är en av de viktigaste strategierna. I terapi med personlighetsstörda patienter måste terapeuten därför uppmärksamma och i betydande grad också inrikta arbetet på emotionella hinder för förändring.

Dynamisk psykoterapi

Målet för psykodynamisk insiktsterapi av icke personlighetsstörda individer är att ge patienten en ökad insikt i hur livshändelser och omständigheter i det förflutna lever vidare i patientens omedvetna.⁴ Genom att göra det omedvetna medvetet tänker man sig att de infantila

mönster och föreställningar som påverkar den vuxne i irrationell och dysfunktionell riktning får ett minskat inflytande, därigenom får individen möjlighet att hantera sitt liv på ett mer adaptivt och vuxet sätt. Terapeutens neutrala och icke-direktiva hållning i psykodynamisk terapi gynnar regression och utveckling av överföring från patient gentemot terapeut. Patientens problematik gestaltar sig efter hand i terapirummet i förhållande till terapeuten och kan på så sätt medvetandegöras.

Vid terapi med personlighetsstörda patienter ter sig situationen annorlunda. Patientens ”jag” är outvecklat och omoget. Den psykosexuella utvecklingen kännetecknas av tidiga fixeringspunkter och identitetskänslan är ofta skör. Vid dynamisk terapi av personlighetsstörda patienter måste terapeuten ofta vara relativt sett mer stödjande än tolkande eller neutral. Fokus för terapin är att hjälpa patienten att motverka regression, att utvecklas och mogna – dvs. att utveckla jagfunktioner som individen tidigare inte tillägnat sig.

Fokuseringen och inriktningen av det terapeutiska arbetet med omedvetna processer, med den historiska bakgrunden till den aktuella problematiken samt med överföringen till terapeuten är central för dynamisk terapi, oavsett om patienten har personlighetsstörning eller ej. Psykodynamiska terapier är vanligtvis längre än vid kognitiva terapier eller kognitiva beteendeterapier. Under senare år har dock mer fokuserade korttidsterapier utvecklats inom den dynamiska traditionen, även för behandling av personlighetsproblematik.

Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en psykoterapiform som utvecklats specifikt för kroniskt suicidala patienter med borderline personlighetsstörning.^{5,7,8} DBT är en strukturerad terapiform som äger rum dels som individualterapi, dels i form av färdighetsträning. I behandlingen görs noggranna analyser av individens problembeteenden, med fokus på att ersätta livshotande och självskadande beteenden med mer funktionella sätt att handskas med problem. Färdighetsträning sker i grupp och är en rent pedagogisk del av behandlingen. Både individualterapi och färdighetsträning är nödvändiga moment för maximal effekt.

DBT har i upprepade studier visats kunna minska suicidala beteenden och självmordsförsök samt förbättra den sociala funktionsnivån. Man har också visat att DBT är mer kostnadseffektiv än konventionell behandling, framför allt genom minskat behov av slutenvård.

Läkemedelsbehandling

Senaste års forskning har allt starkare belägg för att patologiska personlighetskaraktäristika är förenade med neurokemiska avvikelser, vilket resulterat i ett ökat intresse för farmakologisk behandling. Resultat från ett stort antal läkemedelsstudier med positiva utfall har publicerats under senare år, men deltagarantalet har i de flesta undersökningar varit lågt och ofta saknas placebobehandlad kontrollgrupp. Det betyder inte att läkemedel är verkningslösa, men ännu saknas evidens för att göra specifika rekommendationer. Inga läkemedel har ännu indikationen personlighetsstörning.

Generellt bör man se medicineringen som symtomatisk.^{10, 14} Läkemedelsbehandling skall föregås av ett kritiskt resonemang kring vad den skall syfta till, hur den skall utvärderas och hur länge behandlingen skall pågå. Denna analys bör noggrant dokumenteras i patientens journal. För att medicineringen skall fungera optimalt krävs omsorgsfull information till patienten, god samarbetsallians och kontroll av följsamhet. Behandling med beroendeframkallande medel bör undvikas i möjligaste mån. Vid receptförskrivning måste risken för intoxikationer noga beaktas.

Behandlingsutvärdering

Få patienter med personlighetsstörning blir helt ”normaliserade”. För flertalet är ett mer realistiskt resultat en relativt sett ökad adaptivitet i form av förbättrad livskvalitet och förbättrad social och yrkesmässig funktionsförmåga.

Problemen vid personlighetsstörning tenderar att vara globala och är ofta diffusa för såväl patient som behandlare. Allmänt sett har därför struktur en viktig funktion att fylla i behandlingsarbetet. En hörnsten i det sammanhanget är fortlöpande behandlingsutvärdering,

vilket dessutom bidrar till den nödvändiga strukturen. GAF-skalan (Global Assessment of Functioning), som utgör axel V i DSM-systemet, är en skattningsskala som syftar till att återspegla grad av psykisk ohälsa.¹¹ Skalan utgår från symtom respektive funktionsförmåga socialt, i arbete och i andra viktiga hänseenden. Ibland kan den liknande SOFAS-skalan (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) ses som ett komplement, eftersom den lämnar symtombilden utanför skattningen.¹¹

En utvärdering av arbetet med patienter med personlighetsstörning bör även inkludera diagnostiska instrument som SCID Screen och SCID-II. Vid en väl genomförd behandling är det troligt att ett antal delkriterier inte längre är uppfyllda. Det kan också tänkas att problemen inte längre är av den arten att de når nivån för klinisk signifikans. Diagnosen kan då avskrivas, alternativt ersättas med en subklinisk personlighetsstörningsdiagnos i form av att man enbart anger maladaptiva personlighetsdrag på axel II.

Ett vanligt sätt att utvärdera behandling är slutligen att man noterar antalet vård dygn per år i slutenvård. Vid behandling av borderlinepatienter är detta en enkel och talande metod att utvärdera arbetsinsatserna.

Referenser

1. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *American Journal of Psychiatry*. 2001 okt.; 158 (Suppl. 10): 1–52.
2. Bateman A.W., Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 138–143.
3. Beck A.T., Freeman A.M., Davis D.D. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press, 2004.
4. Kernberg O.F., Selzer M.A., Koenigsberg H.W., Carr A.C., Appelbaum A.H. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books, 1989.
5. Kåver A, Nilsson Å. *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*.

- Stockholm: Natur och Kultur, 2002.
6. Leichsenring F., Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 1223–1232.
 7. Linehan M.M., Heard, H. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 1060–1064.
 8. Linehan M.M., Heard H., Armstrong H.E. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 971–974.
 9. Livesley W.J. *Practical management of personality disorder*. New York: The Guilford Press, 2003.
 10. Markovitz P.J. Recent trends in the pharmacotherapy of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 2004; 18: 90–101.
 11. American Psychiatric Association. *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Svensk översättning: J. Herlofson, N. Landqvist. Danderyd: Pilgrim Press, 1995.
 12. National Institute for Mental Health in England. *Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion*. www.nimhe.org.uk
 13. Perry J.C., Banon E., Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1312–1321.
 14. Rydén G., Vinnars B. Farmakologisk behandling vid borderline personlighetsstörning. *Läkartidningen* 2002; 99: 5088–5094.
 15. Tyrer P. Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: a bridge too far. *Journal of Personality Disorders* 2002; 16: 113–118.

Specifika personlighetsstörningar

Det kan vara på sin plats att återigen påminna om att de allmänna diagnostiska kriterierna måste vara uppfyllda för att en personlighetsstörningsdiagnos skall kunna komma ifråga. Varje specifik personlighetsstörning i DSM-IV och ICD-10 definieras därutöver med ett antal diagnostiska kriterier som åsyftar sådana beteenden eller karaktärsdrag som kännetecknar störningen ifråga. Antalet varierar mellan fem och nio beroende på störning och diagnossystem. Med få undantag krävs att hälften eller fler av kriterierna skall vara uppfyllda för diagnos, men inget specifikt kriterium utgör diagnostiskt krav. Denna s.k. prototypiska modell är grundad på idén att de olika diagnoskategorierna representeras av prototyper som man kan likna i högre eller mindre grad. I praktiken innebär detta att man inom en och samma diagnos inkluderar en betydande variation i den kliniska bilden. I extremfallet kan det leda till att två individer kan diagnostiseras med samma personlighetsstörningsdiagnos utan att uppfylla ett enda gemensamt kriterium.

