

personlighetssyndrom

KLINISKA RIKTLINJER FÖR UTREDNING OCH BEHANDLING

Huvudredaktör

Lisa Ekselius

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

© 2017 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB
ISBN 978-91-7741-014-0

Redaktör: Bibbi Fagerström
Omslag och grafisk form: Catharina Ekström
Omslagsfoto: Anne Dillner/Scandinav Bildbyrå

Första upplagan, första tryckningen

Tryck: Baltoprint, Litauen 2017

KOPIERINGSFÖRBUD! Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis, är enligt lag om upphovsrätt förbjudet utan medgivande av förlaget, Gothia Fortbildning AB, Stockholm. Förbudet avser såväl text som illustrationer och gäller varje form av mångfaldigande.

Gothia Fortbildning
Box 22543, 104 22 Stockholm
Kundservice 08-462 26 70
info@gothiafortbildning.se
www.gothiafortbildning.se

Innehåll

FÖRFATTARPRESANTATION	10
FÖRORD – ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN	13
FÖRORD	14
1. SÅDANA MAN KÄNNER IGEN – FYRA BERÄTTELSE	16
Joakim	16
Agnes	18
Christer	20
Andreas	21
Riktlinjer i praktiken	22
2. FRÅN THEOFRASTOS TILL DSM OCH ICD	23
Sammanfattning	23
DSM	27
<i>Alternativ modell för personlighetsproblematik i DSM-5</i>	30
ICD	32
<i>Förarbetet inför utgivningen av ICD-11</i>	34
Dimensionella modeller för personlighetsdiagnostik	35
<i>Femfaktormodellen</i>	35
<i>Psykobiologisk modell</i>	36
<i>Modell baserad på kliniska studier</i>	37
<i>Ett svenskt alternativ</i>	37
Var står vi då i dag?	38
Referenser	39
3. EPIDEMIOLOGI	41
Sammanfattning	41
Befolkningen	41
Kliniska populationer	42
Sociodemografiska korrelerat	43
Livskvalitet och funktionsstörning	43
Prognos	44
Mortalitet	44
Referenser	45
4. ARV OCH MILJÖ	46
Sammanfattning	46
Arv och miljöinteraktioner	46
Integrativa modeller	47
Referenser	48

5. BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISKA ASPEKTER	49
Sammanfattning	49
Personlighetsutveckling	49
Personlighetssyndrom i tonåren	50
Relationen mellan psykisk sjukdom och personlighetssyndrom	50
Referenser	51
6. DEN DIAGNOSTISKA PROCESSEN	52
Sammanfattning	52
Den diagnostiska processen	53
Anamnes	53
Bedömning av självmordsrisk	54
Diagnostiska instrument	55
När diagnosticeras personlighetssyndrom?	55
Vem diagnosticerar personlighetssyndrom?	56
Informera om diagnosen	57
Referenser	58
7. DIAGNOSTISKA HJÄLPMEDEL	59
Sammanfattning	59
Diagnostiska intervjuer	60
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders</i>	60
<i>Utbildning och träning av intervjuare</i>	61
Självbedömningsformulär	62
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders-</i>	
<i>Personality Questionnaire (SCID-II-PQ)</i>	62
<i>DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q)</i>	62
Kompletterande personlighetsinstrument	63
<i>Marke-Nyman-Temperamentskalan</i>	63
<i>Swedish universities Scales of Personality (SSP)</i>	63
<i>NEO-PI-R</i>	63
<i>The Temperament and Character Inventory (TCI)</i>	64
<i>Short version of the Borderline Symptom Check List (BSL-23)</i>	64
Bedömning av självskadebeteende	65
Psykiatrisk differentialdiagnostik	66
Referenser	66
8. SPECIFIKA PERSONLIGHETSSYNDROM, DIFFERENTIALDIAGNOSER OCH BEMÖTANDE	68
Inledning	68
Kluster A	69
Personlighetssyndrom, paranoid form F60.0	69
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	69
<i>Bemötande</i>	70
Personlighetssyndrom, schizoid form F60.1	70
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	71
<i>Bemötande</i>	71
Personlighetssyndrom, schizotyp form F21	72

<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	72
<i>Bemötande</i>	73
Kluster B	73
Personlighetssyndrom, antisocial form F60.2	73
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	74
<i>Bemötande</i>	75
Personlighetssyndrom, borderlinetyp F 60.3	75
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	76
<i>Bemötande</i>	77
Personlighetssyndrom, histrionisk form F60.4	78
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	78
<i>Bemötande</i>	79
Personlighetssyndrom, narcissistisk form F60.8	80
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	80
<i>Bemötande</i>	81
Kluster C	82
Personlighetssyndrom, ängslig form F60.6	82
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	82
<i>Bemötande</i>	83
Personlighetssyndrom, osjälvständig form F60.7	83
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	84
<i>Bemötande</i>	85
Personlighetssyndrom, tvångsmässig form F60.5	85
<i>Samsjuklighet och differentialdiagnoser</i>	86
<i>Bemötande</i>	87
Personlighetsförändring orsakad av annat medicinskt tillstånd F07.0	87
Andra specificerade personlighetssyndrom F60.8	87
Ospecificerat personlighetssyndrom F60.9	88
Referenser	88
9. MÖTET	89
Sammanfattning	89
Ett bra möte	91
<i>Psykoterapeutiska begrepp för att beskriva relationen</i>	92
<i>Vårdgivarens svårigheter i mötet</i>	93
<i>Personcentrerad vård</i>	94
<i>Mötande och bemötande – ordens betydelse</i>	95
Faktorer som kan inverka på mötet	97
<i>Konkreta förutsättningar för samtal</i>	97
<i>Individuella faktorer hos patienten och vårdgivaren som kan påverka samtalet</i> ..	98
Möten i olika situationer	99
<i>Möten i akuta situationer</i>	100
<i>Möten i öppenvård</i>	101
<i>Möten i heldygnsvård</i>	102
<i>Tvång</i>	104
Att få hjälp som behandlare och team	105

<i>Kollegiala diskussioner</i>	106
Referenser	107
10. VÅRDORGANISATORISKA PERSPEKTIV	109
Sammanfattning	109
Vårdkultur och generella principer för vården	110
<i>Personcentrerad vård och patientinflytande</i>	110
<i>Evidensbaserad vård och beprövad erfarenhet</i>	111
<i>Hälsoekonomiska aspekter</i>	112
<i>Riktlinjer och vårdprogram</i>	112
Från riktlinjer till faktiskt vårdutbud	113
Att organisera vården för patienter med personlighetssyndrom	115
<i>Processperspektivet</i>	115
<i>Processkartor – Care pathways</i>	116
<i>Konsultativt stöd till somatiken</i>	126
<i>Typ av organisation, multidisciplinära team</i>	126
Vårdorganisoriska perspektiv på personlighetssyndrom	
– sammanfattande rekommendationer	127
Referenser	128
11. BEDÖMNINGAR OCH BESLUT I AKUTA SITUATIONER	131
Vårdkvalitet i akutsituationen	133
Referenser	134
12. LÄKEMEDELSBEHANDLING	135
Sammanfattning	135
I de fall läkemedelsbehandling är motiverad	136
Referenser	137
13. PSYKOLOGISKA BEHANDLINGSMETODER VID PERSONLIGHETSSYNDROM	138
Sammanfattning	138
Gemensamma faktorer för framgång i behandling	140
<i>Generellt omhändertagande</i>	141
Psykologisk behandling vid personlighetssyndrom i allmänhet – evidensläget	142
<i>Psykologisk behandling vid kluster A – evidensläget</i>	143
<i>Psykologisk behandling vid kluster B – evidensläget</i>	144
<i>Psykologisk behandling vid kluster C – evidensläget</i>	144
Specifika behandlingsprogram vid borderline personlighetssyndrom	146
<i>Dialektisk beteendeterapi (DBT)</i>	146
<i>Interpersonell terapi (IPT)</i>	147
<i>Mentaliseringsbaserad terapi (MBT)</i>	148
<i>Schemafokuserad terapi (SFT)</i>	149
<i>”Transference Focused Psychotherapy” (TFP)</i>	150
<i>Emotion Regulation Group Therapy (ERGT)</i>	151
<i>Manual-assisted cognitive therapy (MACT)</i>	152
<i>Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)</i>	152
Framtiden	153

<i>Behovet att bättre beskriva de specifikt verksamma delarna i de olika behandlingarna</i>	153
<i>Behovet att breddinföra behandlingar och arbeta med "stepped-care"</i>	154
<i>Patienters egen medverkan i behandlingen</i>	154
<i>Psykologisk behandling i ett bredare sammanhang</i>	154
<i>Hur mycket behandling ska man ge eller delta i?</i>	156
Sammanfattande rekommendationer	157
Referenser	159
14. OMVÅRDNAD	163
Sammanfattning	163
Emma	164
Vad är omvårdnad?	166
Bemötandet och vårdrelationen är grunden	166
Att minska lidande som övergripande mål för omvårdnad	167
Omvårdnadsdiagnoser – ett sätt att hitta fokus i omvårdnadsarbetet	167
Att organisera omvårdnadsarbetet	168
Egenvårdsstöd och hälsofrämjande arbete kopplat till omvårdnad	170
Psykopedagogik, familje- och resursgruppsarbete som redskap i omvårdnaden	171
Omvårdnad inom psykiatrisk heldygnsvård	171
Klinisk hypotesprövning	172
Kedjeanalyser	173
Referenser	174
15. PSYKOSOCIALA PERSPEKTIV	177
Sammanfattning	177
Instrument för att bedöma psykosocial funktion	178
Livskvalitet och återhämtning	179
Professionella resurser	179
Referenser	181
16. VÅRDEN SOM MED- ELLER MOTKRAFT – PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES PERSPEKTIV	182
Sammanfattning	182
Forskning kring patienters upplevelser	183
<i>Upplevelser av tillståndet</i>	183
<i>Upplevelser av möten med vården</i>	184
Forskning kring närstående	185
Från patientperspektiv – Mikaelas berättelse	186
<i>Myter, fördomar och stigma kring emotionellt instabil personlighetsstörning</i>	187
<i>Självskadebeteende</i>	187
<i>Bemötande</i>	189
<i>Vad är ett gott bemötande?</i>	189
<i>Varför blir det fel?</i>	190
<i>Primära och sekundära känslor, reaktioner och motreaktioner</i>	191
<i>Vad har varit hjälpsamt?</i>	192
<i>Framtiden</i>	193
Referenser	194

17. VÅLD OCH KRIMINALITET	196
Inledning	197
Samband mellan personlighetssyndrom och våld	198
Faktorer som förstärker våldsrisk	199
Specifika personlighetssyndroms samband med våld och kriminalitet	199
<i>Antisocialt personlighetssyndrom och psykopati</i>	199
<i>Borderline personlighetssyndrom</i>	201
<i>Narcissistiskt personlighetssyndrom</i>	201
<i>Övriga personlighetssyndrom</i>	202
Bedömning av risk för våld	202
<i>Utvecklingen av strukturerade riskbedömningar</i>	202
<i>Bedömning av risk för våld i allmän psykiatri</i>	204
Behandling vid risk för våld vid personlighetssyndrom	205
<i>Psykosociala behandlingar</i>	205
<i>Behandling av missbruk och annan komorbiditet</i>	207
<i>Läkemedelsbehandlingar</i>	209
Att möta och behandla personer med personlighetssyndrom och våldsrisk	210
Referenser	213
18. DE FYRA BERÄTTELSENA – RIKTLINJERNA I PRAKTIKEN	219
Joakim	219
<i>Kort sammanfattning av patientberättelsen</i>	219
<i>Kliniska intryck och diagnostiska hypoteser</i>	219
<i>Reflektion</i>	221
<i>Utredning samt tidiga insatser</i>	221
<i>Fördjupad utredning och ytterligare insatser</i>	222
Agnes	223
<i>Kort sammanfattning av patientberättelsen</i>	223
<i>Mötet</i>	223
<i>Den diagnostiska processen</i>	223
<i>Utvecklingsanamnes</i>	224
<i>Självskadebeteende</i>	225
<i>Behandling</i>	226
<i>Uppföljning och avslutning</i>	226
Christer	227
<i>Kort sammanfattning av patientberättelsen</i>	227
<i>Aspekter på handläggning</i>	227
<i>Samverkan mellan myndigheter</i>	228
Andreas	229
<i>Kort sammanfattning av patientberättelsen</i>	229
<i>Utvecklingsanamnes</i>	229
<i>Att hantera samsjuklighet</i>	229
<i>Diagnostik</i>	230
<i>Bemötande och behandling</i>	230
BILAGOR	233

Svenska Psykiatriska Föreningen har utformat kliniska riktlinjer för en rad psykiatriska områden:

- Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd nr 1
- Förstämningssjukdomar* nr 2
- Ångestsyndrom* nr 3
- Alkoholproblem nr 4
- Självmoordsnära patienter nr 5
- Tvångsvård nr 6
- Äldrepsykiatri nr 7
- Ätstörningar nr 8
- Personlighetsstörningar nr 9
- Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom pdf www.svenskpsykiatri.se
- Schizofreni nr 10
- Äldrepsykiatri nr 11
- Suicidnära patienter nr 12
- Psykiatrisk tvångsvård nr 13
- Bipolär sjukdom nr 14
- ECT nr 15
- Ätstörningar nr 16
- Personlighetssyndrom nr 17

**) under revidering*

Författarpresentation

LISA EKSELIUS, professor och överläkare, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet, VO psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala (ordförande).

JÖRGEN HERLOFSON, specialistläkare och leg. psykoterapeut, Empatica AB, Stockholm.

TOM PALMSTIERNA, docent och överläkare, Rättspsykiatriska öppenvården, Beroendecentrum Stockholm samt professor det Medisinske Fakultet, Norges Teknisk Naturvitenskaplige Universitet (NTNU), Trondheim, Norge.

KENT-INGE PERSEIUS, docent och specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, Röda Korsets Högskola, Stockholm.

MIA RAMKLINT, docent och överläkare, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet, VO psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

GÖRAN RYDÉN, verksamhetschef, överläkare och leg. psykoterapeut, Norra Stockholms psykiatri, Stockholm.

Adjungerade författare

Kapitel 11:

JOHAN BENGSSON, AT-läkare, VO psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Kapitel 16:

MIKAELA JAVINGER, psykiatrikommunikatör, skribent och föreläsare.

Granskare

STÅL BJØRKLY, professor och dr psychol., specialist i klinisk psykologi, Avdelning for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde, Norge (kapitel 17).

CLARA HELLNER GUMPERT, professor och överläkare, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Centrum för psykiatriforskning, Stockholm (kapitel 2, 3, 4, 5, 6, 7).

MARIANNE KRISTIANSSON, professor, överläkare och avdelningschef, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Rättsmedicinalverket, Huddinge (kapitel 17).