I de följande avsnitten ges en beskrivning av särdrag och egenheter som har diagnostisk betydelse för varje separat personlighetsstörning. Tanken är att dessa beskrivningar skall komplettera (men inte ersätta) de operationaliserade kriterierna i DSM och ICD och underlätta igenkännandet av personlighetsstörningar i den kliniska vardagen. Beskrivningarna gör dock inte anspråk på att vara fullständiga.

Paranoid personlighetsstörning

Prevalensen av paranoid personlighetsstörning i befolkningen har

rapporterats till 0,5–2,5 procent. Bland slutenvårdspatienter är förekomsten högre. Det finns studier som visat en ökad prevalens av paranoid personlighetsstörning hos nära anhöriga till personer med schizofreni eller med vanföreställningssyndrom.

Klinisk bild

Utmärkande för den paranoida personlighetsstörningen är ett mönster av djupgående misstro och misstänksamhet gentemot andra. Som barn kan dessa individer te sig kritikkänsliga, blyga, försiktiga och sensitiva. Vuxna individer med denna personlighetsstörning är ofta svåra att komma överens med, vilket leder till problem i nära relationer. De upplevs som misstänksamma, fientliga, kyliga och tycks vara i avsaknad av varmare känslor för andra. De är kritiska, ter sig rigida och litar inte på andra människor. Känslan för autonomi är stark och de har samarbetssvårigheter.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Vid belastning kan individer med en paranoid personlighetsstörning drabbas av korta, psykotiska episoder (som varar från minuter till timmar). Ibland kan denna störning diagnostiseras före ett vanföreställningssyndrom eller en schizofreni. Risken finns också att individer med paranoid personlighetsstörning insjuknar i depressiva episoder, agorafobi eller tvångssyndrom. Även risken för missbruk av alkohol eller andra psykoaktiva substanser är förhöjd. Samsjuklighet mellan paranoid personlighetsstörning och andra störningar förekommer. Detta gäller då främst schizotypal, schizoid, narcissistisk, fobisk och borderline personlighetsstörning.

Paranoid personlighetsstörning kan särskiljas från vanföreställningssyndrom, paranoid schizofreni och bipolära sjukdomar med psykotiska symtom, eftersom de senare tre tillstånden karaktäriseras av ihållande psykotiska symtom, vilka saknas vid personlighetsstörning. Under ett pågående axel I-syndrom kan en paranoid personlighetsstörning på axel II endast diagnostiseras om personlighetsstörningen fanns innan de psykotiska symtomen utvecklades och kvarstår när de psykotiska symtomen avklingat. Andra differentialdiagnoser är personlighetsförändring beroende på somatisk sjukdom,

personlighetsförändring beroende på missbruk samt paranoida drag associerade med utvecklingen av ett fysiskt handikapp (såsom tilltagande dövhet). Andra personlighetsstörningar kan också utgöra differentialdiagnostiska svårigheter, speciellt de från samma kluster.

Bemötande och behandlingsaspekter

Vad gäller bemötande av individer med en paranoid personlighetsstörning är det viktigt att visa respekt inför deras misstänksamhet. I stället för att försöka överbevisa individen om att man har goda avsikter, kan det vara mer effektivt att vid inledningen av kontakten säga t.ex.: ”Jag förstår att det kan vara svårt att lita på mig eftersom vi inte träffats förut.” När personens mönster av misstro mot andra klart framträder är det viktigt att sätta ord på detta. Det kan också vara klokt att peka på att denna misstänksamhet även utgör ett potentiellt hot mot behandlingskontakten. Det är vanligt att patienter ber att få läsa sin journal. Som vid all annan dokumentation är det viktigt att tänka på hur man formulerar sig.

Studier som specifikt utvärderat behandling vid paranoid personlighetsstörning saknas. I klinisk praxis kan man överväga att behandla uppvisade tecken och symtom farmakologiskt. Detta förutsätter oftast att individen har ett visst mått av sjukdomskänsla/sjukdomsin-sikt.

Schizoid personlighetsstörning

Den schizoida personlighetsstörningen är ovanlig. Schizoid personlighetsstörning har förmodligen högre prevalens hos nära anhöriga till individer med schizofreni och schizotypal personlighetsstörning.

Klinisk bild

Utmärkande för den schizoida personlighetsstörningen är ett genomgripande mönster av avståndstagande från sociala relationer samt begränsade emotioner. Detta börjar tidigt i livet och visar sig i många sammanhang.

Personer med schizoid personlighetsstörning har ingen önskan om och är ointresserade av nära relationer. Att vara medlem i en familj el-

ler annan social grupp ger dem ingen tillfredsställelse. De föredrar att tillbringa tiden för sig själva, ter sig socialt isolerade och väljer aktiviteter där man inte behöver interagera med andra människor. De föredrar mekaniska eller abstrakta uppgifter, t.ex. dataspel. Ofta finns föga eller inget intresse för sexuella aktiviteter med andra personer eller ens något intresse för nöjsamma aktiviteter. Vanligtvis finns en reducerad erfarenhet av njutning genom sensoriska, kroppsliga eller interpersonella upplevelser. De har inga nära vänner eller förtrogna, möjligtvis kontakt med någon släkting.

Individer med en schizoid personlighetsstörning verkar ofta oemottagliga för kritik eller beröm och de verkar inte bry sig om vad andra tänker om dem. Den sociala interaktionen med andra är drabbad, de har svårt att vara med i sociala spel och kan uppfattas som ytliga och självupptagna. Som vid schizofreni, kan emotionell reaktivitet och ansiktsuttryck uppfattas som inadekvata av omgivningen. Individen har svårt att uppleva starka känslor som glädje eller ilska och ter sig kylig och avståndstagande.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Samsjuklighet med paranoid och schizotyp personlighetsstörning förekommer vid schizoid personlighetsstörning.

Den schizoida personlighetsstörningen har inga inslag av psykotiska symtom och kan därför särskiljas från vanföreställningssyndrom, schizofreni (speciellt med uttalade negativa symtom) och egentlig depression med psykotiska symtom. Om man vill ta upp schizoid personlighetsstörning som tilläggsdiagnos på axel II måste störningen ha varit närvarande före debuten av axel I-störningen, samt finnas kvar när de psykiska symtomen relaterade till axel I-störningen klingat av.

Differentialdiagnostiskt kan det vara svårt att skilja schizoid personlighetsstörning från mildare former av autism och Aspergers syndrom. Andra differentialdiagnoser är personlighetsförändring beroende på somatisk sjukdom och personlighetsförändring som utvecklats under ett kroniskt missbruk av psykoaktiva substanser.

Andra personlighetsstörningar kan sammanblandas med den schizoida. Det gäller särskilt schizotyp och fobisk. Dessa störningar har gemensamt med den schizoida ett mönster av social isolering och

undvikande beteende. Den schizotypa har därutöver kognitiva och perceptuella förvrängningar. I motsats till individer med fobisk personlighetsstörning saknar personer med schizoid störning en längtan efter nära relationer.

Bemötande och behandlingsaspekter

Det är viktigt att respektera den schizoida individens behov av distans. Alltför engagerade och emotionella terapeuter kan uppfattas som påträngande, och rent av hotfulla. Det finns inga empiriska studier rörande behandling av schizoid personlighetsstörning, endast enstaka fallstudier. Här har såväl beteendeterapi som kognitiv terapi visat blygsamma resultat.

Schizotypal personlighetsstörning

Prevalensen av schizotypal personlighetsstörning (även kallad schizotyp störning) i befolkningen varierar mellan 0,5–3 procent i olika studier. Störningen är vanligare hos förstagrads släktingar till individer med schizofreni. Även det omvända gäller – det föreligger en ökning av schizofreni och andra psykotiska sjukdomar hos nära släktingar till personer med schizotypal personlighetsstörning.

Klinisk bild

Schizotypal personlighetsstörning kännetecknas av ett genomgående drag av sociala och interpersonella svårigheter. Detta ger upphov till både lidande och minskad förmåga till sociala relationer. Dessa individer har även kognitiva svårigheter, nära till att missuppfatta verkligheten samt ett udda beteende. Störningen börjar i unga år och visar sig i en mängd olika sammanhang.

Individer med schizotypal personlighetsstörning har ofta hänsyftningsidéer. De kan vara vidskepliga eller upptagna med paranormala fenomen som ligger utanför deras kulturella eller subkulturella grupp. Vanföreställningsliknande tolkningar av verkligheten kan förekomma. Talet är ofta vagt och kan innehålla ovanliga uttalanden. Svar på frågor kan vara mycket konkreta eller överdrivet abstrakta, ord eller begrepp kan användas på ett ovanligt sätt. Sammanhanget skall dock

vara begripligt, så att det är möjligt att följa en röd tråd för den som talar med patienten.