MIKAEL LANDÉN, professor och överläkare, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg (kapitel 2, 3, 4, 5, 6, 7).

LARS-GUNNAR LUNDH, professor, Institutionen för psykologi, Lunds universitet, Lund (kapitel 12, 13).

MONICA NORRMAN, socionom, f.d. utredare vid Socialstyrelsen, Stockholm (kapitel 15).

MATS SAMUELSSON, docent och universitetslektor, Sektionen för omvårdnad, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Huddinge (kapitel 9, 10, 14, 15, 16).

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten

DAN GOTHEFORS

Förord

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Psykiatrisk diagnostik och behandling är områden i snabb förändring. Detta gäller inte minst personlighetsrelaterad problematik, tidigare benämnd personlighetsstörning. Mycket har hänt sedan SPF publicerade riktlinjer i området för tio år sedan, varför vi nu åter ger ut en aktuell sammanställning av diagnostik och behandling – av det vi i dag benämner personlighetssyndrom.

Människor med personlighetssyndrom betraktas ofta som en svår patientgrupp, då interaktionen med omgivningen inte sällan är problematisk och konfliktfylld. Lidandet är vanligt, inte minst i den psykiatriska populationen. Differentialdiagnostiken gentemot neuropsykiatriska tillstånd, ångestsyndrom och affektiv sjukdom är utmanande.

Ett av huvudsyftena med de nu presenterade riktlinjerna är att göra personlighetssyndromen igenkännbara. Genom att tidigt kunna identifiera lidandet kan realistiska behandlingsmål formuleras och därmed minska risken för att patienten hamnar i ofrukt samma behandlingskontakter.

SPF har sedan 1995 publicerat riktlinjer för diagnos och behandling av de flesta psykiatriska områden. De senaste publikationerna har behandlat äldrepsykiatri, bipolär sjukdom, ECT, schizofreni, metabola syndrom, ätstörningar och suicidnära patienter. Dessa riktlinjer är efterfrågade i kliniken.

Det finns ett stort behov av kunskap om personlighetssyndrom, vilket gör att de kliniska riktlinjer som nu presenteras är angelägna och välkomna. Arbetsgruppen, med Lisa Ekselius i spetsen, har på ett mycket förtjänstfullt sätt åskådliggjort tillståndens kliniska uttryck, komplexitet och drabbade personers subjektiva lidande. Dessutom ger de kliniska riktlinjerna handfast vägledning i omhändertagande och behandling.

Hans-Peter Mofors

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Förord

Det har hunnit gå tio år sedan de första kliniska riktlinjerna för personlighetsstörningar gavs ut. Nu, tio år senare, säger vi inte ”störning” längre – detta ord som fått oss att associera till något hopplöst och opåverkbart, och som troligen även bidragit till stigmatisering. I de uppdaterade riktlinjerna använder vi i stället benämningen *personlighetsyndrom* – ett uttryck som vi hoppas bättre ska spegla att dessa tillstånd är föränderliga och möjliga att påverka. Vi hoppas att du som läser detta också vill ansluta dig till denna omformulering.

Riktlinjerna vilar nästan uteslutande på DSM-klassificering. Det beror helt enkelt på att i stort sett all forskning om personlighetsyndromen vilar på DSM-systemets indelning. Samtidigt kan man konstatera att skillnaderna mellan de diagnostiska kriterierna i DSM-IV och ICD-10 är ganska måttliga. De förändringar avseende konceptualisering och diagnostik av personlighetsyndromen som DSM-kommitténs arbetsgrupp signalerade inför publiceringen av DSM-5 mötte motstånd i slutskedet och placerades därför i den del av DSM-manualen som reserverats för metoder och diagnoser som bör prioriteras för fortsatt forskning. Det betyder att de diagnoskriterier som formulerades för DSM-IV fortsätter att gälla i DSM-5. Vilka förändringar vi har att vänta inför publiceringen av ICD-11 berörs kort i kapitel 2.

Vi kan konstatera att en betydande utveckling har skett under det senaste decenniet. Det har bland annat resulterat i ett rikare utbud av behandlingsstrategier, framför allt med fokus på borderline personlighetsproblematik. Utvecklingen har också lett till en djupare insikt om syndromens patofysiologi och om vilka sårbarhetsfaktorer som ökar risken att drabbas. Dessutom har vi fått bättre kunskap om tillståndens allvarliga konsekvenser i form av förkortad livstid till följd av såväl naturliga som onaturliga orsaker.

I vårt arbete har vi strävat efter ett vetenskapligt arbetssätt. En begränsande faktor i sammanhanget är att nästan all behandlingsforskning fokuserar på antisocialt personlighetsyndrom och borderlinepersonlighetsyndrom. Vi har förstas tagit del av andra nationers riktlinjearbete, exempelvis det som gjorts av The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) och The Australian Clini-

cal Practice Guidelines. Målet för vårt arbete har varit en stark klinisk förankring med fokus på tillämpbarhet i det dagliga arbetet med patienter och deras närstående.

Målgruppen för dessa riktlinjer är i första hand ni som företräder den psykiatriska vården liksom alla andra medarbetare inom den psykiatriska vården. Det vill säga alla ni som på olika sätt inom ramen för er profession möter, behandlar, planerar och organiserar vården för personer med allvarlig personlighetsproblematik och personlighetssyndrom. Eftersom vi överallt i vården möter människor med personlighetsproblematik är vår förhoppning att även företrädare och medarbetare från andra specialiteter ska läsa våra texter och få värdefull orientering och kunskap. Självfallet ser vi även studenter och medarbetare under fortbildning som en ytterligare målgrupp.

I bokens första kapitel stiftar man bekantskap med några personer som vi tror att ni kommer att känna igen. Det är Joakim, Agnes, Christer och Andreas. Tanken är att ni i de efterföljande kapitlen där så är möjligt ska ha dessa personer i åtanke, för att få en tydligare bild av vad personlighetssyndrom är, vad man bör tänka på i mötet och hur man kan organisera den vård de behöver. I bokens sista kapitel återvänder vi till Joakim, Agnes, Christer och Andreas och ger vår syn på hur riktlinjerna skulle kunna tillämpas i den kliniska vardagen.

Avslutningsvis vill jag tacka er kloka och erfarna kollegor som tagit på er uppgiften att granska våra texter och kommit med goda förslag till förbättringar.

Jag vill också tacka arbetsgruppen för inspirerande och lärorika diskussioner och för hårt arbete och stort engagemang. Till sist – men inte minst – hjärtligt tack till Mikaela Javinger för att du ville dela med dig av din berättelse, och till Johan Bengtsson för att du bidragit med en ung, ambitiös och engagerad kollegas perspektiv på akuta handläggningar.

Det står utom tvivel att personer med personlighetssyndrom hör till en av psykiatrins mest sårbara grupper. De uppvisar mellanmänniska problem av allahanda slag, liksom lidande och svårigheter att klara vardagens utmaningar. Vi hoppas att vårt arbete med dessa riktlinjer ska bidra till en god vård för dessa personer och för deras närstående.

Lisa Ekselius

HUVUDREDAKTÖR

1. Sådana man känner igen – fyra berättelser

Den grekiske filosofen och naturforskaren Theofrastos (se kapitel 2) gav i sin skrift *Karaktärer – sådana man känner igen* systematiska beskrivningar av 30 olika personlighetstyper. Vi väljer att inleda denna översikt genom att presentera fyra personer, vilkas drag kan återfinnas i Theofrastos verk och vilkas berättelser känns igen från den kliniska vardagen. I slutet av boken (kapitel 18) återkommer vi till våra fyra personer.

Joakim

Som filosofistudent sedan ett år vid högskolan har 22 år gamle Joakim med nöd och näppe klarat kraven för att få behålla studiemedelsrätten till kommande termin. Han fick gå upp i en resttenta på sensommaren och klarade den, efter viss tvekan från examinatorns sida. Det har varit på gränsen under hela studietiden, och resttentan berodde på att han körde vid första tentatillfället i maj.

Joakims intresse för filosofi grundas i att han alltid funderat över tillvarons beskaffenhet. Under tonåren var han fascinerad av parapsykologi och relaterade ämnesområden. Science fiction-filmer, som skildrar hur utomjordingar ockuperar mänskliga kroppar, uppfattade han som helt realistiska. Han läste en hel del böcker som handlar om andar, gengångare och spöken. Särskilt upptagen blev han av Carlos Castanedas böcker om Don Juan, en shaman och trollkarl som kunde göra de mest märkliga ting. Joakim är övertygad om att han med tankekraft kan påverka skeenden av olika slag, till exempel vädret och hur människor rör sig i folksamlingar.

Joakim kommer från en mindre stad i Mellansverige, där han vuxit upp med sina föräldrar och en två år yngre syster. Han flyttade till centralorten för ett drygt år sedan och hyr ett rum med eget pentry och tillgång till dusch i en större lägenhet som bebos av ett äldre par. Studentlägenhet i korridor var aldrig ett alternativ. Joakim känner sig besvärad när han har folk inpå sig och föredrar att vara för sig själv. Han känner sig annorlunda och har alltid gjort det. Kamrater har han inga, det var också ett tema under hela skoltiden. Det bekymrade i och för sig hans föräldrar mer än det bekymrade honom. Hans mamma försökte förgäves sammanföra honom med jämnåriga, men Joakim var alltid besvärad och osäker. Han har aldrig haft någon flickvän och känner sig alltför obekvämt i sociala sammanhang för att kunna lära känna någon flicka lite närmare.

Han har remitterats till psykiatrisk öppenvård via studenthälsan, dit han sökte sig för att få mer energi, samla ihop sig och kunna studera bättre. Han har inte haft någon psykiatrisk kontakt som vuxen, men var aktuell för ett fåtal besök på BUP när han var i 10-årsåldern och inte ville delta i gymnastiken i skolan. Dessa konsultationer ledde inte till några insatser, utan beskedet var att mamman och Joakim fick återkomma om det skulle tillstöta några mer besvärande symtom.

Vid bedömningssamtalet hos psykiatern förhåller sig Joakim avvaktande och tittar gärna ut genom fönstret under samtalet. Han visar inga tecken på ångest, är inte rastlös och han förefaller varken deprimerad eller uppskruvad. På direkt fråga svarar han att han inte tycker att han brukar vara särskilt besvärad av ångest. En period förra hösten kanske han var lite nedstämd. Allt var nytt och han var inte helt bekväm i kontakten med det äldre paret som han hyr rum hos. Det som bekymrar honom är att han är osäker på sina studier. Han kan inte läsa läroböckerna i den takt som förväntas, främst på grund av att han distraheras av infall och tankar som han blir upptagen av. Möjligen är det lite jobbigt med det äldre paret. De klagat på honom för att han har öppet fönster dag såväl som natt. När han är ute går de in och stänger, men han öppnar genast igen när han kommer tillbaka. Han tror inte att de kommer att be honom flytta, och han bryr sig inte så mycket om deras kommentarer.

Agnes

Agnes satt där igen på kirurgakuten mitt i natten. Skämdes. Nu är jag här igen, tänkte hon. Och kommer att mötas av samma föraktfulla undvikande av ögonkontakt som alla gånger tidigare. ”Behöver du verkligen bedövning, du som gillar smärta?” hade jouren senast frågat. Och sedan remiss till psykakuten och deras välmenande, oberörda, ”professionella” bemötande. Men egentligen skiter de i henne, det visste hon. Till och med hennes terapeut i öppenvård hade tröttnat på henne nu.

Erik, som var en av de nya AT-doktorerna, hade fått rumsnumret och han kunde ana att sjuksköterskorna på expeditionen hade tittat roat på varandra: ”Du behöver öva på stygn”, hade de sagt.

Inne på rummet satt en hårt sminkad tjej i 25-årsåldern som tittade ner i golvet. Erik hälsade, men möttes av ett knappt hörbart ”hej” och ett ”jag är ledsen att jag inte kan ta i hand – det är liksom handleden som är problemet”.

– Jag ser det – får jag titta lite närmare på det.

Han tog hennes hand i sin och synade såret som var ganska ytligt, men det hade hunnit komma rätt mycket blod på handen och på hennes kläder.

– Hur länge sedan hände detta?

– För en timme sedan, kanske. Jag minns inte riktigt.

– Okej, vi ska bedöva och sedan vill jag sätta några stygn så att det läker så bra som möjligt. Det är inte så djupt som jag kan se, men det blir ett fult ärr om vi inte försöker få till det – är det okej?

Agnes var lite förvånad. Inga frågor om varför eller något dömande. Och ingen fråga om bedövning. Agnes hade liksom förberett sig på att *inte* svara på frågor, att *inte* gå med på krav, att bara försöka komma undan så snabbt som möjligt.

När Erik hade ordnat med såret sa han:

– Nu är jag ju bara AT-läkare och rutinen här är att alltid fråga om psykjouren kan komma när någon har gjort ett självmordsförsök. Därför undrar jag hur du tänker nu, för jag antar att detta var något du gjorde själv?

– Ja.

– Kan du bara hjälpa mig förstå hur vi ska gå vidare. Fanns det någon tanke om att du inte ville leva vidare när du skar dig nu?

– Jag vill aldrig leva vidare.

– Okej. Men att du skadade dig nu, var det med tanke på att ta livet av dig.

– Neej, snarast tvärtom.

– Har du någon kontakt på psyk?

– Jaa. Anna, men hon vill inte se mig mer.

– Är du säker på det?

– Jag ringde henne i dag, men ingen svarade. Varken på mobilen eller på sms. Hon brukar alltid ringa tillbaka.

– När träffade du henne senast?

– För fyra dagar sedan.

– Och när ska ni ses igen?

– I morgon.

– Ska jag titta i journalen – du vet att vi har samma journal-system?

– Ja, gör det.

– Jag ser här att Anna har sett att du har ringt och att hon försökte ringa dig flera gånger, men det kanske var nåt strul med telefonen?

– Ja, jag hade lånat en kompis telefon för min hade laddat ur, och jag hade glömt den hemma också.

– Så hon har kanske inte tröttnat på dig?

– Nej, kanske inte. Fast hon borde det. Alla tröttnar.

– Låter viktigt att prata om, tänker jag. Min undran är om du tror att du skulle behöva träffa någon annan nu i natt? Jag ringer psykjouren om du vill. Det är Greta Eriksson som är jour i kväll.

– Neej, du behöver inte det. Jag vet vad hon kommer att säga, har träffat henne flera gånger.

– Klarar du dig i så fall?

– Ja.

– Och du lovar att höra av dig till psyk, om du inte gör det. Innan du skadar dig själv i kväll?

– Ja, jag lovar.

– Du behöver inte lova, jag vill bara veta att du känner dig trygg när du går härifrån och vet vart du kan vända dig.