Individer med schizotypal personlighetsstörning är ofta misstänk-samma och har en paranoid tolkning av verkligheten. De är ofta oför-mögna att visa adekvata affekter och uppfattas som stela, excentriska och udda. Ofta klär de sig lite ovanligt i plagg som inte passar tillsam-mans och de verkar omedvetna om sociala regler. Sociala relationer upplevs som problematiska och väcker ofta olust och ångest. Även om de kan uttrycka sorgsenhet över brist på mänsklig kontakt, så vi-sar deras beteende en minskad lust till nära relationer. Schizotypal personlighetsstörning uppvisar ett relativt stabilt förlopp och endast ett fåtal med denna diagnos övergår till att utveckla en schizofreni el-ler ett annat psykotiskt syndrom.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Individer med schizotypal personlighetsstörning kan söka hjälp för associerade symtom såsom ångest, depressivitet eller dysfori. I sam-band med stress kan de uppleva kortvariga psykotiska episoder, med varaktighet från minuter till timmar. Ibland kan mer kliniskt signifi-kanta psykotiska tillstånd utvecklas och individen kan då uppfylla kriterierna för kortvarig psykos, schizofreniformt syndrom, vanföre-ställningssyndrom eller schizofreni. Samtidig egentlig depression är vanlig. Samsjuklighet mellan schizotypal personlighetsstörning och schizoid, paranoid, fobisk och borderline personlighetsstörning är vanlig.

Schizotypal personlighetsstörning kan särskiljas från vanföreställ-ningssyndrom, schizofreni och förstämningssyndrom med psykotis-ka symtom då det inte föreligger några längre perioder med psykotis-ka symtom. Om man överväger schizotypal personlighetsstörning som tilläggsdiagnos, krävs att personlighetsstörningen funnits innan axel I-syndromet utvecklades samt att den finns kvar när de psykotis-ka symtomen avklingat.

Det kan vara svårt att särskilja barn och ungdomar med schizoty-pala personlighetsdrag från barn som är ensamvargar, udda, socialt isolerade eller har ett märkligt sätt att uttrycka sig. I denna grupp fin-ner man barn och ungdomar som lider av lättare former av autism,

Aspergers syndrom och olika typer av språkstörningar.

Schizotypal personlighetsstörning måste särskiljas från personlighetsförändring beroende på somatisk sjukdom eller beroende på ett kroniskt missbruk av psykoaktiva substanser.

Andra personlighetsstörningar kan sammanblandas med den schizotypala. Detta gäller främst paranoid, schizoid, fobisk, narcissistisk och borderline personlighetsstörning. Schizotypala drag under adolescensen kan avspegla övergående emotionell instabilitet snarare än en genomgripande personlighetsstörning.

Bemötande och behandlingsaspekter

Det är viktigt att ta hänsyn till dessa individers sociala ångest och lättväckta misstänksamhet. Man bör undvika att vara för abstrakt, emotionell eller familjär då detta kan misstolkas av individen. Det är också viktigt att alla typer av vårdkontakter med dessa individer är välstrukturerade.

Det är sparsamt med empiriska behandlingsstudier när det gäller schizotypal personlighetsstörning. I en okontrollerad studie visades att hälften av patienterna förbättrades på behandling med låga doser haloperidol.⁴ 50 procent av patienterna lämnade dock studien i förtid på grund av biverkningar, vilket gjorde att antalet studerade patienter blev lågt.

I en fallrapport av Beck och medarbetare beskrivs behandling med kognitiv terapi.² Beck har föreslagit fyra strategier för att behandla schizotypal personlighetsstörning:

- etablera en terapeutisk relation för att reducera social isolering
- öka social kompetens genom social färdighetsträning och träning av beteende och tal
- hålla terapisessionerna strukturerade för att undvika innehållsfattigt och egenartat tal
- lära patienten att noggrant utvärdera sin omgivning för att inte misstolka andra utifrån egna emotioner.

I klinisk praxis behandlas uppvisade tecken och symtom. Psykotiska symtom som förelegat under en längre tid behandlas med antipsykotika.

Antisocial personlighetsstörning

Prevalensen av antisocial personlighetsstörning i normalbefolkningen har rapporterats till 1–3 procent. Bland manliga fängelseinterner är förekomsten omkring 60 procent. Diagnosen är 6–8 gånger vanligare bland män och bland yngre (25–44 år). Antisocial personlighetsstörning är nästan alltid förknippad med en rad medicinska och sociala problem såsom missbruk, självdestruktivt beteende och kriminalitet.

Klinisk bild

Antisocial personlighetsstörning kännetecknas av ett varaktigt och genomgående mönster av bristande respekt för och kränkningar av andras rättigheter. Enligt DSM krävs att det finns belegg för diagnosen uppförandestörning före 15 års ålder, en förutsättning som inte krävs enligt ICD. Hit räknas ett mönster av beteenden som innefattar kränkning av andras grundläggande rättigheter eller som visar att barnet bryter mot för åldern grundläggande sociala regler och normer. Exempel på sådana beteenden är att hota, trakassera eller förödmjuka andra eller att uppvisa fysisk grymhet mot människor eller djur. Uppförandestörning innefattar också beteenden som stöld, skadegörelse och andra regelbrott. Det psykologiska mönstret medför stora svårigheter att fungera såväl socialt som i skolarbete. Aggressivitet är ett genomgående tema, liksom skolkning (som i vuxen ålder ofta återspeglas i oförmågan att sköta ett arbete).

Svårigheterna att anpassa sig till rådande normer och lagar fortsätter genom adolescensen upp till vuxen ålder. De leder ofta till upprepade brottsliga handlingar eller bedrägligt beteende med upprepade lögner. Inte sällan behöver man därför hämta information från andra källor än individen själv då den diagnostiska utredningen görs.

Individer med antisocial personlighetsstörning är ofta impulsiva och oförmögna att planera. Beslut fattas oftast i stundens ingivelse, utan närmare eftertanke eller oro för konsekvenser. Påtaglig irritabilitet och aggressivitet är också vanlig, vilket visar sig genom upprepade slagsmål och misshandel. Personer med antisocial personlighetsstörning kan obekymrat nonchalera andras säkerhet och uppvisar även en ansvarslöshet som tar sig uttryck i svårigheter att etablera

ordnade arbetsförhållanden och uppfylla ekonomiska åtaganden. Slutligen föreligger ofta en påtaglig brist på ångerkänslor. När de gjort något orätt mot en annan människa, har de ofta lätt att skylla händelsen på offret eller hitta någon bortförklaring. De uppvisar brist på empati och tenderar att uttala sig cyniskt eller föraktfullt kring andras lidanden.

Antisocial personlighetsstörning är förknippad med ökad risk för såväl självmordsförsök som genomförda självmord. Antisocial personlighetsstörning är också en riskfaktor för död av andra onaturliga orsaker och plötslig våldsam död genom olyckshändelse.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Samsjuklighet med missbruk är mycket hög. Cirka 80 procent av individer med antisocial personlighetsstörning har någon gång under livet uppfyllt kriterier för någon substansrelaterad störning. Ångest-syndrom, affektiva syndrom och somatiseringssyndrom förekommer, liksom spelberoende och andra typer av impulskontrollstörningar. Samsjuklighet med andra personlighetsstörningar är vanlig, framför allt inom kluster B.

Diagnosen antisocial personlighetsstörning kan alltså enligt DSM bara ställas om individen kan antas ha haft diagnosen uppförandestörning före 15 års ålder. För individer över 18 år ställs diagnosen uppförandestörning endast om kriterier för antisocial personlighetsstörning inte är uppfyllda. När antisocialt beteende i vuxen ålder är associerat med en substansrelaterad störning ställs diagnosen antisocial personlighetsstörning endast då det funnits ett antisocialt beteende under barn- och ungdomstid. Antisocialt beteende som enbart förekommer vid schizofreni eller mani skall inte diagnostiseras som personlighetsstörning.