Agnes var väldigt förbryllad när hon gick från akuten, nästan lite upprymd. Läkaren frågade nästan inget annat än det som var viktigt för henne just då. Hon hade skurit sig så många gånger utan att söka, men nu hade det kommit så mycket blod. Och hon fick

veta att Anna faktiskt hade försökt att ringa. Så det kändes okej att komma i morgon. Annars visste hon inte vad hon skulle göra. Och då skulle hon försöka berätta vad som egentligen hade hänt nu under dagen. Att hon hade kommit in på konstskolan hon hade sökt. Och att pappa hade varit så glad och stolt. Och att Agnes själv hade varit mer ångestladdad än hon kunde påminna sig.

Christer

Christer är 32 år gammal och har remitterats av primärvården till din psykiatriska öppenvårdsmottagning med frågeställningen adhd. I remissen framgår även att han har skyddstillsyn. Frivården har informerat dig om att Christer för en månad sedan dömdes till skyddstillsyn för narkotikabrott och ringa misshandel av en för honom främmande person i samband med alkoholintag. I domen anges att han under den pågående skyddstillsynen ska ”underkasta sig den behandling som frivården i samråd med behandlande läkare beslutar”. Detta innebär att den utrednings- och behandlingsplan som du föreslår blir en del av villkoren och följsamheten ska kontrolleras av patientens frivårdsinspektör.

När du träffar Christer berättar han att han under större delen av sina tonår vistades på ungdomshem. På direkt fråga från dig uppger han att han sedan 19 års ålder har dömts flera gånger till kortare fängelsestraff för misshandel, hot, personrån, narkotikainnehav, rattonykterhet och mindre stölder. Han berättar att han aldrig haft någon längre anställning. De få anställningar han haft har ofta avslutats av att han antingen helt enkelt uteblev, kom i konflikt med arbetsledare eller dömdes till fängelse. Just nu har han inte något arbete, lever på försörjningsstöd från socialtjänsten och bor i en träningslägenhet som socialtjänsten hyr åt honom. Han vill ha ett sjukintyg till socialtjänsten för att kunna få fullt försörjningsstöd.

Christer själv menar att han har adhd. Han uppger att han alltid har haft svårt att koncentrera sig, aldrig har kunnat läsa en hel bok och att han på grund av sina uppgivna koncentrationssvårigheter inte klarade grundskolan. Han har själv fyllt i ett självskattningsformulär för adhd med höga poäng och berättar att han mått väldigt bra av amfetamin. Han förväntar sig att du skriver recept på Ritalin. Han vill även ha Stesolid, eftersom han uppger att han annars inte kan hålla sig lugn. Han säger också att du måste ge honom

läkemedel omedelbart, eftersom han har en föreskrift om behandling hos frivården.

Samtalet med patienten avslutas abrupt när du berättar att du inte kan skriva ut läkemedel för adhd utan en ordentlig utredning med hjälp av din psykolog. Du vill även träffa honom igen för att göra en mer systematisk intervju om personlighetssyndrom och substansproblem. Christer blir då upprörd och säger: ”Du är en idiot som inte fattar någonting” och att du nu förstör hela hans planering med socialtjänst och frivård, när du inte direkt skriver ut tabletter. Christer säger även att ”du har skyldighet att ge honom recept, eftersom han är dömd till behandling”. Efter denna högröstade ordväxling lämnar Christer mottagningen.

Andreas

På en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning träffar du Andreas, en 19-årig man som för ett år sedan sökte hjälp på grund av depressiva symtom.

Du läser i journalen att det under nybesöksbedömningen framkommit att Andreas vuxit upp under stabila förhållanden. Han uppgav dock att han alltid varit blyg. Som liten hade han separationsångest, ville aldrig sova över hos kompisar och ville inte åka på läger eller skolresor. Han lekte gärna med jämnåriga, men bara hemma hos sig själv. Han ville inte gå bort till andra. Han gillade inte barnkalas. Han hade inte haft några svårigheter att klara skolan, hade lätt för att lära sig. Däremot hade han inte velat svara på frågor eller hålla några presentationer inför klassen och på högstadiet sänkte detta hans betyg. Gymnasiestarten blev jobbig, nya kamrater och nya lärare och han fick svårare att komma i väg till skolan, varför hans otillättna frånvaro ökade. Andreas riskerade i slutet av andra årskursen att förlora sitt studiebidrag, vilket ledde till att han kände sig alltmer pressad och ledsen. Detta var bakgrunden till att han sökte hjälp.

Andreas bedömdes initialt uppfylla kriterierna för social fobi och egentlig depression. Han fick behandling med SSRI och KBT mot social fobi, men blev bara lite bättre.

När du träffar Andreas har han helt slutat gå till skolan och sitter hemma hela dagarna. Andreas kommer tillsammans med sin mamma, som är orolig och pressad. Familjen har svårt att få ekonomin

att gå ihop och Andreas får inte längre studiebidraget. Han har inte försökt söka något arbete. Modern beskriver att Andreas är en snäll och hjälpsam person. Han hjälper gärna till med disk och matlagning. Däremot kan de inte prata om problem. Andreas blir pressad när modern tar upp framtiden, blir irriterad och vill inte prata om det. Du träffar honom för en ny bedömning. Andreas bejakar beskrivningen av problemen. Han kan inte förklara, men han tror inte på sin egen förmåga, vågar inte gå till arbetsförmedlingen och ser inga lösningar på sina problem, möjligen om han skulle få bli sjukpensionär. Andreas vill inte flytta hemifrån, tror sig inte själv klara av att betala räkningar och ha myndighetskontakter med mera. Han trivs i föräldrahemmet, men känner sig misslyckad som inte klarar sådant som andra jämnåriga gör. Han skulle vilja ha jämnåriga vänner och han har ett visst umgänge via nätet. När han träffar jämnåriga blir han dock tyst, har svårt att ta några initiativ och känner sig ointressant, tråkig och osäker.

Riktlinjer i praktiken

Känner du igen Joakim, Agnes, Christer och Andreas? I kapitel 18 återkommer vi till dem och till hur riktlinjerna kan tillämpas i praktiken.

2. Från Theofrastos till DSM och ICD

Sammanfattning

- Personlighet kan definieras som det inrotade och stabila mönster av tankar, känslor och beteenden som karaktäriserar en individs unika livsstil och anpassning.
- Med personlighetssyndrom avses en psykiatrisk diagnos som karakteriseras av ett stabilt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i den omgivande miljön och som vållar lidande och funktionsstörning.
- DSM-systemet föreslår tio olika personlighetssyndrom. De är fördelade på tre kluster, baserat på gemensamma likheter, och definieras med ett stort antal operationaliserade kriterier. Stora likheter finns med ICD-systemets klassifikation.
- Vid sidan av de etablerade diagnossystemen finns många alternativa modeller för att bedöma personlighetsdrag. Femfaktor-modellen (Big Five) är ett sådant alternativ. Personlighetsformuläret NEO-Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R) är baserat på denna teoretiska modell och har en stor spridning internationellt.
- Det svenska personlighetsinventoriet Karolinska Scales of Personality (KSP) bygger på psykobiologiska teorier om personlighet och utvecklades för att identifiera stabila personlighetsdrag

av betydelse för psykisk sårbarhet. Ett omfattande valideringsarbete av KSP resulterade i ett förkortat och moderniserat personlighetsformulär benämnt Swedish universities Scales of Personality (SSP).

Enligt Nationalencyklopedin är personlighet summan av de egenskaper som gör en person till det han eller hon är och som skiljer honom eller henne från alla andra (1). Definitionerna av begreppet personlighet är otaliga, och skiljer sig delvis åt beroende på vilken förklaringsmodell man valt för att förstå hur utvecklingen av personlighet sker. Den definition som WHO använder lyder: Personlighet kan definieras som det inrotade och stabila mönster av tankar, känslor och beteenden som karaktäriserar en individs unika livsstil och anpassning resulterande från konstitutionella faktorer, utveckling och sociala erfarenheter (2). Mönstren kan beskrivas i termer av olika kombinationer av ett stort antal personlighetsdrag med obegränsade förutsättningar för den enskilde individen att utvecklas till en unik vuxen person.

Med personlighetssyndrom avses ett avgränsbart psykiatriskt tillstånd som kännetecknas av ett stabilt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i den sociokulturella miljö personen tillhör. Andra nödvändiga karaktäristika är ett signifikant lidande och/eller funktionsstörning.

Personlighetsavvikelser i olika former har genererat intresse långt tillbaka i tiden. Den grekiske filosofen och naturforskaren Theofrastos (ca 370–285 f.Kr.), lärjunge till Platon och Aristoteles, var den förste att ge ut en samlad skrift över det vi i dag troligen skulle benämnt personlighetssyndrom. I hans skrift *Karaktärer – sådana man känner igen* görs systematiska beskrivningar av 30 olika personlighetstyper. Här hittar man bland annat porträtteringar av den hänsynslöse, den vulgäre, den snikne, den vidskeplige och den misstrogne. Flera översättningar av Theofrastos skrift har gjorts till svenska, den senaste 1995 av Anders Dahlgren (3).

Enligt Hippokrates (460–370 f.Kr.) lära representerade kroppsvätskorna olika temperament (4). En obalans i kroppsvätskorna gav sjukdom, därav talesättet ”att inte vara vid sunda vätskor”. Några hundra år senare byggde Klaudios Galenos (130–200 e.Kr.) vidare på Hippokrates medicinska system och blev en ivrig förespråkare

för det som kom att kallas humoralpatologin (4). Enligt humoralpatologin ansågs de fyra kroppsvätskorna gul galla, svart galla, blod och slem korrespondera med grundelementen eld, jord, luft och vatten. Var och en av kroppsvätskorna antogs ha en kombination av två egenskaper, vilka hänförde sig till temperatur och fuktighetsgrad. Genom att studera blod och urin kunde man se vilken vätska som var dominerande och ha en uppfattning om hur denna påverkade människans temperament och karakteristik. Således ansågs luft motsvaras av kroppsvätskan blod (lat. sanguis, gr. haima). Överskott av blod skulle göra en person sangvinisk till temperamentet, vilket kan karaktäriseras av att man är glad, optimistisk och lätt-sam. Eld ansågs motsvaras av gul galla (gr. chole), och vid överskott leda till ett koleriskt temperament. Jord kopplades till svart galla (gr. melan, svart), producerad i mjälten (jfr mjältsjuka) och, om i excess, ge en person ett melankoliskt temperament. Vatten slutligen ansågs motsvaras av slemmet (gr. phlegma). Man föreställde sig att slemmet produceras i hjärnan. Ett överskott av slem gjorde personen flegmatisk, det vill säga trög och sävlig. Humoralpatologin utgjorde den dominerande synen bland europeiska läkare ända fram till medicinvetenskapens genombrott på 1800-talet.

Runt sekelskiftet 1700–1800 presenterades den teori som kom att kallas frenologin. Läkaren och anatomen Franz Joseph Gall (1758–1828) drev tesen att personliga egenskaper och förmågor berodde på hjärnans funktioner och att dessa avtecknade sig på skallens yttre yta (5). Galls teorier väckte anstöt, framför allt då de ansågs strida mot moralens och religionens grundsatser och han förbjöds föreläsa vid sitt hemuniversitet i Wien. Gall valde därför att flytta till Paris, där han kom att få stort erkännande som anatom, inte minst för sitt framhållande av hjärnan som fysiskt underlag för självsverksamheten. Det psykologiskt-anatomiska system som han presenterat fick emellertid aldrig någon större genomslagskraft. År 1823 invaldes Gall som utländsk ledamot av svenska Kungliga Vetenskapsakademien.

Ungefär samtidigt med Gall arbetade och levde den franske psykiatern, och sedermera professorn vid Salpêtrièresjukhuset, Philippe Pinel (1745–1826). Pinel kom att lämna flera betydelsefulla bidrag till medicinen (6). Hans odödliga förtjänst inom psykiatrin var att avskaffa tvång, fastkedjning och tortyr av människor med

svår psykisk sjukdom. Pinel stred för att medicinen skulle betraktas som en naturvetenskap och att forskningen måste ske med vetenskapliga metoder. Pinel kom delvis att inspirera en engelsk läkare vid namn James Prichard (1786–1848). Prichard har ibland betraktats som personlighetssyndromens fader (7). Det var Prichard som myntade begreppet moral insanity och som han beskrev på följande sätt: ”a morbid perversion of the natural feelings, affections, inclinations, temper, habits, moral dispositions, and natural impulses, without any remarkable disorder or defect of the intellect, or knowing and reasoning faculties, and particularly without any insane illusion or hallucination” (1835). Prichards framställning har i senare litteratur framför allt kommit att knytas till personlighetssyndrom med antisociala förtecken.

En annan engelsman som anekdotiskt måste nämnas i sammanhanget, bitvis influerad av Prichard och för övrigt kusin med Charles Darwin, var vetenskapsmannen Sir Francis Galton (1822–1911). I en artikel av Galton med namnet ”Good and bad temper in English families” (1887) beskrivs 15 adjektiv indikativa för gott humör och hela 46 för dåligt (8). Galton antog att personlighetsdrag var normalfördelade. Han var den förste att lansera den lexikala hypotesen där utgångspunkten är att alla mänskliga egenskaper finns beskrivna i det talade språket. Han var också en av pionjärerna att använda egenbedömningar. Det finns beskrivningar av hur Galton uppmanade sina kollegor på Royal Society of London att använda ”questionnaires” för att besvara frågor av psykologisk karaktär.

Från tiden runt 1900-talets början ökar intresset för olika aspekter av personlighet – såväl inom psykologin som inom psykiatrin. Portalgestalter inom den deskriptiva psykiatriska traditionen, psykiatriprofessorerna Kraepelin, Bleuler och Kretschmer, lägger fram sina teorier om olika avvikelser i personlighet. Samtliga betraktar sådana avvikelser framför allt som förstadier till, eller lindriga varianter av, psykotiska sjukdomar som schizofreni och bipolära syndrom. I Sverige presenteras ett omfattande forskningsarbete av psykiatriprofessorn Henrik Sjöbring (9) som han benämner konstitutions-teorin. Sjöbring argumenterar för fyra medfödda personlighetsegenskaper eller anlagsfaktorer, nämligen: kapacitet (intelligens), validitet (psykisk energi), stabilitet (jämvikt i grundstämningen) och soliditet (fasthet, tröghet, tenacitet). Han anser att på samma sätt som

till exempel kroppslängden varierar på ett naturligt sätt, så är förekomsten av varje grundegenskap normalfördelad i befolkningen. Extremlägena för varje egenskap betecknar han med prefixen "sub" respektive "super". Sjöbring tillmäter arvet en dominerande roll för personlighetsegenskaperna och anser att de uppvisar en grundläggande beständighet livet igenom. Sjöbrings sätt att klassificera personlighetsegenskaper hade bärighet långt in på 1900-talet och utgjorde grunden för den personlighetsskala som kom att kallas Marke-Nymans temperamentskala (MNT) efter Sjöbrings adepter Eberhard Nyman och Sven Marke (10). MNT-skalan finns översatt till engelska och används fortfarande.