Diagnosbegreppet psykopati enligt Hare inkluderas inte i DSM- och ICD-systemen. Skillnaden är framför allt att psykopatibegreppet mer tar fasta på emotionella och psykopatologiska aspekter och i mindre utsträckning är baserad på beteendeavvikelsen i sig. En person kan ha en psykopatidiagnos utan att fylla kriterier för antisocial personlighetsstörning och tvärtom, även om det senare sannolikt är mindre vanligt förekommande.

Bemötande och behandlingsaspekter

Personer med antisocial personlighetsstörning saknar oftast motivation att förändra sitt problematiska beteende. När de ändå söker sjukvård är det nästan uteslutande av andra skäl, t.ex. missbruk, ångest eller depressivitet. Det kan också handla om olika typer av sociala problem eller önskemål om recept på beroendeframkallande läkemedel. Allmänt sett föredrar antisociala personer enkla lösningar på problemen och de har svårt att godta behandlingsförslag som innebär krav på eget ansvarstagande och egna bemödanden. Det är lätt att bli förledd av den antisociala individen som på olika sätt försöker påverka behandlaren i önskad riktning. Här ställs stora krav på professionalitet hos behandlaren samt struktur och ramar för det kliniska arbetet. En annan viktig aspekt i behandlingen är bedömning av risk för våldshandling (se s. 37–39).

I behandlingsarbetet med antisociala personer ser man oftast drogmissbruk eller sekundära konsekvenser av missbruk som ångest och depressivitet. Besvären är viktiga att uppmärksamma, identifiera och behandla. Man bör i det sammanhanget betänka att behandlingen kan komma att försummas på grund av patientens problematiska personlighet.

Borderline personlighetsstörning

Prevalensen av borderline personlighetsstörning, benämnd emotionellt instabil personlighetsstörning i ICD-10, har rapporterats till 0,5–2 procent i normalbefolkningen. Störningen är vanligare i yngre åldrar. Bland psykiatriska öppen- och slutenvårdspatienter är det en av de vanligast förekommande personlighetsstörningarna.

Klinisk bild

Karaktäristiskt för individer med borderline personlighetsstörning är att de är impulsiva, intensiva och emotionellt instabila. De har ofta en negativ inre bild av sig själva. Deras bild av människor i omgivningen tenderar att skifta mellan svart och vitt. Människor med borderlinestörning är extremt känslomässigt sårbara. Deras humör är snabbt svängande, känslor utlöses lätt och tenderar att bli intensiva. Småsa-

ker kan få dem ur balans och omgivningen har svårt att förstå vad som utlöste den starka reaktionen. Relationer tenderar att bli stormiga, intensiva och kaotiska. Individens uppfattning om andra pendlar ofta mellan idealisering och nedvärdering. Separationer är smärtsamma för de flesta människor, men en individ med borderline upplever ofta separation – eller hot om separation – som en avgrundsdjup förtvivlan, en total övergivenhet och en bottenlös tomhet som tycks omöjlig att leva vidare med. Självanklagelser är vanligt förekommande och föreställningarna kring den egna personen kretsar ofta kring ensamhet, värdelöshet etc. Separationer kan leda till självskadebeteenden eller självmordsförsök. Individer med borderline stannar ofta kvar i relationer på grund av en stark rädsla för separation.

Borderline personlighetsstörning är förknippad med hög dödlighet till följd av självmord. Av de individer som kommer i kontakt med slutenvårdspsykiatrien har majoriteten gjort ett eller flera allvarliga självmordsförsök och risken att dö i självmord har uppskattats till 8–10 procent.¹

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Flertalet studier av borderline personlighetsstörning har påvisat en mycket hög samsjuklighet med bl.a. förstämningssyndrom, ångestsyndrom, missbruk/beroende, ADHD, ätstörningar och PTSD. Samsjuklighet med andra personlighetsstörningar är också vanlig, framför allt antisocial, paranoid, fobisk och tvångsmässig.

Vid differentialdiagnostik kan det vara särskilt svårt att särskilja borderline personlighetsstörning från olika bipolära tillstånd. Akiskal och medarbetare har, utifrån ett teoretiskt resonemang, föreslagit att bipolärt syndrom II, atypisk depression och borderline personlighetsstörning reflekterar olika fenotypiska varianter av en underliggande cyklotym läggning.¹⁰ Den depressivitet som ses vid borderline personlighetsstörning präglas ofta av en aktivering av den negativa självbilden med tomhetskänslor, hopplöshet, självanklagelser, självskadebeteenden och självmordsförsök som följd. Denna aktivering har likhet med den atypiska depressionens känslighet för att bli avvissad av andra. På samma sätt kan det vara svårt att särskilja den hypomana fasen av bipolärt syndrom II från borderline personlighetsstör-

ning. När kriterier för båda tillstånden är uppfyllda diagnostiseras de parallellt. Differentialdiagnostiken underlättas med en grundligt inhämtad patient- och familjeanamnes.¹³

Bemötande och behandlingsaspekter

Individer med borderline personlighetsstörning är många gånger motiverade för behandling. Denna motivation är dock ofta obeständig – många studier har visat att individerna har svårt att fullfölja behandling. Värme, empati och tydlighet är nyckelord för att säkra behandlingskontakten. Även om det kan vara svårt att sätta sig in i det individen upplever, är det viktigt att lyssna och visa respekt för vad som förmedlas. I störningen ligger en bristande förmåga att identifiera, kommunicera och hantera känslor. Minsta konflikt kan röra upp ett raseri eller djupaste förtvivlan, på ett sätt som ter sig svårt att förstå för omvärlden. Individens funktionsförmåga är ofta direkt relaterad till känsloläget och förmågan att klara olika situationer kan växla från en dag till en annan. Om man som behandlare känner sig provocerad av patientens oförmåga till adekvat kommunikation kan det vara till hjälp att ha i minnet, att dessa individer är emotionellt sårbara och att det är just emotioner de behöver lära sig att bemästra. Individer med borderline personlighetsstörning har en negativ självbild och uppfylls ofta av skamkänslor efter konflikter. För att undvika självskadehandlingar och självmordsförsök i anslutning till konflikter är det därför viktigt att individen, om möjligt, inte lämnar mottagningen eller avdelningen med konflikten olöst. Det måste bli tydligt för patienten att han eller hon är välkommen tillbaka, även om ett beteende var oacceptabelt.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en psykoterapiform som utvecklats specifikt för kroniskt suicidala patienter med borderline personlighetsstörning (se även s. 48). DBT är en strukturerad terapiform som bedrivs dels som individualterapi, dels som färdighetsträning.^{6,7} Färdighetsträning sker i grupp och är en rent pedagogisk del av behandlingen. Områden som tas upp är sådana som individer med borderline personlighetsstörning ofta har svårigheter med – att vara medvetet närvarande, att hantera relationer, att reglera känslor samt att stå ut när det är svårt. Individualterapi handlar till stor del om att hjälpa individen att hantera sina dagliga kriser genom att använda de fär-

digheter som lärts ut. För att generalisera användandet av färdigheter i vardagliga krissituationer, används telefonkontakt mellan terapeut och patient.

Farmakologisk behandling av borderline personlighetsstörning har rönt ett stort intresse under de senaste decennierna.^{8,12} Tre problemområden har varit föremål för farmakologiska behandlingsförsök: impulsivitet/aggressivitet, affektiv instabilitet samt psykosliknande symtom. SSRI har i vissa studier visats minska impulsivitet och aggressivitet. I en nyligen publicerad placebokontrollerad studie av kvinnor med borderline personlighetsstörning noterades god effekt på humörsvängningar.¹¹

Antipsykotiska läkemedel, framför allt de atypiska, har visats ha positiv effekt på psykosliknande symtom och paranoida tankegångar, medan antiepileptika och stämningsstabiliserande läkemedel kan vara av värde vid affektiv instabilitet och bristande impulskontroll. Benzodiazepiner och andra beroendeframkallande läkemedel bör undvikas, med tanke på risken för missbruk.

Det är viktigt att hålla i minnet att det inte finns något läkemedel som har indikationen borderline personlighetsstörning. Vinsten med att medicinera enstaka symtom bör alltid vägas mot risken att patienten blir multimedicerad. Risken för att preparaten kan komma att användas i självmordssyfte bör också alltid bedömas.

Prognos

Prognosen vid borderline personlighetsstörning är i de flesta fall god. I en nyligen publicerad studie rapporterades att majoriteten av de individer med borderline personlighetsstörning som prospektivt följts var i remission vid uppföljning sex år senare.¹⁴

Behandlingsutvärdering

Alla former av behandling som ges måste kritiskt utvärderas. Om aktuella symtom inte bedöms med regelbundenhet finns en stor risk att individen fastnar i onödigt långa slutenvårdsinsatser eller psykoterapier. Ett av kriterierna för borderline personlighetsstörning är separationskänslighet, vilket inte sällan medför att patienten själv har svårt att avsluta även en fruktlös behandling på grund av den rädsla själva

separationen från behandlaren väcker. Detta gäller även andra personlighetsstörningar, t.ex. den osjälvständiga.

Innan behandling påbörjas skall behandlare och patient tillsammans noga gå igenom vilka symtom som är mål för behandling och vilka förbättringar som är realistiska (och vilka som inte är det). Man bör redan innan behandlingen startar komma överens om ett datum för utvärdering. Det är väsentligt att lyfta fram förbättring av funktionsförmåga som ett behandlingsmål. Målet är inte att byta personlighet, utan att individen bibringas förmåga att hantera sin personlighet bättre för att möjliggöra samspel med andra, minska lidande och uppnå en förbättrad funktion.

Inom slutenvård bör behandling inskränkas till mycket konkreta mål och täta utvärderingar, vilket också skall vara förankrat hos individen. Vagt formulerade mål som ”att stanna tills man mår bättre” skall inte tillämpas. De kan lätt misstolkas och leda till förstärkning av separationsproblematik och därmed förknippade konflikter, samt till beteenden som försvårar utskrivning. Indikationer för slutenvård kan vara att initiera behandling av depression eller ångestsyndrom, eller ett behov av ökad tillsynsgrad om risken för självmord bedöms hög. Dessa mål bör formuleras tillsammans med patienten och behandlingsansvarig i öppenvård för att tydliggöra att man arbetar åt samma håll.

Histrionisk personlighetsstörning

Prevalensen av histrionisk personlighetsstörning i normalbefolkningen har rapporterats till 0,5–2 procent. I den psykiatriska vården rapporteras siffror upp mot 10 procent.

Klinisk bild

Utmärkande för den histrioniska personlighetsstörningen är ett mönster av överdriven emotionalitet och strävan efter uppmärksamhet. En histrionisk individ känner sig illa till mods i situationer där han eller hon inte är i centrum. Obehaget av att se någon annan i fokus kan vara så intensivt att personen är beredd att göra nästan vad som helst för att dra blickarna från ”konkurrenten”. Individer med

histrionisk personlighetsstörning ägnar stor tid och kraft åt att försöka få ett positivt gensvar från omgivningen. Samspelet med andra spelar på känslor och präglas ofta av ett förföriskt eller provocerande beteende. Hon eller han använder sig också ofta av sitt yttre för att dra uppmärksamheten till sig, t.ex. med djärva eller iögonenfallande kläder och accessoarer. Snabbt skiftande eller ytliga uttryck för känslor gör att individen kan te sig dramatiserande och teatralisk. Beteendet kan av omgivningen uppfattas som charmigt och engagerande, men spelas lätt över och kan då framstå som överdrivet och felplacerat. Relationer blir stormiga och fyllda av konflikter, såväl på hemmaplan som på arbetsplatsen. Språket, som ofta är fyllt av superlativer och överdrifter, bidrar vidare till den färgstarka bilden, liksom personens tendens att uppfatta relationer som mer intima än vad de verkligen är. Individer med histrionisk personlighetsstörning är lättpåverkade av andra människor och omständigheter. Sättet att se på sig själv och omvärlden präglas ofta av tankar av typen ”om jag inte blir beundrad eller är underhållande för andra, är jag ingenting värd”. Det som utåt sett kan te sig som en övertygelse om att vara oemotståndligt tilldragande, döljer alltså en stark osäkerhet.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Histrionisk personlighetsstörning är associerad med en ökad risk för somatiseringssyndrom, konversionssyndrom och depression. Samsjuklighet med andra personlighetsstörningar förekommer och då främst med borderline personlighetsstörning.

Somatiseringssyndrom är en viktig differentialdiagnos, men bilden domineras vid denna störning helt av klagomål över kroppsliga symptom. Drogmissbruk förekommer och är viktigt att utesluta. Andra personlighetsstörningar, särskilt inom samma kluster, kan vara svåra att skilja från den histrioniska och inte sällan förekommer de samtidigt.

Drag som histrionisk personlighetsstörning delar med borderline är impulsiviteten, sökandet efter uppmärksamhet och de snabbt skiftande känslouttrycken. Vad som saknas är självskadebeteendet, känslan av tomhet och identitetsstörningen som finns hos personer med borderline. Liksom vid antisocial personlighetsstörning finns impul-

sivitet, ytlighet, sökande efter spänning, samt ett förföriskt och manipulerande beteende. Individer med histrionisk personlighetsstörning tenderar dock att vara betydligt mer emotionella och deras manipulationer har som mål att vinna närhet och inte, som vid antisocial personlighetsstörning, makt eller personlig vinst. Gemensamt med narcissistisk personlighetsstörning är sökandet efter uppmärksamhet. Skillnaden ligger i att den narcissistiska personen kräver att bli behandlad som överlägsen, medan den histrioniska i princip nöjer sig med vilken roll som helst, så länge uppmärksamheten finns där. Vid osjälvständig personlighetsstörning finns också ett överdrivet beroende av andras stöd och uppskattning, men de dramatiserande och emotionella utspelen saknas helt.

Bemötande och behandlingsaspekter

Individer med histrionisk personlighetsstörning är beroende av att få uppmärksamhet och uppskattning av andra. Detta mönster blir ofta tydligt tidigt i den psykiatriska kontakten och det är inte ovanligt att individen uppträder förföriskt eller rent av utmanande gentemot behandlaren. Under behandlingen är det viktigt att bemöta individen med empati och att ge sig tid att lyssna, även när beteendet är utagerande eller provocerande. Bakom det som på ytan ser ut att vara en övertygelse hos patienten om att vara oemotståndlig, finns en djup osäkerhet som leder till det ständiga sökandet efter bekräftelse.

Studier som specifikt utvärderat behandling vid histrionisk personlighetsstörning saknas. Vid ångestsyndrom och depression är farmakologisk behandling motiverad.

Narcissistisk personlighetsstörning

Prevalensen av narcissistisk personlighetsstörning i befolkningen har rapporterats till mindre än 1 procent. I kliniska populationer är störningen något vanligare.

Klinisk bild

Utmärkande för narcissistisk personlighetsstörning är upplevelsen av att vara en särskilt framstående eller betydelsefull person. Upplevel-

sen står inte i relation till individens egentliga position eller prestationer. Den visar sig i yttre beteenden eller i personens tankar om sig själv. Dessa individer ser på sig själva såsom undantagsmänniskor för vilka vanliga regler inte gäller. Parallellt med fantasier om gränslös begåvning och enastående framgångar finns emellertid en låg självkänsla som gör personerna ytterligt känsliga för kritik och negativa omdömen. De är i behov av uppmärksamhet och beundran från omgivningen och blir kränkta eller rent av förödmjukade, när omgivningen inte behandlar dem som de speciella personer de upplever sig vara. Andra uppfattar individer med narcissistisk personlighetsstörning i bästa fall som charmiga, i sämsta fall som uppblåsta och högdragna. Till störningens kännetecken hör även ett utnyttjande förhållningssätt till andra, där vänskap värderas i nyttotermer. Individer med narcissistisk personlighetsstörning har ofta stora svårigheter att leva sig in i andras känslor.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Vid narcissistisk personlighetsstörning är samsjuklighet med depression vanlig och förekommer också med substansrelaterade störningar och anorexia nervosa. Samsjuklighet med andra personlighetsstörningar är inte ovanlig, då främst inom samma kluster samt med paranoid personlighetsstörning.

Histrionisk, antisocial och borderline personlighetsstörning kan vara svåra att skilja från den narcissistiska, de kan också förekomma samtidigt. Individer med narcissistisk personlighetsstörning har emellertid inte samma tendens till impulsiva beteenden, självdestruktivitet och instabil identitetskänsla som personer med borderlinestörning. De saknar också de dramatiserande och beroende drag som finns hos histrioniska individer. Gemensamt med personer med antisocial störning är ytligheten, sättet att utnyttja andra och svårigheterna att känna empati. Den narcissistiske individen är dock oftast mer inriktad på att vinna personlig makt och status, än på att skaffa sig förmåner och vinster i sitt utnyttjande av andra. Den saknar även den impulsivitet, aggressivitet och svekfullhet, liksom symtom på uppförandestörning under barn- eller ungdomsåren som finns hos en person med antisocial störning.