Den tyske psykiatern Kurt Schneider har tveklöst haft ett stort inflytande över den utveckling som ledde fram till ICD- och DSM-systemens konceptualisering av personlighetssyndromen. År 1923 utkom första upplagan av boken *Die Psychopathischen Persönlichkeiten* (11). Här beskriver Schneider ett tiotal varianter av personlighetsavvikelser. I motsats till sina föregångare föreslog Schneider att var och en av dessa skulle ses som separata former av icke-psykotiska störningar, vilka kunde förekomma isolerat eller parallellt med andra mentala sjukdomstillstånd. Tabell 1 är en schematisk bild över hur de diagnostiska klassifikationerna kan länkas ihop från Hippokrates till modern tid.

DSM

År 1952 utgav den amerikanska psykiatriska föreningen den första versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I). DSM-I innehöll en bred och bristfälligt avgränsad diagnoskategori, benämnd "personality disorders", 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. Här blev det också tydligt fastställt att ett personlighetssyndrom måste omfatta både funktionsstörning och ett personligt lidande. År 1980 utgavs DSM-III och med denna version introducerades multiaxial diagnostik och införandet av operationaliserade kriterier för de kliniska syndromen och för personlighetssyndromen.

Tabell 1. Kopplingen mellan klassifikationer från Galen, Schneider, DSM och ICD.

Galen	Schneider	DSM-IV-TR	ICD-6	ICD-10
Kolerisk	Emotionellt instabil	Borderline	Emotionellt instabil	Emotionellt instabil inkl. borderline och instabil
Kolerisk	Explosiv	Antisocial	Antisocial	Dyssocial
Kolerisk	"Self-seeking"	Narcissistisk		
Kolerisk		Histrionisk	Immatur	Histrionisk
Melankolisk	Depressiv	Depressiv	Cyklotym	
Melankolisk	Astenisk	Fobisk	Passivt beroende	Ängslig
Melankolisk	"Weak-willed"	Osjälvständig	Inadekvat	Beroende
Flegmatisk	"Affectless"	Schizoid	Schizoid	Schizoid
Flegmatisk		Schizotypal	Asocial	
	"Insecure sensitive"	Paranoid	Paranoid	Paranoid
	"Insecure anankastisk"	Tvångsmässig	Anankastisk	Anankastisk
	Fanatisk			
Sangvinisk	Hypertym			

Modifierad från Tyrer, Lancet 2015 (20).

Personlighetsyndromen 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 personlighetsyndromen utifrån svårighetsgrad, men kriterier för en sådan distinktion kom aldrig till stånd. I stället gjordes en indelning i tre olika kluster 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).

År 1994 publicerades DSM-IV (12). I denna version skärptes de generella diagnostiska kriterierna och formulerades i form av sex kriterier (se faktaruta 1). Kriterier för de specifika syndromen modifierades och en ny diagnos introducerades – ”depressiv personlighetsstörning”. Det depressiva personlighetssyndromet formulerades med tyngdpunkt på en pessimistisk kognitiv personlighetsstil. Även kriterierna för ”passiv-aggressiv personlighetsstörning” modifierades och namnet ersattes med ”negativistisk personlighetsstörning”. Både det depressiva och det negativistiska syndromet fick status som forskningsdiagnoser.

FAKTARUTA 1.

Allmänna diagnostiska kriterier för personlighetssyndrom enligt DSM-IV och DSM-5 (15):

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 (det vill säga sättet att uppfatta och tolka sig själv, andra personer och inträffade händelser);
- (2) affektivitet (det vill säga komplexiteten, intensiteten, labiliteten och rimligheten i det känslomässiga gensvaret);
- (3) mellanmänskligt 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 (till exempel missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (till exempel skalltrauma).

Gemensamt för samtliga specifika störningar är att de generella diagnostiska kriterierna måste vara uppfyllda. Här avses ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret ska vara oflexibelt och framträdande i många olika situationer och sammanhang. Det ska vara stabilt sedan adolescensen eller tidig vuxenålder och för personen innebära ett signifikant lidande eller funktionsnedsättning. Dessutom ska personlighetsmönstret inte bättre kunna förklaras som ett uttryck för, eller följd av någon annan psykisk störning eller kroppslig sjukdom eller skada, och inte heller bero på direkta fysiologiska effekter av någon substans.

I avsnittet nedan ges en kort redogörelse av förarbetet till DSM-5. Utan att gå händelserna alltför mycket i förväg kan kort sägas att personlighetssyndromen, som de utformades för DSM-IV, är desamma som i DSM-5. I den svenska fickutgåvan till DSM-5 valde man att ersätta termen ”personlighetsstörning” med ”personlighetssyndrom” (13). En benämning som inte är förknippad med de negativa associationer som kopplats till begreppet ”personlighetsstörning”, och som helhjärtat stöds av författarna till denna riktlinjesamling.

Alternativ modell för personlighetsproblematik i DSM-5

DSM-kommitténs målsättning att öka uppmärksamheten på eventuellt förekommande personlighetsproblematik har i många avseenden infriats i och med införandet av en särskild diagnostisk axel. Detta avspeglas tydligt i antal sökträffar i de vetenskapliga databaserna (14), men också i form av kliniska aktiviteter som införandet av vårdprogram och specialenheter med mottagningar för personer med personlighetsproblematik. Men det har också funnits en omfattande kritik. Den har främst riktats mot det kategoriska syste-

met. Kritiken har handlat om att systemet inte har haft ett tillräckligt vetenskapligt stöd, vilket lett till godtyckliga gränsdragningar och multipla diagnoser.

Redan 1999 startade processen och förberedelserna med en vision om att i DSM-5 introducera en personlighetsdiagnostik på stabil vetenskaplig grund och som skulle vara lätt att tillämpa i den kliniska vardagen. Arbetsgruppen, the Personality and Personality Disorders Work Group, leddes av psykiatriprofessorn Andrew Skodol från University of Arizona. Gruppen var brett sammansatt av vetenskapligt förankrade amerikanska psykologer och psykiater samt professorerna John Livesley från Kanada och Roel Verheul från Nederländerna. I programförklaringen lades stor vikt vid aspekter som skulle minska gapet mellan DSM-5 och den kommande ICD-11. En annan ambition var att anpassa diagnostiken till kulturer utanför Nordamerika och underlätta dess användning utanför psykiatri. Men framför allt ville man lansera en dimensionell diagnostik och introducera en metodik för bedömning av svårighetsgrad.

Arbetsgruppens arbete blev turbulent och våren 2012 lämnade Livesley och Verheul arbetet i förbistring och besvikelse över att gruppen inte kunnat enas om en kliniskt användbar och evidensbaserad klassifikation.

I det slutliga förslaget som arbetsgruppen presenterade för den amerikanska psykiatriska föreningens Board of Trustees karaktäriseras personlighetssyndromen av stort personlighetsfungerande och patologiska personlighetsdrag. I slutet av 2012 beslutade Board of Trustees att inte stödja arbetsgruppens förslag och i stället behålla det kategoriska systemet och personlighetssyndromen som de formulerats i DSM-IV. Förslaget bedömdes alltför komplicerat för den kliniska vardagen och placerades därför i DSM-manualens Sektion III (15) – den del av DSM-manualen som reserverats för metoder och diagnoser som bör prioriteras i fortsatt forskning.

För utförlig beskrivning av den alternativa DSM-5-modellen för personlighetssyndrom hänvisas till DSM-5-manualens sektion III (15). Förenklat kan man sammanfatta den alternativa DSM-5-modellen på följande sätt: Kriterium A innebär moderata eller större brister i personlighetsfungerandet med fokus på brister i *självet* (identitet och adaptiv reglering av självfunktioner) och det *interper-*

sonella fungerandet (empati och intimitet). För bedömning av personlighetsfungerande har en "Level and Personality Functioning Scale" (LPFS) utvecklats med definierade nivåer av globalt fungerande, graderad från ingen till extrem funktionsstörning. Kriterium B innebär förekomst av ett eller flera patologiska personlighetsdrag. De drag man här avser är organiserade i fem domäner; Negative Affectivity, Detachment, Antagonism, Disinhibition och Psychoticism. De fem domänerna har i många avseenden likheter med den så kallade femfaktormodellen, som kommer att beskrivas lite mer utförligt i slutet av detta kapitel. De kan beskrivas i termer av 25 olika facetter och kan undersökas med stöd av "Personality Inventory for DSM-5" (PID-5) (16) som finns översatt till svenska.

För att uppfylla kriterierna C och D krävs att problematiken är relativt oflexibel och genomgripande i flera situationer och sammanhang, liksom att den är relativt stabil över tid. Kriterierna E, F och G kräver att problematiken inte bättre kan förklaras av en annan mental störning, av fysiologiska effekter av en substans, av ett medicinskt tillstånd, av utvecklingsnivå eller sociokulturell miljö.

Baserat på ovan beskrivna förutsättningar kan sex specifika personlighetsyndrom härledas, nämligen antisocial, ängslig, borderline, narcissistisk, tvångsmässig och schizotypal. I de fall det därutöver finns indikation om allvarlig personlighetsproblematik kan de karaktäristika som beskrivs under kriterium B användas för diagnosen, "personality disorder – trait specified".

ICD

The International Statistical Classification of Diseases (ICD-10) är vårt officiella klassifikationssystem och inkluderar även kliniska beskrivningar av personlighetstörningar (F60.0 till F60.9) (17). I tidigare versioner, till och med ICD-8, behandlades det vi i dag kallar personlighetsyndrom under rubriken "persona pathologica". I praktiken användes dessa diagnoser endast undantagsvis, delvis därför att de ofta kom att uppfattas som stigmatiserande. Detta bidrog till att personlighetsproblematik inte uppmärksammades i önskvärd omfattning, vare sig i kliniken eller i forskningen.

Till den fortfarande rådande versionen, ICD-10 publicerad 1992, utgavs 1993 forskningskriterier inom området psykiatri (18). Socialstyrelsen valde emellertid att inte översätta forskningsversio-

nen av ICD-10, men med ekonomiskt stöd från ett läkemedelsföretag genomförde professor Lars von Knorring och docent Eva Lindström en svensk översättning vilkens generalkriterier presenteras i faktaruta 2.

FAKTARUTA 2.

Generalkriterier för "personlighetsstörning" enligt ICD-10:s forskningskriterier (18):

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; förhållningen 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 avvikelsen.

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

Översättning: Eva Lindström och Lars von Knorring.

Likheten mellan DSM:s allmänna diagnostiska kriterier och ICD-10:s generalkriterier är stor, men det är viktigt att notera att de två systemen använder olika benämningar för några specifika syndrom. DSM-diagnosen tvångsmässigt personlighetsyndrom motsvaras av ICD-diagnosen anankastisk. Diagnosen borderline personlighetsyndrom i DSM benämns emotionellt instabil i ICD och är indelad i impulsiv typ respektive borderlinetyp. Ytterligare skillnader är att narcissistisk personlighetsyndrom i ICD-10 betraktas som en forskningsdiagnos. Dessutom finns det forskningskriterier för passiv-aggressiv personlighetsproblematik. Slutligen kan nämnas att den schizotypa diagnosen i ICD är placerad i anslutning till avsnittet om schizofreni (F20–F29).

Överensstämmelsen mellan diagnoskriterierna i de aktuella versionerna av DSM och ICD, mätt som intraclasskorrelationer, är god (19). För de kategoriska diagnoserna, analyserat med Cohens kapp, är den mer varierande. Den antisociala och den schizoida diagnosen har lägst överensstämmelse (19). Detta kan tolkas som ett resultat av olika kriterieformuleringar och olika ”diagnoströsklar”. Exempelvis kräver den antisociala diagnosen i DSM belägg för uppförandestörning under tonåren, ett rekvisit som inte finns i ICD-10.

Förarbetet inför utgivningen av ICD-11

Arbetet med att revidera personlighetsdiagnostiken i ICD-11 leds av Peter Tyrer, professor i psykiatri vid Imperial College i London. Arbetsgruppens förslag innebär att bedömare först tar ställning till om det föreligger personlighetspatologi genom att värdera om de generella kriterierna för personlighetsyndrom är uppfyllda och samtidigt bedömer allvarlighetsgraden (20). Tyrer poängterar det kliniskt viktiga perspektivet att det inte finns någon tydlig tröskel mellan olika typer och grader av personlighetsavvikelse och funktionsnedsättning. Det avvikande kan därför allra enklast beskrivas i ett enda kontinuum som sträcker sig från en normal personlighet i den ena ytterligheten till ett svårt personlighetsyndrom i den andra.

När detta klarlagts blir nästa steg att beskriva problematiken med stöd av en uppsättning dimensionella personlighetsdomäner. Liksom domänerna i DSM-5:s alternativa personlighetsmodell (15) finns även här stora likheter med femfaktormodellen (20, sid. 723).

Särskilt betonas att de mer uttalade personlighetsdrag som bedömningen identifierat inte *per se* ska uppfattas som patologiska utan snarare ger en profil av den underliggande personlighetsstruktur som finns representerad. De ger på så sätt en vägledning om i vilka domäner problematiken manifesterats. Vid svårare problematik kommer vanligtvis flera personlighetsdomäner att ingå.

En styrka med förslaget är att man med den föreslagna dimensionella diagnostiken kommer bort från den samsjuklighet av personlighetsdiagnoser som snarare varit regel än undantag med den äldre klassificeringen. En annan aspekt i det förslag som arbetsgruppen redovisat är att man betonar personlighetssyndromens tendens att fluktuera i svårighetsgrad över tid beroende på livsomständigheter. Diagnosen ska därför inte självklart betraktas som livslång utan bör kontinuerligt omprövas (20).

Dimensionella modeller för personlighetsdiagnostik

Utöver de diagnostiska modeller som klassifikationssystemen DSM och ICD erbjuder används i kliniken, men framför allt i forskning, alternativa metoder för att beskriva mönstret av personlighetsdrag och bedöma förekomst av personlighetsproblematik.

Femfaktormodellen

Femfaktormodellen är i grunden en psykologisk modell som utgår från normalpersonlighet och har sin grund i den så kallade lexikala hypotesen. Den *lexikala hypotesen* föreslår att alla aspekter på mänskligt varande, tänkande och beteende som är betydelsefullt, intressant eller användbart på något sätt finns uttryckt i språket. I ett pionjärarbete på 1930-talet utgick forskarna Gordon Allport och Henry Odbert från Webster's New International Dictionary, en av de mest omfattande ordböcker vid den tidpunkten, och kunde ur denna identifiera inte mindre än 17 953 personlighetsbeskrivande ord. Från denna lista extraherades 4 500 adjektiv som ansågs beskriva observerbara och relativt permanenta egenskaper (21). Tio år senare kunde Raymond Cattell, med hjälp av den framväxande tekniken av datorer och statistisk bearbetning med faktoranalys, analysera Allport–Odbert-listan. Ett arbete som kom att utgöra basen för Catells personlighetsformulär "16PF Personality Questionnaire", och som fortfarande finns i bruk (22).