Bemötande och behandlingsaspekter

Ur ett kliniskt perspektiv kan människor med narcissistisk personlighetsstörning te sig provocerande och krävande. Att oreserverat försöka tillmötesgå den narcissistiska individens önskemål är inte en framkomlig väg. Sannolikt kommer man längst med ett empatiskt bemötande och vänligt formulerad information om vilka behandlingsalternativ som är realistiska. Känner man sig som behandlare provocerad av individens överlägsna attityd och krav på särbehandling, kan det vara till hjälp att minnas att bakom fasaden lurar en djup osäkerhet kring den egna personen.

Det finns en omfattande psykoanalytisk litteratur om begreppet narcissism, men empiriska studier gällande behandling av narcissistisk personlighetsstörning saknas.

Fobisk personlighetsstörning

Prevalensen av fobisk personlighetsstörning i befolkningen har rapporterats till 1–5 procent. Bland psykiatriska öppenvårdspatienter är prevalensen betydligt högre.

Klinisk bild

Den fobiska personlighetsstörningen kännetecknas av en genomgripande räddhågsenhet som framför allt kommer till uttryck i sociala sammanhang. Självkänslan är låg och individen är fylld av känslor av otillräcklighet, vilket i sin tur är kopplat till en känslighet för avvisanden, negativa omdömen och kritik. Dessa personer är ovanligt lättstötta och tenderar att känna sig förkrossade vid verkliga eller föreställda tecken på kritik eller ogillande. De är i en handikappande utsträckning fokuserade på hur de ter sig i andra människors ögon, och på skräcken för att ”göra bort sig” inför andra. De kan fantisera om att andra ser ner på dem och tycker att de är ”konstiga”. De närmar sig därför inte andra utan att vara säkra på att bli omtyckta. Som en följd av detta blir individer med fobisk personlighetsstörning ofta ensamma och isolerade trots en stark inre önskan om gemenskap. De är ofta ovilliga att ta även små risker eller att försätta sig i obekanta situationer, eftersom det skulle kunna förstärka känslan av otillräcklig-

het och leda till en ökad upplevelse av genans.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Gränslinjen mellan fobisk personlighetsstörning och den generaliserade formen av social fobi är oklar. Många menar att diagnoserna egentligen är olika beskrivningar av samma tillstånd.⁹ Ett genomgående mönster av undvikande karaktäriserar även paniksyndrom med agorafobi och tillstånden förekommer för övrigt ofta samtidigt. Vid fobisk personlighetsstörning förekommer även samsjuklighet med andra ångestsyndrom, liksom med affektiva syndrom och ätstörningar.

Upplevelse av otillräcklighet och överkänslighet för kritik, samt överdrivet behov av uppmuntran och stöd från andra är också centrala kännetecken för den osjälvständiga personlighetsstörningen. En avgörande skillnad mot den osjälvständiga varianten är den fobiska individens strävan att undvika förödmjukelse, medan den osjälvständiga individens fokus är att bli omhändertagen. Det är dock inte ovanligt att en och samma individ uppfyller kriterierna för bägge dessa personlighetsstörningar. Social isolering karaktäriserar även schizotyp och schizoid personlighetsstörning. I motsats till dessa två personlighetstyper lider den fobiska individen av sin ensamhet och längtar efter gemenskap med andra människor. Obenägheten att lita på andra är ett personlighetsdrag som delas med paranoid personlighetsstörning. En skillnad är dock att den fobiska individen mer fruktar risken att känna sig besvärad eller generad, medan den paranoidea primärt förväntar sig att andra vill honom något ont.

Bemötande och behandlingsaspekter

I mötet med individer med fobisk personlighetsstörning är det särskilt viktigt att respektera individens behov av distans. Dessa personer är i hög grad besvärade av att behöva anförtra sin sårbarhet och sina rädslor åt en främmande person. De föreställer sig att behandlaren i så fall genast skall finna att de är odugliga som patienter och oacceptabla att ha i fortsatt behandling. Det fantiserade avvisandet kan åtminstone uppskjutas en tid om de inte säger sanningen. Det är svårt att utveckla en adekvat och tillitsfull relation under sådana omständigheter, eftersom patienten ofta förblir reserverad under en längre tid.

Den terapeutiska huvudfokuseringen bör inriktas på att förmå patienten att pröva nya strategier i viktiga problemsituationer. För detta fordras att man samtidigt försöker hjälpa patienten att bygga upp de psykosociala färdigheter som krävs. Av behandlaren krävs såväl erfarenhet som eftertanke och god empatisk förmåga, för att kunna gradera uppgifternas svårighetsgrad, så att stegen på den långa och mödosamma trappan mot bättre funktionsförmåga blir möjliga att ta för patienten. Det går lätt att finna aktuella problemsituationer i vardagen, men det är desto svårare att få patienten att komma i kontakt med sin tankevärld och sina associationer.

Patientens rädsla för intimitet gör att behandlaren på ett lyhört sätt måste tillåta arbetsalliansen att gradvis växa fram. Patientens tilltro till att den egna förmågan skall kunna förändras är dålig. Dessutom är han eller hon intensivt upptagen med att försöka läsa av signaler som skulle kunna tolkas som avvisanden från behandlarens sida. Patienten kan därför ha svårt att uppfatta vad behandlaren säger. En svårighet ligger i den delikata balansgången mellan att vara alltför krävande – och därigenom riskera att skrämma bort patienten – och att vara alltför eftergiven – och därigenom inte vara till någon verklig hjälp.

Det kan framstå som en god idé att snabbt ordinera läkemedel, eftersom det förefaller så svårt att få dessa patienter att ta emot hjälp av annat slag. Ensidig psykofarmakologisk behandling tenderar dock att förstärka patientens undvikandebeteende. Emellertid är dessa patienters rädsla för förändring och ångest inför sociala situationer ibland så stark, att sedvanliga psykoterapeutiska ångestkontrollerande tekniker inte fungerar tillräckligt bra. Därför är behandling med stämningshöjande och ångestreducerande medel ofta nödvändig för att möjliggöra psykoterapeutisk behandling i svårare fall. Beroendeframkallande läkemedel av typen benzodiazepiner bör undvikas.

Osjälvständig personlighetsstörning

Prevalensen av osjälvständig personlighetsstörning i befolkningen uppskattas till 1–2 procent. Störningen anses vara vanligare bland kvinnor.

Klinisk bild

De centrala kännetecknen hos en individ med osjälvständig personlighetsstörning är ett genomgående och uttalat behov av att bli omhändertagen, vilket leder till ett undergivet och klängigt beteende, förknippat med stark rädsla för separation. Osjälvständiga personers självbild präglas av föreställningar om oförmåga att fungera på egen hand. De har stora svårigheter att fatta vardagliga beslut, t.ex. vilka kläder man skall ha när man går till arbetet, om man behöver ta med ett paraply på promenaden etc. Individen är passiv och låter ofta en annan betydelsefull person ta initiativ och ansvar inom de flesta livsområden. Rädslan att ådra sig den andres ogillande – och därmed riskera att mista det stöd de upplever som livsviktigt – gör att de har svårt att uttrycka oenighet gentemot de personer som de är beroende av. Detta kan ibland gå så långt att de frivilligt åtar sig att göra saker de egentligen inte vill. Vissa kan hellre stå ut med psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp än med tanken på att bli ensamma, även om realistiska alternativ finns. De har svårt att ta egna initiativ eller att göra saker på egen hand – även när de faktiskt har såväl motivation som energi. Rädslan rör snarare bristande tilltro till det egna omdömet och förmågan. Skräcken för att bli övergiven kan också i sig leda till en obenägenhet att tillägna sig åldersadekvata färdigheter, något som ofta leder till en ond cirkel av fortsatt beroende. I den mån en relation tar slut, söker de sig prompt till en annan person som skall ersätta den förlorade omsorgen och stödet. En osjälvständig person är alltså på ett orealistiskt sätt upptagen av fantasier om att bli övergiven och sin tänkta oförmåga att ta hand om sig själv.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

I vilken utsträckning beroende av andra ses som rimligt varierar mellan olika ålders- och sociokulturella grupper. Detta måste man ha i åtanke vid diagnostik av osjälvständig personlighetsstörning. Beroende skall bara bedömas som patologiskt när det klart överstiger individens åldersadekvata beteende, går utanför de kulturella normerna eller uppenbart återspeglar orealistiska farhågor.

Personlighetsdrag som pessimism, låg självkänsla och beslutsvårda förefaller öka risken för affektiva sjukdomar samt för anpassnings-

störningar i samband med belastningar av olika slag. Osjälvständig personlighetsstörning föreligger ofta tillsammans med andra personlighetsstörningar, såsom borderline, fobisk och histrionisk.

Patienter med paniksyndrom, agorafobi eller kronisk depression kan sekundärt utveckla patologiskt beroende i relationer. Diagnostiskt är det alltså viktigt att fastställa, om det finns klara hållpunkter för att det patologiska beroendet utvecklats till följd av ett axel I-syndrom, eller om det förelegat redan under barndomen eller senast under sen adolescens. Patienter med borderline personlighetsstörning är i likhet med osjälvständiga individer mycket rädda för att bli övergivna. I sådana situationer reagerar dock borderlinepatienten snarare med känslor av tomhet, raseri och upptrappade krav, medan den osjälvständiga mer demonstrerar ökad undergivenhet och inriktar sig på att finna nya trygghetsobjekt som kan ge omvårdnad och stöd. Borderlinepatientens mönster av instabila relationer utgör också kännetecknen som särskiljer den från den osjälvständigas mer fastlåsta beroende. Den histrioniska patienten har också ett överdrivet behov av att bekräftas och få uppmärksamhet, men skiljer sig från den osjälvständiga i och med sin tendens till mer explicit kravfylldhet och dramatisk framtoning.

Bemötande och behandlingsaspekter

Psykoterapi brukar vara en framkomlig väg vid osjälvständig personlighetsstörning. Olika terapiformer som psykodynamisk, kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi har alla rapporterat goda resultat. Dessa patienter ter sig ofta angelägna om att vara behandlaren till lags. Deras uppmärksamhet är inriktad på att meddela sådant som de tror kan göra behandlaren positivt inställd, vilket gör att denne lätt upplever patienterna som undanlidande när de ställs inför mer precisa frågor. Osjälvständiga personer är uppfyllda av sin känsla av inkompetens och de strävar definitionsmässigt efter att få en beskyddare. Det ligger i störningens natur att någon annan skall lösa deras svårigheter.

Den terapeutiska fokuseringen ligger på individens bristande förmåga till naturligt självhävdande beteende. Ett vanligt problem som varje behandlare av osjälvständiga personer måste hantera, är patientens tendens att utveckla ett patologiskt beroende till terapeuten. En

alltför aktiv terapeut underblåser lätt patientens grundproblematik. Det är särskilt betydelsefullt att redan på ett tidigt stadium belysa patientens grundproblematik genom att låta patienten aktivt ta ställning till olika frågor.^{2,3}

Separationskänsligheten och beroendet av andra gör en person med osjälvständig personlighetsstörning särskilt sårbar för att utveckla depressioner i samband med avvisanden, separationer och förluster. I sådana fall måste läkaren givetvis överväga att sätta in antidepressiv behandling. Det är här särskilt viktigt att klargöra att behandlingen är underordnad det övergripande syftet att stärka individens förmåga till autonomi, eftersom farmakologisk behandling av en osjälvständig patient lätt förstärker upplevelsen av att individen inte kan klara något på egen hand.

Tvångsmässig personlighetsstörning

Tvångsmässig personlighetsstörning, benämnd anankastisk personlighetsstörning i ICD-10, förekommer hos ungefär 1–2 procent av normalbefolkningen och hos cirka 3–10 procent i den psykiatriska vården. Tillståndet förefaller vara ungefär dubbelt så vanligt hos män som hos kvinnor.

Klinisk bild

Kärnan i tvångsmässig personlighetsstörning är en upptagenhet av ordning samt mental och interpersonell kontroll på bekostnad av flexibilitet, öppenhet och effektivitet. Individen försöker upprätthålla känslan av kontroll genom en fixering vid detaljer, regler, listor, ordning, organisation eller scheman i en sådan utsträckning av själva meningens med aktiviteten går förlorad. Upptagenheten av regler leder till beslutsoförmåga, ineffektivitet och en nedsättning av förmågan att genomföra uppgifter. Tvångsmässiga personer är relativt sett överdrivet engagerade i arbete och produktivitet på bekostnad av fritidsaktiviteter och sociala aktiviteter. Förhållandet till tillvaron i stort präglas av brist på flexibilitet, humor och värme. De övervärderar intellektets och logikens betydelse i förhållande till känslornas. De framhäver begrepp som plikt, moral, samvetsgrannhet och ansvar.

Andra uppfattar lätt dessa människor som stela och besvärliga att ha att göra med. En bristande generositet med avseende på såväl känslor som materiella ting, ibland accentuerad till uppenbar snålhet, försvårar relationerna till andra människor. Tvångsmässiga individer har svårt att göra sig av med saker, även sådant som uppenbart saknar reellt eller känslomässigt värde. Pengar ses som något som helst bör sparas till framtida katastrofsituationer. De är stelbenta och envisa i sina relationer till andra och har svårigheter med att delegera uppgifter eller att samarbeta med andra. Även detta leder ofta till betydande problem i arbetslivet och i nära interpersonella relationer.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Tvångssyndrom, hypokondri, egentlig depression och dystymi förekommer relativt sett ofta tillsammans med tvångsmässig personlighetsstörning. Vid tvångssyndrom förekommer tvångstankar eller tvångshandlingar, vilket inte ingår i bilden vid tvångsmässig personlighetsstörning. De bägge tillstånden förekommer dock ibland samtidigt. En tvångsmässig individ delar perfektionismen med en narcissistisk person, men är ofta mera självkritisk än narcissisten, som vanligen anser sig vara överlägsen. En likhet med den schizoida personlighetsstörningen är distansen och den formella hållningen gentemot andra. Skillnaden består i den tvångsmässiga personens olust inför att hänge sig åt känslor och begivenheten på ”nyttigt arbete”, medan den schizoida mer lider av en basal oförmåga att relatera till andra på ett nära och ömsesidigt sätt.

Den tvångsmässiga personlighetsstörningen illustrerar på ett tydligt sätt skillnaden mellan adaptiva och maladaptiva personlighetsdrag. Adaptiva, tvångsmässiga drag är ofta förknippade med hög prestation, uthållighet och tillförlitlighet. Dessa personlighetsdrag värdesätts på de flesta arbetsplatser och är absolut nödvändiga vid genomförandet av en viss typ av arbetsuppgifter. Först när rigiditeten och bristen på flexibilitet (personlighetsdrag som båda ingår i de allmänna kriterierna för alla personlighetsstörningar) blir tillräckligt uttalade, blir dessa egenskaper maladaptiva och leder till funktionsnedsättning snarare än till hög funktionsförmåga.

Bemötande och behandlingsaspekter

Tvångsmässiga individer inrättar ofta i likhet med andra människor sitt liv efter sina särdrag. Yrkesvalet går i riktning mot arbeten som belönar noggrannhet och plikttrogenhet. I yrken där inre eller yttre förändringstryck är litet och arbetsbelastningen inte är alltför hög, kan ofta en tvångsmässig individ klara sig relativt bra. Bristen på flexibilitet blir dock ett allvarligt handikapp när belastningen ökar eller när rutinerna måste ändras på arbetet. Detsamma gäller i privatlivet, t.ex. om en partner genomgår en fas av personlig utveckling och kräver en omdefinition av rollerna i samlivet. Den tvångsmässiga individen är då särskilt sårbar för depressiva reaktioner, vilket kan föranleda farmakologisk behandling.

Tvångsmässiga individer kan ibland i sådana krissituationer komma till insikt om det dysfunktionella i sitt sätt att fungera. De kan då komma att söka psykiatrisk eller psykoterapeutisk hjälp för att komma till rätta med sina avvikande personlighetsdrag. Patientens genuina vilja att ompröva sitt eget sätt att fungera blir en avgörande faktor för valet av behandling. En noggrann personlighetsutredning som sker i samarbete med och vars resultat delas med patienten, kan öka insikten i att vissa ideal, förhållningssätt och beteenden som tidigare tätt sig jagsyntona för patienten, nu framstår som jagdystona och maladaptiva. Den tvångsmässiga personlighetens svårigheter med emotionell kontakt utgör dock ett hinder för en framgångsrik psykoterapi. Många terapeutiska metoder syftar till att öka den tvångsmässigas förmåga att även ta i anspråk emotionella sidor av den egna personligheten, som komplement och motvikt till intellektualiseringen, t.ex. i samband med beslutsfattande.^{3,5}

Referenser

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158 (Suppl. 10): 1–52.
2. Beck A.T., Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990.
3. Freeman A., Pretzer J., Fleming B., Simon K.M. *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1990.