Cattells arbete blev också en del av grunden till den personlighetsmodell som kom att benämnas femfaktormodellen och som finns i några olika nära besläktade varianter. Den femfaktormodell som fått störst spridning benämner faktorerna Neuroticism (känslomässig instabilitet), Extraversion (utåtvändhet), Openness to Experience (öppenhet), Agreeableness (vänlighet) och Conscientiousness (målmedvetenhet) och är knuten till personlighetsformuläret ”NEO-Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R)”, som utvecklats av de två amerikanska psykologerna Paul Costa och Robert McCrae (23). Varje faktor i deras modell utgörs av sex facetter av högt korrelerade personlighetsdrag som var och ett har knutits till en delskala. Resultatet av en självskattning, alternativt flera personers självskattningar som analyserats tillsammans, kan beskrivas i form av en profil, där såväl faktorn som de enskilda delskalorna kan variera mellan låga och höga värden. NEO-PI-R har utvärderats för svenska förhållanden och ger möjlighet för jämförelser med en standardiserad normgrupp ur befolkningen (24). Forskare som förespråkar femfaktormodellen har föreslagit att faktorerna kan kombineras på ett sådant sätt att de matchar de specifika personlighetsyndromen i DSM (25). Till exempel kan borderlineproblematik beskrivas med höga poäng på Neuroticism-faktorn och låga poäng på faktorerna Agreeableness och Conscientiousness.

Psykobiologisk modell

I den psykobiologiska modell som utvecklats av den amerikanske forskaren Robert Cloninger undersöks personlighetsdrag med instrumentet ”Temperament and Character Inventory” (TCI) (26). Enligt Cloninger kan personlighet definieras som en uppsättning temperaments- och karaktärsfaktorer. Han postulerar att temperamentsfaktorerna regleras av specifika, genetiskt kontrollerade neurotransmittorsystem, medan karaktärsfaktorerna involverar både neurobiologiska och sociokulturella mekanismer. Temperamentsfaktorerna benämns på engelska Novelty Seeking, Harm Avoidance, Reward Dependence och Persistence, och karaktärsfaktorerna Self-Directedness, Cooperativeness och Self-Transcendence. Enligt Cloninger kan personlighetssyndromen beskrivas med en

kombination av extrema temperamentsdrag och låga poängnivåer på karaktärsfaktorernas skalor. Formuläret omfattar 238 frågor och finns på svenska.

Modell baserad på kliniska studier

Ett ytterligare angreppssätt för att undersöka personlighetsproblematik är den modell som presenterats av den kanadensiske forskaren och psykiatern John Livesley (27). Hans arbete initierades primärt i syfte att validera DSM-systemets personlighetssyndrom. För detta ändamål, och med utgångspunkt i kliniska beskrivningar och etablerade psykiatriska begrepp, konstruerade Livesley och hans medarbetare ett personlighetsformulär som testats i befolkningen och bland patienter med personlighetsproblematik. Slutprodukten, "Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire" (DAPP-BQ) omfattar 290 variabler fördelade på 18 separata skalor som vid faktoranalys resulterat i en lösning med fyra faktorer: Emotional Dysregulation, Dissocial Behavior, Social Avoidance och Compulsivity.

Ett svenskt alternativ

Från 1960-talet och framåt utvecklade psykologiprofessorn Daisy Schalling och medarbetare vid Karolinska Institutet personlighetsformuläret "Karolinska Scales of Personality" (KSP) (28). Instrumentet bygger på psykobiologiska teorier om personlighet och utvecklades för att identifiera stabila personlighetsdrag av betydelse för psykisk sårbarhet (28). Några KSP-skalor är influerade av Sjöbrings personlighetsdimensioner. Psykologiprofessorn Petter Gustavsson visade i sin avhandling 1997 (29) att KSP hade ett antal psykometriska brister, vilket blev avsteg för en vidareutveckling. Resultatet blev "Swedish universities Scales of Personality" (SSP), ett något kortare formulär med sina 91 items fördelade på 13 underskalor (30). En faktoranalys baserad på resultat från en befolkningsstudie resulterade i faktorerna Neuroticism, Extraversion och Aggressiveness.

Var står vi då i dag?

Hur ska man som kliniker förhålla sig till denna uppsjö av olika indelningsordningar? Svaret på denna fråga måste ses ur flera perspektiv.

För det första bör man komma ihåg att ICD är WHO:s officiella sjukdomsklassifikation med syfte att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården. Klassifikationens nomenklatur är inte bindande för formuleringen av de diagnoser som anges i patientjournaler eller annan medicinsk dokumentation (31). DSM-systemet kan därför ses som ett komplement till ICD, som ger vägledning och stöd och bidrar till reliabilitet vid diagnostisering av psykiska sjukdomar och ohälsotillstånd. I den svenska översättningen av DSM-5 (13) finns kodanvisningar och en översättningstabell som underlättar överförandet från en DSM-5-kod till en ICD-10-kod.

För det andra, om man arbetar i en vårdorganisation bör det finnas en uttalad samsyn kring hur den diagnostiska processen ska genomföras samt vilka diagnostiska hjälpmedel och vilka diagnosystem som ska vara basen för detta viktiga arbete. Personlighetsdiagnostik är utmanande och kräver ofta upprepade bedömningar. Semistrukturerad diagnostisk intervju är ”gold standard” i detta sammanhang och det faktum att den enda intervju som finns översatt till svenska är SCID-II-intervjun (32) ger tydlig indikation om val av diagnostiska hjälpmedel. Det bör påpekas att det i verksamheten ska finnas en struktur för hur träning och sambedömning ska ske för att säkerställa optimal diagnostisk kvalitet. För den som har särskilt intresse och/eller har ett specialiserat uppdrag inom området kan kompetensen utökas med specialkunskap om en eller flera andra personlighetsmodeller och formulär. Men återigen är det viktigt att påpeka att träning och säkerhet i bedömningar måste säkerställas. Dessutom bör man vara väl initierad om formulärens psykometriska egenskaper och vetenskapliga förankring.

Avslutningsvis kan vi i arbetsgruppen som arbetat med riktlinjerna avslöja att det är med stor förväntan vi ser fram emot publiceringen av kriterierna för personlighetssyndrom i ICD-11.

Referenser

1. <http://www.ne.se/uppslagsverk>.
2. de Girolamo, G., Reich, J. H. (1993). *Personality disorders*. Genève: World Health Organization.
3. Dahlgren, A. (1995). *Karaktärer av Theofrastos* (1 uppl.) Göteborg: Bokförlaget 4 Krumelurer.
4. Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond* (2 uppl.) New York: John Wiley and Sons.
5. Simpson, D. Phrenology and the neurosciences: contributions of F. J. Gall and J. G. Spurzheim. *ANZ J Surg*. 2005;75:475-82.
6. Riese, W. Philippe Pinel (1745-1826), His Views on Human Nature and Disease, His Medical Thought. *J Nerv Ment Dis*. 1951;114:313-23.7.
7. Prichard, J. C. (1835). *Treatise on Insanity*. London: Sherwood, Gilbert and Piper.
8. Galton, F. Good and bad temper in English families. *Fortnightly Review* 1887:42:21-30.
9. Orelund, L. Henrik Sjöbring and the concept of individual psychology in psychiatry. *Uppsala Journal of Medical Sciences*. 2015;120: 95-103.
10. Nyman, G. E., Marke, S. (1962). *Sjöbrings differentiella psykologi. Analys och skalkonstruktion*. Lund: Gleerups.
11. Schneider, K. (1950). *Psychopathic personalities* (9 uppl., originaltexten publicerad 1923). London: Cassel.
12. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
13. (2014). Mini-D 5 Diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Stockholm: Pilgrim Press.
14. von Knorring, L., Ekselius, L., Alton, V. Growth of interest in personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:1168-9.
15. American Psychiatric Association (2013). DSM-5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
16. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., Skodol, A. E. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 2012;42:1879-90.
17. World Health Organization (1992). The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, (ICD-10). Genève: WHO.
18. World Health Organization (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Genève: WHO.

19. 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. *J Personal Disord.* 2002;16:283-92.
20. Tyrer, P., Reed, G. M., Crawford, M. J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015;385:717-26.
21. Allport, G. W., Odbert, H. S. Traits names: A psycholexical study. *Psychological Monographs* 1936;47:1-171.
22. Cattell, R. B., Cattell, H. E. P. Personality Structure and the new Fifth Edition of the 16PF. *Educ Psychol Meas.* 1995;55:926-37.
23. McCrae, R. M., John, O. P. An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers* 1992;60:175-215.
24. Källmen, H., Wennberg, P., Bergman, H. Psychometric properties and norm data of the Swedish version of the NEO-PI-R. *Nord J Psychiatry.* 2011;65:311-4.
25. Costa, P. T., McCrae, R. R. Personality disorders and the five factor models of personality. *J Pers Disord* 1990;4:362-71.
26. 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. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50: 991-9.
27. Livesley, W. J., Jang, K. L., Jackson, D. N., Vernon, P. A. Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1993;150: 1826-31.
28. Schalling, D., Asberg, M., Edman, G., Orelund, L. Markers for vulnerability to psychopathology: temperament traits associated with platelet MAO activity. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;76: 172-82.
29. Gustavsson, P. (1997). Stability and validity of self-reported personality traits. Contributions to the evaluation of the Karolinska Scales of Personality. Karolinska Institutet: Thesis.
30. 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 Psychiatr Scand* 2000;102: 217-25.
31. <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>
32. First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Press.

3. Epidemiologi

Sammanfattning

- Personlighetssyndrom är vanligt i befolkningen – prevalensen varierar mellan 4 och 15 procent.
- I kliniska populationer är förekomsten betydligt högre.
- Personlighetssyndromen förefaller inte vara så stabila till sin natur som man tidigare uppfattade. Problematiken varierar över tid beroende på belastning och omständigheter. Diagnosen bör regelbundet omprövas.
- Svenska och internationella forskningsresultat visar att den förväntade livstiden är kraftigt förkortad både för kvinnor och män med personlighetssyndrom. Det gäller såväl naturliga som onaturliga dödsorsaker.

Befolkningen

Personlighetssyndrom är vanligt i befolkningen. I en översikt av Torgersen (1), baserad på tretton studier genomförda i USA eller Europa, varierade prevalensen mellan 3,9 och 15,5 procent. Medelvärdet och medianen var 11 respektive 12 procent. I en norsk intervju baserad undersökning från Oslo (2) med omnejd rapporterades en prevalens på 13 procent, vilket kan jämföras med 11 procent i en svensk undersökning baserad på enkät (3). Slutligen i WHO:s World Mental Health Surveys genomfördes prevalensundersökningar i tretton länder, bland andra Colombia, Mexiko, Libanon, Nigeria och Sydafrika (4). Här fann man en genomsnittlig frekvens på 6,1 procent. Den ganska stora variationen har bland annat förklarats av att man

i studierna tillämpat olika metoder. En annan tolkning som också framförts är att det finns kulturella skillnader avseende vad som ska betraktas som signifikant personlighetsproblematik.

I den ovan beskrivna översikten (1) var personlighetssyndrom i kluster C vanligast med ett medelvärde på 6,5 procent. Frekvensmedelvärdena för kluster A och B var 3,5 respektive 3,3 procent. Av de specifika syndromen uppskattas ängslig respektive tvångsmässig som de vanligaste i befolkningen med prevalens runt 2,5 procent vardera medan den minst vanligt förekommande är narcissistiskt personlighetssyndrom med en prevalens som oftast understiger 1 procent. De övriga syndromen varierar mellan dessa ytterligheter.

Ett fenomen som kommit att diskuteras alltmer under senare år är att livstidsfrekvensen av personlighetssyndrom är betydligt högre jämfört med punktprevalensen (5). Detta åskådliggörs väl i en studie av en grupp ungdomar från New York som undersöktes vid upprepade tillfällen (6). Den genomsnittliga punktprevalensen vid åldrarna 14, 16, 22 och 33 år var 13,4 procent medan den kumulativa prevalensen uppgick till 28,2 procent. Detta speglar att personlighetssyndrom inte är så stabila till sin natur som man tidigare gärna velat göra gällande. Personlighetsdysfunktion varierar över tid beroende på svårighetsgrad och omständigheter. Påfrestande händelser och livssituationer kan leda till att sårbara personer blir dysfunktionella och passerar tröskeln för diagnostiserbar personlighetsproblematik. På sikt, när situationen stabiliserats, kan den ursprungliga funktionsnivån återvinnas. Företeelsen med personlighetssyndrom som kommer och går på detta vis stöder den kritik som ofta framförs mot kategoriska diagnoser till förmån för en dimensionell personlighetsdiagnostik.

Kliniska populationer

Prevalensen av personlighetssyndrom är betydligt högre bland dem som har kontakt med hälso- och sjukvård jämfört med dem som inte har det. Ungefär en fjärdedel av dem som söker i primärvård uppskattas fylla kriterier för ett personlighetssyndrom (7). Motsvarande siffra för psykiatrisk öppenvård landar kring 50 procent (8). Den högsta frekvensen personlighetssyndrom noteras bland personer som vårdas inom kriminalvården, där uppskattningsvis två tredjedelar av de intagna uppfyller kriterier för en sådan diagnos (9).

I befolkningsstudier diagnostiseras män oftare med personlighetssyndrom medan man i kliniska studier finner att kvinnor är överrepresenterade. Troligen är detta en konsekvens av att kvinnor oftare söker vård och därigenom mer frekvent exponerar sig för diagnostik.

En återkommande iakttagelse är att klinisk diagnostik genererar betydligt lägre frekvenser jämfört med strukturstött diagnostik (10). En tolkning är att kliniker förefaller vara återhållsamma med att ställa diagnos vid kliniska bedömningar av personlighetsproblematik. En alternativ tolkning är att man i kliniken brister i uppmärksamhet avseende denna typ av problematik.

Sociodemografiska korrelat

Ett relativt stabilt fynd är att personer med borderline, antisocial, schizotyp och narcissistiskt personlighetssyndrom tenderar att vara yngre medan de med schizoid och tvångsmässig personlighetsproblematik är äldre (1). Personer med personlighetssyndrom lever oftare ensamma utan att ha varit gifta eller sammanboende alternativt efter att ha genomgått separation från en partner (1). På gruppnivå finner man också att flera personlighetssyndrom är relaterade till lägre socioekonomisk status och lägre utbildningsnivå (1). Intressant i sammanhanget är att tvångsmässig personlighetsproblematik är kopplad till högre utbildning.