4. Hymowitz P., Frances A., Jacobsberg L.B., Sickles M., Hoyt R. Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1986; 27: 267–271.
5. Kyrios, M. A cognitive-behavioural approach to the understanding and management of obsessive-compulsive personality disorder. I: Perris C., McGorry P.D. *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality*. Chichester: John Wiley & Sons, 1998.
6. Linehan M.M., Heard H. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 1060–1064.
7. Linehan M.M., Heard H., Armstrong H.E. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 971–974.
8. Markovitz P.J. Recent trends in the pharmacotherapy of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 2004; 18: 90–101.
9. Marteinsdóttir Í. *Aspects of social phobia*. Akademisk avhandling nr 1230, Uppsala universitet, 2003.
10. Perugi G., Toni C., Traverso M.C., Akiskal H.S. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 73: 87–98.
11. Rinne T., van den Brink W., Wouters L., van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:2048–2054.
12. Rydén G., Vinnars B. Farmakologisk behandling vid borderline personlighetsstörning. *Läkartidningen* 2002; 99: 5088–5094.
13. Yatham L.N., Kennedy S.H., O'Donovan C., Parikh S., Macqueen G., McIntyre R., Sharma V., Silverstone P., Alda M., Baruch P., Beaulieu S., Daigneault A., Milev R., Young L.T., Ravindran A., Schaffer A., Connolly M., Gorman C.P. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disorders* 2005 (Suppl. 3): 5–69.

14. Zanarini M., Frankenburg F., Hennen J., Silk K. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 274–283.

Omvårdnadsaspekter

Arbete med patienter med personlighetsstörningar är en utmaning som ställer höga krav på professionalitet och engagemang hos all vårdpersonal.

Återkommande utbildning och handledning underlättar för vårdpersonalen att klara av emotionellt påfrestande situationer som uppstår i behandlingskontakten. Goda kunskaper om problematiken gör det lättare att inse att det handlar om en oförmåga vid tillfällena då en patient agerar provokativt eller på icke önskvärt sätt. Arbetet med personlighetsstörda individer kräver god självkänedom och insikt om egna reaktioner som kan utlösas av patientens beteende.

Two väsentliga komponenter i omvårdnaden är att skapa en bärande relation och arbetsallians med patienten, samt att svara för patientens trygghet och säkerhet. Många patienter med personlighetsstörning har svårt att känna tillit till andra människor och blir lätt kränkta. Att bemöta patienten med respekt genom att visa intresse, lyssna, försöka förstå, förklara och ta individen på allvar är en förutsättning för en bärande relation. Genom gränssättning och ett konsekvent bemötande ökar patientens känsla av trygghet och risken för manipulativa utspel minskar.

Det är inte ovanligt att det föreligger uttalad oenighet i behandlingsgruppen om hur vården och behandlingen av individer med personlighetsstörningar skall genomföras. Sådana skiljaktigheter är inte till gagn för någon patient, utan leder snarare till ambivalens och brist på förtroende för vården och dess innehåll. Behandlingsarbetet skall präglas av tydlighet och en rak och respektfull kommunikation. Alla som är involverade i vården av en patient skall vara väl insatta i be-

handlingsplanens syfte, innehåll och mål. Att alla följer behandlingsplaneringen är en förutsättning för ett gott resultat.

Psykopedagogiska insatser och social färdighetsträning

Liksom vid andra psykiska störningar har psykopedagogiska insatser sin plats i arbetet med individer med personlighetsstörning. Dessa insatser i syfte att ge ökad insikt och kunskap om diagnos och behandling kan bidra till ökad delaktighet, motivation och följsamhet. Kontakten med närstående är viktig, inte bara för patienten utan också för dem som deltar i behandlingsarbetet. Genom att erbjuda närstående information och utbildning kan känslan av delaktighet och förtroende för vården förbättras.

Det behövs en omfattande repertoar av färdigheter för att klara den dagliga tillvarons olika uppgifter. Det moderna samhället är kontaktintensivt och ställer krav på social kompetens. Individer med personlighetsstörning har färdighetsbrister i dessa avseenden. Sociala träningsprogram bör innehålla komponenter som ökar problemlösningens förmågan och innefatta praktiska övningar och rollspel med hjälp av video, samt hemuppgifter att öva i vardagsmiljö.

Psykiatri och vårdgrannarna

Patienter med personlighetsstörningar utgör en stor patientgrupp inom den specialiserade psykiatri. Slutenvård kan vara motiverad vid allvarlig självmordsrisk samt efter bedömning att risk för våldshandling föreligger.

En stor andel av patienterna med lätt eller medelsvår personlighetsstörning behandlas inom primärvården. För att denna patientgrupp skall få optimal behandling är det viktigt att ha en god samverkan mellan psykiatri och primärvården, exempelvis genom konsultations- och utbildningsinsatser från psykiatriens sida. En specialistkonsultation kan gälla diskussion kring diagnostik, följsamhetsproblem, bedömning av kompletterande utredning, behandling eller bedömning av behov av behandling i psykiatrisk öppen- eller slutenvård. Specialistpsykiatri bör konsulteras i fall av aktiva suicidtankar, suicidförsök, diagnostiska oklarheter och vid annan samtidig komplicerande psykisk sjukdom.

Socialtjänsten ansvarar för boende och sysselsättning. Den specialiserade psykiatri har ett ansvar för konsultation, utbildning och handledning gentemot socialtjänst och andra myndigheter och vårdgrannar.

Kvalitetsutveckling

Systematisk kvalitetsutveckling är en ständigt pågående process vars primära mål är att säkerställa optimal behandling och vård för den enskilda patienten. Kvalitetssystem avser en organisatorisk struktur, rutiner, processer och resurser som är nödvändiga för ledning och styrning av verksamheten med avseende på kvalitet. Kvalitetssäkring innebär aktiviteter för att säkerställa att rätt saker görs på rätt sätt från början och varje gång, att proceduren är repetitiv. Genom en systematisk dokumentation av vad som görs, hur det görs och resultatet av detta, kan man granska och utvärdera vård och behandling.

Följande kvalitetsindikatorer för struktur, process och resultat kan användas i arbetet med att kvalitetssäkra vård och behandling av patienter med personlighetsstörningar.

Strukturella kvalitetsindikatorer:

- Finns psykoterapeutisk kompetens i legitimationsgrundande metoder?
- Har kliniken vårdprogram för personlighetsstörningar?
- Finns utbildningsprogram för diagnostik, t.ex. SCID-intervjuer?
- Finns tillgång till handledning?

Processindikatorer:

- Används regelmässigt screeningformulär för personlighetsproblematik/personlighetsstörningar?
- Används regelmässigt diagnostiska intervjuer för personlighetsstörningsdiagnostik?
- Hur stor andel av patienter med diagnostiserad personlighetsstörning får behandling med psykoterapi?

- Görs utvärdering av behandling och diagnos regelbundet?
- Finns ett fungerande samarbete med primärvård och övriga vårdgrannar?
- Används skriftligt informationsmaterial, litteratur och Internetlänkar av god kvalitet vid personlighetsstörningar?
- Finns patient- och närståendebildningar?

Resultatindikationer:

- Hur stor andel av patienter med personlighetsstörningar har förbättrats efter avslutad behandling? Förbättring kan definieras som 10 enheters ökning på GAF-skalan alternativt SOFAS-skalan, minskat behov av slutenvård, minskat antal akuta inläggningar, samt ökat antal avslutade kontakter.
- Hur stor andel av patienter med personlighetsstörningar som avslutat behandlingskontakt återkommer på grund av symtomökning eller försämrad funktion?

Allmänna referenser

- Kåver A., Nilsson Å. *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning*. Stockholm: Natur och Kultur, 2002.
- Livesley W.J. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press, 2001.
- Millon T., Davis R.D. *Disorders of personality DSM-IV and beyond*. New York, Chichester: John Wiley & Sons, 1996.
- Tyrer P. *Personality disorders: Diagnosis, management and course* (2:a uppl.). Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000.