Livskvalitet och funktionsstörning

Interpersonella problem, bristande välbefinnande och funktionsstörning är centrala aspekter i definitionen av personlighetssyndrom. Baserat på resultaten från den norska studien som citerades inledningsvis i detta kapitel (2) har Torgersen visat att det finns ett närmast perfekt linjärt dos-respons-förhållande mellan funktionsstörning och antal uppfyllda kriterier för såväl alla personlighetsyndrom tillsammans som för de specifika personlighetsyndromen vart och ett för sig. På samma sätt finns det ett omvänt förhållande när det gäller livskvalitet, vilket innebär att för varje uppfyllt kriterium minskar livskvaliteten linjärt. Det finns alltså en kontinuerlig relation mellan graden av personlighetsproblem och livsproblem. Någon naturlig brytpunkt som ger entydig indikation om när diagnos är motiverad existerar dock inte.

Prognos

Kunskap om personlighetssyndromens naturlförlopp och prognos är mycket begränsad. En studie antyder att personlighetsdrag från såväl kluster A som kluster C tenderar att bli mer uttalade senare i livet (11). I samma studie visade man att personlighetsdrag från kluster B förefaller att bli mindre utpräglade.

Professor Mary Zanarini, vid Harvard University, har följt ett stort antal personer med personlighetssyndrom. I en 10-årsuppföljning av nästan 300 tidigare sjukhusvårdade personer med borderlinediagnos fann hon och hennes medarbetare att hela 93 procent uppnått symtomatisk remission under en sammanhängande period av två år, men bara hälften av den studerade gruppen nådde symptomfrihet och samtidig god social och yrkesmässig funktion (12).

Rent generellt kan man konstatera att synen på en personlighetssyndromsdiagnos modifierats under de senaste decennierna. En gång diagnos betyder *inte alltid diagnos*. Snarare betonas betydelsen av att regelbundet ompröva diagnosens berättigande (5).

Mortalitet

Data från Storbritannien visar att den förväntade livstiden är förkortad med 19 år för gruppen kvinnor med personlighetssyndrom och med 18 år för män, jämfört med befolkningen i övrigt (13). I två svenska epidemiologiska undersökningar rapporteras en påtagligt ökad dödlighet hos personer som sjukhusvårdats alternativt vårdats i specialiserad öppenvård med personlighetssyndrom, oavsett kluster (14, 15). Den ökade dödligheten gäller såväl naturliga som onaturliga dödsorsaker och är *de facto* högre än för till exempel bipolär sjukdom och schizofreni.

Den förhöjda mortaliteten hos personer med personlighetssyndrom kan delvis förklaras av en sämre generell hälsa, ohälsosam livsstil och bristande följsamhet till behandling samt den bidragande stress det faktiskt innebär att ha personlighetsproblematik. En ytterligare faktor som bland annat uppmärksammats av Socialstyrelsen är att personer med psykisk sjukdom får sämre vård för sina kroppsliga sjukdomar jämfört med befolkningen i övrigt.

Referenser

1. Torgersen, S. (2014). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. I Oldham, J. M., Skodol, A. E., Bender, D. S. (red.) *Textbook of personality disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58: 590-6.
3. 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. *Pers Individ Diff* 2001;30: 311-20.
4. Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatr* 2009;95: 46-53.
5. Newton-Howes, G., Clark, A. L., Chanen, C. Personality disorder across the life course. *Lancet* 2015;385: 727-34.
6. Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Oldham, J. M. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118: 410-13.
7. Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R., Mann, A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102: 52-77.
8. Beckwith, H., Moran, P. F., Reilly, J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health* 2014;8: 91-101.
9. Fazel, S., Danesh, J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359: 545-50.
10. Casey, P. R., Tyrer, P. Personality disorder and psychiatric illness in general practice. *Br J Psychiatr* 1990;156: 261-5.
11. Seivewright, H., Tyrer, P., Johnson, T. Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet* 2002; 359: 2253-54.
12. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., et al. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2010;167: 663-67.
13. Fok, M. L., Hayes, R. D., Chang, C. K., Stewart, R., Callard, F., Moran, P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosomatic Res.* 2012;73: 104-7.
14. Björkenstam, E., Björkenstam, C., Holm, H., Gerdin, B., Ekselius, L. Excess cause-specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study. *Br J Psychiatry* 2015;207: 339-45.
15. Björkenstam, C., Björkenstam, E., Gerdin, B., Ekselius, L. Excess cause-specific mortality in out-patients with personality disorder. *Br J Psychiatry Open* 2015;1: 54-5.

4. Arv och miljö

Sammanfattning

- Ärftligheten vid personlighetssyndrom varierar mellan 40 och 60 procent.
- Arv och miljö kan vara både passivt och aktivt korrelerade.
- Integrativa bio-psyko-sociala modeller används för att studera utveckling av personlighetssyndrom.

Arv och miljöinteraktioner

Kunskapen är fortfarande ofullständig om orsaker till att man utvecklar personlighetssyndrom. Från tvillingstudier vet vi att ärftligheten för personlighetssyndrom varierar mellan 40 och 60 procent, ungefär av samma storleksordning för alla de olika personlighetsyndromsdiagnoserna (1, 2). Det innebär att ärftligheten är lägre jämfört med för flera andra psykiska sjukdomar som till exempel bipolär sjukdom och schizofreni. Det betyder också att miljöfaktorer i hög grad bidrar till att personer utvecklar personlighetssyndrom. Interaktionen mellan arv (G) och miljö (E) är komplex, gener kan vara passivt eller aktivt korrelerade med miljön och gener kan även påverka miljön. Till exempel är föräldrarnas genetik och den uppväxtmiljö de skapar för barnet passivt korrelerade. Ett barns genetik kan påverka vilka miljöer det söker upp, det vill säga arv och miljö är aktivt korrelerade. Slutligen kan ett barns genetik forma hur barnet är som person, vilket påverkar vilka reaktioner det möter från omgivningen. Barnets genetik påverkar och förändrar därmed miljön (3).

Integrativa modeller

Betydelsen av negativa livshändelser tycks vara beroende av svårighetsgrad, interaktion med andra erfarenheter liksom interaktionen med personlighetsdrag. Negativa livshändelser anses utöva störst effekt på individer som är mer genetiskt eller biologiskt sårbara, men tycks ha mindre inverkan på individer som skyddas av gynnsamma konstitutionella faktorer, god psykosocial anpassningsförmåga eller skyddande psykosociala omständigheter. Ett stort antal studier har undersökt betydelsen av barndomstrauma och negativa livshändelser för utveckling av personlighetssyndrom. Sexuella, psykiska och fysiska övergrepp anses utgöra riskfaktorer (4), men eftersom de flesta av dessa studier har använt retrospektiva data eller tvärsnittsdesign begränsas de slutsatser man kan dra från dem. Komplexa, integrativa, modeller för hur personlighetsproblematik utvecklas har tagits fram (5). Barnets gener styr dess temperament/karaktärsdrag, vilka visar sig i barnets beteenden, känslor och tankar. Dessa interagerar med miljön och kan förstärkas eller försvagas. Till exempel kan föräldrarnas sätt att hantera sina barns trotsiga beteenden minska den risk som trotsiga barn har för att utveckla uppförandesyndrom, det vill säga antisociala personlighetsdrag (6). Senare G x E-studier har visat att vad som är en riskfaktor också är komplext och varierar beroende på miljön (3). Man har visat att medan en viss gen i en negativ miljö kan öka risken för syndrom kan samma gen i en positiv miljö bidra till en särskilt positiv utveckling (7). Denna kunskap har gjort att man insett betydelsen av att undersöka heterogena grupper och att även inkludera gynnsamma miljöfaktorer i analyserna.

Man har identifierat gener som är med och styr personlighetsdrag, till exempel impulsivitet. Dessa gener kallas kandidatgener, och kan analyseras separat, en gen i taget, i G x E-analyser. För exempelvis borderline personlighetssyndrom har sådana kandidatgener undersökts, för översikt se Carpenter et al. (8). Studierna är dock fortfarande få och har metodologiska svagheter.

Referenser

1. Distel, M. A., et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med.* 2008; 38(9): 1219-29.
2. Torgersen, S., et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*, 2000. 41(6): 416-25.
3. Dick, D. M. Gene-environment interaction in psychological traits and disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 2011. 7: 383-409.
4. Paris, J. Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *Journal of personality disorders*, 1997. 11(1): 34-39.
5. De Fruyt, F. & De Clercq, B. Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: toward an integrative developmental model. *Annu Rev Clin Psychol*, 2014. 10: 449-76.
6. Van Leeuwen, K. G. et al. Child personality and parental behavior as moderators of problem behavior: variable- and person-centered approaches. *Dev Psychol*, 2004. 40(6): 1028-46.
7. Belsky, J. et al. Vulnerability genes or plasticity genes? *Mol Psychiatry*, 2009. 14(8): 746-54.
8. Carpenter, R. W., et al. Gene-environment studies and borderline personality disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep*, 2013. 15(1): 336.

5. Barn- och ungdoms- psykiatriska aspekter

Sammanfattning

- Det finns ett samband mellan beteende- och känslomässiga problem i barndomen och personlighetssyndrom i vuxen ålder.
- Samma typ av personlighetsproblematik finns över tid men minskar ofta med åren.
- Personlighetssyndrom diagnosticeras med försiktighet före 18 års ålder.
- Det finns olika modeller för relationen mellan personlighetssyndrom och psykisk sjukdom.

Personlighetsutveckling

Personligheten formas under uppväxten. Personlighetsutvecklingens resonansbotten är de medfödda karaktärsdragen (1). Barns medfödda olikheter i reaktionsmönster, deras olika temperament, till exempel deras aktivitetsgrad, känslomässiga reaktivitet, sociala hämning eller vilja till social interaktion, interagerar med barnets uppväxtmiljö. Barn som lätt blir rädda, ledsna eller arga möter andra reaktioner än barn som är lugna, glada och vänliga. Miljön kan avsiktligt eller oavsiktligt förstärka deras beteenden. Ett aktivt, impulsivt barn kommer exempelvis lättare i konflikt med omgivningen än ett lugnt och eftertänksamt barn. Om föräldrarna håller sig lugna eller skriker och skäller på barnet resulterar i olika inlär-

ning avseende känsloreglering. Vad som är förväntade beteenden och känslomässiga reaktioner är förstås relaterade till barnets ålder och vad som är problem måste bedömas utifrån ett utvecklingsperspektiv. Temperament hos barn kan bedömas med acceptabel reliabilitet. Vi talar inte om personlighetssyndrom hos barn utan om känslomässiga eller beteendeproblem. Det finns ett samband mellan känslomässiga och beteendeproblem i barndomen och senare utveckling av personlighetssyndrom (2).

Personlighetssyndrom i tonåren

Barnets ständiga utveckling och förändring är en anledning till att personlighetssyndromsdiagnoser vanligen inte ställs förrän efter 18 års ålder, varken enligt ICD- eller DSM-systemet. I forskning har man, för att undersöka tillförlitlighet och meningsfullhet, ändå prövat att använda personlighetssyndromskriterierna för tonåringar. DSM-IV-kriterierna för personlighetssyndrom ger för 14–18-åringar väsentligen samma prevalenssiffror som för vuxna (3). De ungdomar som fick personlighetssyndromsdiagnos uppvisade social funktionsnedsättning, till exempel sämre skolprestationer, otillräckliga kamratkontakter och även ett ökat subjektivt lidande. Dessutom hade de ökad risk för samsjuklighet med andra psykiatriska syndrom, ökad risk för självmordsförsök och ökad frekvens intagning på psykiatrisk vårdinrättning (3). Personlighetssyndrom i tonåren har visat sig öka risken för fortsatt personlighetssyndrom som vuxen (4). Riskökningen gäller främst personlighetssyndrom inom samma kluster.

Relationen mellan psykisk sjukdom och personlighetssyndrom

Det finns olika teorier om relationen mellan psykiatriska syndrom och personlighetssyndrom (5, 6). Enligt *vulnerabilitetsmodellen* kommer förekomst av en störning att öka sannolikheten för att personen ska utveckla en annan störning. Till exempel kan fobiska personlighetsdrag öka risken för egentlig depression. Enligt *komplikationsmodellen* uppstår en störning som en komplikation till en annan. Den primära störningen utgör det sammanhang inom vilket den andra störningen uppstår. Under uppväxtåren kan till exempel upprepade depressioner öka förutsättningarna att utveckla ett personlighets-

syndrom. *Spektrummodellen* förespråkar att psykiatriska syndrom och personlighetsyndrom finns längs ett spektrum med tilltagande svårighetsgrad. Sårbarheten skulle alltså vara gemensam, men variera i omfattning, och därmed resultera i mer eller mindre uttalad problematik. Tidigare barnpsykiatrisk diagnos har visats öka risken för att i ung vuxen ålder uppfylla kriterierna för något personlighetsyndrom. Med antalet tidigare barnpsykiatriska diagnoser ökar antalet uppfyllda personlighetsyndromskriterier linjärt. Starka samband finns mellan utagerande beteendestörningar, missbruk och antisocialt personlighetsyndrom och mellan ångestsyndrom och schizotypala och schizoida personlighetssymtom (7).

Referenser

1. Buss, A. H. & Plomin, R. (1975). *A Temperament Theory of Personality development*. New York: John Wiley.
2. Halperin, J. M. et al. Childhood CBCL bipolar profile and adolescent/young adult personality disorders: a 9-year follow-up. *J Affect Disord*, 2011. 130(1-2): 155-61.
3. Westen, D. et al. Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry*, 2003. 160(5): 952-66.
4. Kasen, S. et al. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry*, 1999. 156: 1529-1535.
5. Dolan-Sewell, R. T., Krueger, R. F. & Shea, M. T. (2001). *Co-occurrence with syndrome disorders*, in *Handbook of personality disorders*, s. 84-104. New York: Guilford Press.
6. Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. 2:nd ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.
7. Lewinsohn, P. M. et al. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(12): 1752-1759.

6. Den diagnostiska processen

Sammanfattning

- Den rekommenderade proceduren vid diagnostik av personlighetssyndrom är "best estimate diagnosis" eller "Longitudinal Expert All Data (LEAD)".
- Långvariga, ihållande, svårigheter i nära relationer och med att reglera känslor eller beteenden bör värderas i ett livstidsperspektiv. Det är viktigt att skilja på "state" och "trait".
- De allmänna kriterierna för personlighetssyndrom bör värderas initialt i samband med anamnestagning. De specifika symtomkriterierna bör bedömas med hjälp av en semistrukturerad diagnostisk intervju.
- Värdera alltid suicidrisk och farlighet.

Personlighetssyndrom är vanliga hos patienter i allmänhet (1), och hos patienter inom psykiatri i synnerhet (2). Trots att förekomst av personlighetssyndrom påverkar behandling av andra tillstånd negativt och trots att personlighetssyndromen i sig själva är förenade med ökad dödlighet är det inte säkert att de diagnosticeras i kliniken. De personlighetssyndromsdiagnoser som ställs begränsas oftast till borderline, antisocialt personlighetssyndrom och personlighetssyndrom UNS. Dessutom ställs dessa diagnoser ofta på basen av vissa beteenden som självskadande eller normbrytande beteende, och utan att en diagnostisk bedömning av kriterierna görs. Person-

lighetssyndrom ska diagnosticeras med samma noggrannhet som annan psykisk sjukdom. Detta kapitel handlar om diagnostik av personlighetssyndrom.

Den diagnostiska processen

All psykiatrisk diagnostik behöver vara tillförlitlig och meningsfull. Den diagnostiska procedur som rekommenderas är ”best estimate diagnosis” eller ”Longitudinal Expert All Data (LEAD)” (3). Det betyder att diagnostikern samlar in ett brett underlag för bedömning. Detta baserar sig på en psykiatrisk anamnes, strukturerade diagnostiska intervjuer, frågeformulär som patienten besvarar, information från närstående och observationer över tid. All information sammanställs och diagnos ställs baserat på den sammanvägda informationen.

Anamnes

Redan vid den initiala bedömningen kan man anamnestiskt få fram information som talar för att en personlighetsproblematik föreligger, till exempel om det framkommer att patienten har haft långvariga svårigheter i nära relationer och med att reglera sina känslor eller beteenden. I både DSM och ICD finns allmänna karakteristika för personlighetssyndrom, vilka undersöks i samband med anamnesupptagningen. Det handlar om ihållande mönster av tankar, känslor och beteenden som hos patienten ger upphov till stora svårigheter och försämrar patientens funktion. Det är alltså dessa svårigheter som värderas i de allmänna kriterierna för personlighetssyndrom, vilka måste vara uppfyllda för att ett personlighetsyndrom ska kunna föreligga (4, 5).

Personlighetsproblematik ska i det typiska fallet ha funnits under hela vuxenlivet och beskrivas som närvarande redan under barn- och ungdomstid. Det är alltså mycket viktigt att anamnestiskt kunna värdera olika symtoms tidsförlopp. Är till exempel patientens irritabilitet enbart relaterad till depressiva episoder eller finns irritabiliteten även när patienten inte är deprimerad? Ett strukturerat sätt att inhämta information är att göra en så kallad livslinje, en tidsaxel efter vilken man för in livshändelser och symptom, för att kunna undersöka deras tidssamband och varaktighet.

Personligheten utvecklas i interaktion mellan medfödda egen-

skaper och livserfarenheter (6). Diagnostikern måste i anamnesen kunna identifiera riskfaktorer för personlighetsproblematik, både biologiska och psykosociala. Påfrestande livshändelser, liksom eventuella trauman under uppväxten bör gås igenom, då dessa kan ha påverkat personlighetsutvecklingen. Bland de biologiska riskfaktorerna finns utvecklingsavvikelse under barndomen. 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 anamnes bör därför ta upp patientens kognitiva, språkliga, motoriska och sociala utveckling. Vidare bör såväl hereditet, graviditet och förlösning som eventuella hjärnskador eller CNS-infektioner belysas. Det är viktigt att få en bild av patientens sociala förmåga, aktivitetsgrad, koncentrationsförmåga, impulsivitet, aggressivitet och eventuella normöverskridande beteenden under uppväxtåren. Man bör undersöka om personen utsatt andra för våld eller andra kränkande beteenden, eller blivit föremål för polisiära insatser, i synnerhet om de förekommit före vuxen ålder.

Det är även viktigt att utforska psykisk sjuklighet under barn- och ungdomsåren, eftersom sådan sjuklighet, exempelvis tidigt debuterande depression, är relaterad till ökad förekomst av personlighetssyndrom i vuxen ålder (7).

Bedömning av självmordsrisk

Individer med personlighetssyndrom har en ökad risk att dö i förtid på grund av självmord (8). Vid samsjuklighet med till exempel depression och missbruk ökar risken ytterligare. Analys och utredning av självmordsbenägenhet är därför särskilt viktig när man utreder och behandlar individer med personlighetssyndrom. Självmordsrisken varierar även med tid, plats och situation. Detta är särskilt viktigt att tänka på vid bedömning av individer med borderline personlighetssyndrom, där förändringar i suicidrisk ofta går mycket snabbt. För detaljerade riktlinjer avseende utredning och behandling av självmordsnära patienter hänvisas till SPF, nr 5, *Självmordsnära patienter* (9). Vid normbrytande, aggressiva beteenden är det viktigt att göra en farlighetsbedömning, mer utförligt om detta i kapitel 17, "Våld och kriminalitet". För patienter som har ett självskadebeteende är det viktigt att värdera om detta har ett suicidalt

syfte eller inte, se mer utförligt i kapitel 7, ”Diagnostiska hjälpmedel”. Där presenteras även instrument för bedömning av självskadebeteende.

Diagnostiska instrument

För diagnostik av personlighetssyndrom finns dels självbedömningsinstrument i form av frågeformulär, dels diagnostiska intervjuer. Självbedömningsinstrumenten används för screening och är aldrig i sig själva tillräckliga som underlag för diagnos. De kan dock användas för att avgränsa vilka delar av den diagnostiska intervjun som ska gås igenom, då man går igenom de personlighetssyndrom som patienten screenat positivt för. Ett antal diagnostiska intervjuer har utvecklats för DSM- och ICD-diagnostik av personlighetssyndrom. Syftet har varit att förbättra den diagnostiska reliabiliteten genom att standardisera bedömningsprocessen och förbättra den diagnostiska validiteten, då man systematiskt efterfrågar symptom 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 förtrogna med metodiken. Enbart svaren från ett frågeformulär eller en diagnostisk intervju är alltså inte tillräckliga som underlag för att ställa en personlighetssyndromsdiagnos. Den slutgiltiga diagnosen fastställs i stället på basen av en sammanvägd klinisk bedömning enligt LEAD, i vilken de diagnostiska instrumenten är en del. Diagnostiska instrument presenteras i kapitlet 7, ”Diagnostiska hjälpmedel”.

När diagnosticeras personlighetssyndrom?

Om man uppfattar att det finns signifikanta symptom eller beteenden som talar för någon form av personlighetssyndrom, och om man tillsammans med patienten bedömer att en utredning kan bli till nytta för patienten eller ge en förståelse för patientens beteenden, då ska man gå vidare med diagnostik. Tidpunkten för den fördjupade personlighetsdiagnostiken bör om möjligt väljas när akuta sjukdomssymtom avklingat. Under en pågående sjukdomsepisod i ett kliniskt syndrom, till exempel en depressionsepisod eller vid påverkan alternativt abstinens av beroendeframkallande substanser, påverkas tankar, känslor och beteenden, vilka kan färga patientens beskrivning av sig själv och sin levnadsbakgrund liksom sättet

att uppträda på. Sådana så kallade state-effekter kan felaktigt tolkas som stabila personlighetsdrag. Man bör därför avvakta med att göra sin slutgiltiga bedömning först när patienten börjat återhämta sig från sjukdomsepisoden och börjat bli sitt vanliga jag ("trait"). Diagnostik av personlighetssyndrom under pågående psykisk sjukdom, liksom vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, kräver stor kompetens för att korrekt värdera olika samtidigt förekommande symtom. För patienter vilkas primära problem är personlighetsdysfunktion gäller förstås att inte försena diagnostiken och påbörja behandling så snart som möjligt.

Det kan i detta sammanhang också vara värt att nämna något om nytillkomna symtom vid en redan fastlagd personlighetssyndromsdiagnos. Här har man att ta ställning till symtomens art, varaktighet och intensitet, för att därefter värdera om det rör sig om symtomfluktuationer inom ramen för personlighetssyndromet i sig eller om det kan röra sig om ett nydebuterat kliniskt syndrom. Detta är ofta en grannliga bedömning, eftersom samsjuklighet inte är ovanlig, samtidigt som risken för överdiagnostik är hög. I slutändan handlar det alltid om en klinisk bedömning, där nyttan för patienten, i form av ett bättre omhändertagande, alltid måste gå först.

Vem diagnosticerar personlighetssyndrom?

De allmänna kriterierna för personlighetssyndrom, det vill säga om ett personlighetssyndrom föreligger eller inte, kan värderas med hjälp av anamnesen och därmed göras av diagnostiker inom all hälso- och sjukvård. Det är inte förbehållet specialistpsykiatrin. Det är viktigt att beakta personlighetsdysfunktion även då man behandlar somatiska sjukdomstillstånd. Detta kan man göra utan att man behöver gå vidare med specifik diagnostik av personlighetssyndrom. I förslaget till ICD-11 finns även en ny diagnos, personlighetsproblematik, som är tänkt att kunna användas inom hela hälso- och sjukvården. Att däremot gå vidare och bedöma vilka extrema personlighetsdrag som föreligger, eller att ställa de specifika personlighetssyndromdiagnoserna, bör göras inom specialistpsykiatrin. Den som gör detta bör ha utbildning i psykiatri och psykiatrisk diagnostik och vara utbildad och tränad i de diagnostiska metoder som används. Under denna träning bör personen ha fått individuell återkoppling på både intervjuteknik och bedömningar. Intervjuarens reliabilitet

bör ha prövats och varit god jämfört med andra erfarna bedömare. Då information från anamnesen är viktig när man värderar de olika diagnoskriterierna är det bäst om det är samma person som gör både den anamnestiska bedömningen och den strukturerade intervjun. Idealt är det om denna person har haft kontakt med patienten under en tid och haft möjlighet att observera patienten. Inom specialistpsykiatri bör man säkerställa rutiner för utbildning, träning och diagnostisk procedur.

Informera om diagnosen

När något personlighetsyndrom eller extrema personlighetsdrag identifierats bör man, på samma sätt som vid andra psykiska syndrom, kommunicera och diskutera med patienten om bedömningen och dess innebörd. Det är önskvärt att patienten upplever diagnosen som en bra beskrivning av sina problem. Det har ofta framhållits att den tidigare benämningen personlighetsstörning var olyckligt vald och upplevdes stigmatiserande för patienten. I DSM-5 har personlighetsstörning bytts ut mot personlighetsyndrom. Ett pragmatiskt sätt är att använda begreppet personlighetsproblematik när man samtalar med patienten och att benämningen personlighetsyndrom förklaras med hänvisning till gängse klassifikations-system. För somliga patienter kan det vara av värde att man gemensamt går igenom kriterietexter, eftersom patienten troligen känner igen sig i beskrivningen. 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 ska nyttan av diagnosen tydliggöras för patienten och om möjligt även för närstående och andra behandlare inom exempelvis socialtjänst, så att problematiken på ett konstruktivt sätt får påverka uppläggningsen av det fortsatta behandlingsarbetet.

Referenser

1. Spitzer, R. L. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983;24:399-411.
2. Quirk, S. E. et al. Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A review. *Personal Disord*, 2016. 7(2): 136-46.
3. Zimmerman, M., Chelminski, I & Young, D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am*, 2008. 31(3): 405-20, vi.
4. Herlofson, J. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. Svensk bearbetning. Stockholm: Pilgrim Press.
5. First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., Spitzer, R. L. (2015). *User's Guide for the SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
6. De Fruyt, F. & De Clercq, B. Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: toward an integrative developmental model. *Annu Rev Clin Psychol*, 2014. 10: 449-76.
7. Ramklint, M. et al. Child and adolescent psychiatric disorders predicting adult personality disorder: a follow-up study. *Nord J Psychiatry*, 2003. 57(1): 23-8.
8. Bjorkenstam, C. et al. Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *J Psychiatr Res*, 2016. 83: 29-36.
9. Svenska Psykiatriska Föreningen och Spri. Självmoordsnära patienter - kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svensk Psykiatri* 1997, nr 5.

7. Diagnostiska hjälpmedel

Sammanfattning

- Diagnostiska intervjuer och självbedömningsformulär är hjälpmedel vid diagnostik av personlighetssyndrom.
- Instrumenten kan indelas i sådana som syftar till en kategorisk diagnos och sådana som syftar till en dimensionell kvantifiering av personlighetsdrag.
- Den mest använda diagnostiska intervjun är Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). Den går även att använda för personlighetssyndrom enligt DSM-5, eftersom kriterierna inte förändrats.
- Både de allmänna kriterierna för personlighetssyndrom och specifika diagnoskriterier måste vara uppfyllda för att en diagnos ska föreligga.
- SCID-manualen ger instruktioner för hur intervjuare ska utbildas och tränas.
- Självskadebeteende är vanligare hos personer med personlighetssyndrom, och måste alltid bedömas avseende suicidal avsikt.

Den diagnostiska processen blir mer tillförlitlig då man använder olika diagnostiska instrument, intervjuer och frågeformulär. Dessa kan indelas i instrument som syftar till en kategorisk/typologisk diagnos och personlighetsformulär som syftar till en dimensionell mätning av personlighetsdrag. Frågeformulär ger även patienten möjlighet att förmedla sitt perspektiv.

Diagnostiska intervjuer

Ett antal diagnostiska intervjuer har utvecklats för DSM- och ICD-diagnostik av personlighetssyndrom. Syftet har varit att förbättra den diagnostiska reliabiliteten och validiteten genom att underlätta strukturerad prövning av de diagnostiska kriterierna. Det är viktigt att komma ihåg att dessa verktyg endast ska ses som hjälpmedel i den diagnostiska proceduren. De är avsedda för dem som är utbildade och tränade i att använda dem. Den slutgiltiga diagnosen fastställs alltid på basen av en klinisk bedömning där all tillgänglig information vägs samman.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders

En av de mest internationellt använda intervjuerna för personlighetsdiagnostik är Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). Den finns översatt till svenska och används såväl kliniskt som i forskning. Det finns ingen svensk version för DSM-5, men då DSM-kriterierna för personlighetssyndrom inte ändrat sig mellan fjärde och femte versionen går den fortfarande bra att använda. SCID-II består av en intervjumanual som innehåller frågor och kriterier samt ett intervjuprotokoll där man kan göra anteckningar och skriva ner sin bedömning (1). Intervjumanualen startar med en översiktsintervju omfattande ett antal öppna frågor, som syftar till att belysa personlighetsdrag och eventuella personlighetsrelaterade problem. Dessa frågor värderar de allmänna kriterierna för personlighetssyndrom, vilka utöver de specifika diagnoskriterierna ska vara uppfyllda för att en personlighetssyndromsdiagnos ska kunna ställas.

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, baserad på egna tidigare bedömningar och information från närstående och medarbetare som träffat patienten 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 liksom den intervjuades uthållighet och ork.

Utbildning och träning av intervjuare

Det finns få studier som belyser hur intervjuare bör utbildas och tränas, men enligt SCID-manualen bör man starta med att titta på inspelade intervjuer gjorda av erfarna experter, bedöma dessa tillsammans med erfarna bedömare och diskutera intervjuteknik och värdering av symtom (2). Därefter ska den som utbildas göra egna intervjuer som spelas in och bedöms av experter, vilka i sin tur ger återkoppling på intervjuteknik och bedömningar. Tillräckligt utbildad är man när experten bedömer intervjukvaliteten som god och man uppvisar god inter-bedömarreliabilitet. I kvalitetsbedömningen ingår intervjuarens icke-verbala kontakt med patienten, att intervjuaren har en icke dömande professionell attityd gentemot patienten under intervjun och att intervjuaren förmedlar empati. Intervjuaren ska ställa tillräckligt många och bra följdfrågor för att bedöma både positiva och negativa svar. Hon ska också värdera symtomens varaktighet, hur de påverkar patientens funktion och vilket lidande de skapar. Intervjuaren ska klara att upprätthålla en tydlig struktur och fokusera patienten så att nödvändig information inhämtas. En mall för kvalitetsbedömning har utarbetats av Ventura och medarbetare (3). Den har utarbetats för SCID-I, men bör gå att applicera även för SCID-II. Konsensus saknas om hur många intervjuer man bör sambedöma för reliabilitetsprövning. I forskningsstudier är det vanligt att man uppvisar en god överensstämmelse i minst fem konsekutiva intervjuer. Det finns inget certifieringsförfarande av SCID-intervjuare. Hur kliniker utbildas och tränas i den kliniska vården varierar troligen mycket. Detta är ett område för kvalitetssäkring, där en kvalitetsindikator kan vara att intervjuare på kliniken har utbildats och tränats enligt manualen och prövats vad gäller tillförlitlighet.

Självbedömningsformulär

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders-Personality Questionnaire (SCID-II-PQ)

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.

DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q)

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) (4). I likhet med personlighetsformuläret tillhörande SCID-II kan DIP-Q användas som ett kliniskt screeninginstrument för att identifiera patienter med personlighetsproblematik (5). Vid indikation om att sådan problematik föreligger krävs alltid en uppföljning med klinisk undersökning, lämpligen med hjälp av semistrukturerad intervju, för att diagnos ska kunna förkastas eller fastställas. Det ska särskilt påpekas att *självbedömningsformulär framför allt är fokuserade på de specifika kriterierna och endast ytligt hanterar de allmänna diagnostiska kriterierna*. Detta betyder att självbedömningsformulär ofta är överinklusive. 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 en rad ytterligare 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.

Marke-Nyman-Temperamentskalan

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 (5).

Swedish universities Scales of Personality (SSP)

SSP (6) är modifierad och utvecklad från Karolinska Scales of Personality (KSP) (7). KSP utvecklades under 1960-talet och framåt av psykologiprofessorn Daisy Schalling och medarbetare vid Karolinska Institutet. Instrumentet bygger på psykobiologiska teorier om personlighet och är utvecklat för att identifiera stabila personlighetsdrag av betydelse för psykisk sårbarhet. Några KSP-skolor är influerade av Sjöbrings personlighetsdimensioner.

SSP (6) 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. För både KSP och SSP får man resultatet presenterat i form av t-score, där 50 är medianvärdet i befolkningen. En standarddeviation uppåt respektive nedåt är 60 respektive 40, och två standarddeviationer motsvaras av 30 respektive 70. Dessa poäng hjälper bedömaren att tolka hur extrema dragen är.

NEO-PI-R

Det amerikanska formuläret *NEO-PI-R* har sitt ursprung i den så kallade femfaktormodellen (8). *NEO-PI-R* omfattar dimensionerna Neuroticism (känslolabilitet), Extraversion (utåtvändhet), Openness to experience (öppenhet), Agreeableness (vänlighet) och Conscien-

tiuosness (målmedvetenhet). Varje faktor omfattar ett antal underliggande högt korrelerade personlighetsdrag. Upprepade mätningar av personlighetsdrag med NEO-PI-R har visat en hög stabilitet efter såväl kort som lång tid. Instrumentet omfattar 240 frågor och är översatt till svenska och svenska normdata finns (9). Användandet av skalan begränsas av behörighets- och copyrightföreskrifter.

The Temperament and Character Inventory (TCI)

TCI är ett instrument som utvecklats av den amerikanske forskaren Robert Cloninger (10). Enligt Cloninger definieras personligheten som en uppsättning av temperaments- och karaktärsfaktorer (se kapitel 5). Temperamentsfaktorerna omfattar Novelty-Seeking, Harm-Avoidance, Reward Dependence samt Persistence. Karaktärsfaktorerna omfattas av Self-Directedness, Co-Operativeness och Self-Transcendence. Formuläret omfattar 238 frågor, finns översatt till svenska och har normerats i svensk befolkning (11). Användandet av skalan begränsas av behörighets- och copyrightföreskrifter.

Short version of the Borderline Symptom Check List (BSL-23)

BSL-23 är en självbedömningsskala för skattning av borderline-symtom (12). Den finns översatt till svenska.

Bedömning av självskadebeteende

Avsiktligt självskadande kan vara en del av symtomatologin vid personlighetssyndrom, men kan också förekomma isolerat eller tillsammans med psykisk sjukdom. Favazza (13) har delat in avsiktligt självskadande i tre kategorier; ”major, stereotypic or superficial/moderate”. Det senare är det vanligaste, och används ofta i ångestreglerande syfte. En annan indelning är i självskadebeteende med eller utan suicidal avsikt, det senare benämnt Non-Suicidal Self Injury (NSSI) (14). I DSM-5 finns forskningskriterier för NSSI som diagnos, vilken kan förekomma med eller utan personlighetsyndrom. Personer som skadar sig, exempelvis genom att rispa och skära i huden, kan göra det helt utan självmordsavsikt. Men de kan även vara ambivalenta kring om de vill leva eller dö, till exempel överväga att skära av en artär. Självskadebeteende kan användas för att undvika att göra självmordshandlingar. De som vid ett tillfälle skadat sig utan att ha någon självmordsavsikt kan vid andra tillfällen ha gjort självmordsförsök. Självskadebeteenden måste därför alltid bedömas ifall det gjorts med självmordsavsikt eller utan, och varje ny självdestruktiv handling måste alltid bedömas på nytt och en självmordsriskbedömning alltid göras. Handläggningen är beroende på resultatet av denna bedömning. Vid bedömningen är det viktigt att fråga kring omständigheterna som drev fram självskadebeteendet, vad hände efteråt och hur upplevs det just nu. Är man förtrogen med tekniken att göra händelseanalyser är det ett bra sätt för både patient och bedömare att förstå självskadebeteendets funktion. Det kan vara väldigt svårt att bedöma självmordsrisk, särskilt hos en person med både icke-suicidalt självskadebeteende och suicidalt beteende. Det är att rekommendera att vid svåra bedömningar be en senior kollega göra en samtidig bedömning. Det finns specifika frågeformulär som efterfrågar självskadebeteende, till exempel *Deliberate Self Harm Inventory-9* (DSHI-9) (15) och *Inventory of Statements About Self-Injury* (ISAS) (16). I det senare efterfrågas även syftet med självskadandet. Formuläret *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM) (17) undersöker frekvens och funktioner av beteende.

Svenska översättningar av dessa formulär är fria att använda, de finns att ladda ner på Nationella självskadeprojektets hemsida: <http://www.nationellasjlvskadeprojektet.se>. Där finns det även mer information och utbildning om självskadebeteende.

Psykiatrisk differentialdiagnostik

Alla former av personlighetspatologi visar sig i form av en komplex och många gånger svårtolkad klinisk bild. Samsjuklighet i bemärkelsen att personen lider av flera mer eller mindre överlappande former av psykisk ohälsa är vanligt. I den diagnostiska processen sker avgränsningar mot de flesta psykiatriska sjukdomsgrupperna. Detta sker med fördel med hjälp av diagnostiska hjälpmedel. Inom den specialiserade psykiatriska vården utgör tveklöst den semistrukturerade *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)* gold standard då det gäller att bedöma de vanligaste sjukdomsgrupperna (18). *Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (MINI)* kan utgöra ett alternativ (19). Men med sitt högstrukturerade format riskerar man att med MINI förlora viktig information.

Med att i detta dokument namnge den långa lista av andra diagnostiska verktyg som kan vara aktuella i den differentialdiagnostiska processen finns en överhängande risk att inte vara komplett. Därför överlämnar vi åt läsaren att orientera sig vidare mot andra kunskapsdokument för att ta del av sådan vägledning.

Referenser

1. First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
2. Herlofson, J. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. Svensk bearbetning. Stockholm: Pilgrim Press.
3. Ventura, J., Liberman, R. P., Green, M. F., Shaner, A. Training and quality assurance with the structured clinical Interview for DSM-IV. *Psychiatry Research*. 1998;79:163-73.
4. Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L. et al. DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *Eur Psychiatry* 1998;13:246-253.
5. Nyman, G. E., Marke, S. (1962). *Sjöbrings differentiella psykologi. (The differential psychology of Sjöbring. Analysis and scale construction.)* Lund: Gleerups.
6. Schalling, D., Asberg, M., Edman, G., Orelund, L. Markers for vulnerability to psychopathology: temperament traits associated with platelet MAO activity. *Acta Psychiatr Scand*. 1987 Aug;76(2):172-82.

7. 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 Psychiatr Scand* 2000;102:217-225.
8. McCrae, R. M., John, O. P. An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers* 1992;60: 175-215.
9. Källmen, H., Wennberg, P., Bergman, H. Psychometric properties and norm data of the Swedish version of the NEO-PI-R. *Nord J Psychiatry*. 2011;65: 311-4.
10. 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. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:991-999.
11. Brändström, S., Schlette, P., Przybeck, T. R., Lundberg, M., Forsgren, T. et al. Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry*. 1998 May-Jun;39(3): 122-8.
12. Wolf, M., Limberger, M. F., Kleindienst, N., Stieglitz, R. D., Domsalla, M. et al. Short version of the borderline symptom list (BSL-23): development and psychometric evaluation. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2009;59: 321-4.
13. Favazza, A. R. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*, 1998;186: 259-68.
14. Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. et al. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002;325: 1207-11.
15. Lundh, L. G., Karim, J., Quilisch, E. Deliberate self-harm in 15 year old adolescents. A pilot study with a modified version the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scand J Psychol*. 2007;48: 33-41.
16. Glenn, C. R., Klonsky, E. D. One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment* 2011;18: 375-8.
17. Dahlström, Ö., Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Svedin, C. G. Functions of nonsuicidal self-injury: exploratory and confirmatory factor analyses in a large community sample of adolescents. *Psychol Assess*. 2015 Mar;27(1): 302-13.
18. First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
19. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33 (Suppl 20).

8. Specifika personlighets- syndrom, differential- diagnoser och bemötande

Inledning

I detta kapitel beskrivs de olika specifika personlighetssyndromens centrala psykologiska temata, deras avgränsningar gentemot andra syndrom samt aspekter på bemötande som kan underlätta både den diagnostiska processen samt fortsatt behandling.

Innan man överväger att ställa en specifik personlighetsdiagnos måste man först ha bedömt att de generella diagnostiska kriterierna för personlighetssyndrom är uppfyllda. De specificerade personlighetssyndromen i DSM-IV och ICD-10 definieras därutöver av ett antal inklusionskriterier, som är beskrivningar av olika ”uttryck” för problematiken i fråga. Av dessa kriterier ska ett för varje syndrom angivet minimiantal vara uppfyllda. Men, inget specifikt kriterium utgör ett diagnostiskt krav. Denna så kallade prototypiska modell är grundad på idén att de olika diagnoskategorierna representeras av prototyper, som den kliniska bilden kan likna i högre eller mindre grad. I praktiken innebär det att man inom en och samma diagnos inkluderar en betydande variation i uttrycket av problematiken. Såväl de generella kriterierna som kriterier för de specificerade personlighetssyndromen är oförändrade i DSM-5 jämfört med DSM-IV (se vidare kapitel 2 ”Från Theofrastos till DSM och ICD”).

I de följande avsnitten ges för vart och ett av personlighetssyn-

dromen en beskrivning av de speciella särdrag som har diagnostisk betydelse. Tanken är att dessa beskrivningar ska komplettera (men inte ersätta) kriterierna i DSM och ICD och därmed underlätta igenkännandet av olika former av personlighetssyndrom i den kliniska vardagen. Under rubrikerna "Samsjuklighet och differentialdiagnoser" beskrivs översiktligt de vanligaste frågeställningarna. I detta kapitel inkluderas också sammanfattande synpunkter på bemötande som underlättar kontakten med patienter med olika former av personlighetssyndrom.

KLUSTER A

Personlighetssyndrom, paranoid form F60.0

Det paranoida personlighetssyndromet utmärks av ett mönster av djupgående misstro och misstänksamhet gentemot andra. Personer med den här problematiken är ofta svåra att komma överens med, vilket leder till problem i nära relationer. De upplevs av omgivningen oftast som överdrivet misstänksamma, försvarsinställda, kritiska och med avsaknad av varmare känslor för andra. De litar inte på omgivningen, är ständigt på sin vakt och känner sig ofta orättvist behandlade. I arbetslivet har de klara samarbetssvårigheter.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Under mer psykiskt belastande livsomständigheter är det inte ovanligt att dessa personer utvecklar ångestrelaterade syndrom, liksom även depression. Även alkoholproblem förekommer. Det är vanligtvis sådana komplikationer som kan leda till att det blir aktuellt med psykiatrisk bedömning. Den paranoida problematiken kan då bli tydlig för behandlaren.

Ibland kan en paranoid personlighetsproblematik finnas med i bilden före utvecklingen av schizofreni.

Tydligt paranoida drag, liksom även diagnostiserbart paranoiskt personlighetssyndrom, kan finnas med i bilden vid flera andra former av personlighetssyndrom. Sådana inslag är till exempel vanligt vid antisocial personlighetsproblematik, liksom vid borderline personlighetssyndrom.

Det paranoida personlighetssyndromet skiljer sig främst från vanföreställningssyndrom, med förföljelseidéer, paranoid schizofreni och bipolära sjukdomar med psykotiska symtom, i det att psykotisk symtomatologi av mer ihållande art inte ska förekomma inom ramen för ett diagnostiserat personlighetssyndrom. Andra differentialdiagnoser är personlighetsförändring orsakad av somatisk sjukdom, liksom personlighetsförändring orsakad av substansbruk.

Bemötande

Personer med den här problematiken upplever allmänt sett sin misstänksamma läggning som befogad, och det finns därför goda skäl att inte förhastat konfrontera patienten kring misstänksamheten. Behandlaren ska vinnlägga sig om pålitlighet, att ge tydlig information och att upprätthålla ett vänligt bemötande oavsett eventuella ifrågasättanden från patientens sida.

Personlighetssyndrom, schizoid form F60.1

Det schizoida personlighetssyndromet utmärks av ett genomgripande mönster av distans till och rentav avståndstagande från sociala relationer samt begränsade emotioner. Typiskt är också en fåordighet som märkbart påverkar den sociala interaktionen.

Dessa personer föredrar att tillbringa en stor del av tiden för sig själva, ter sig socialt tillbakadragna och väljer helst aktiviteter där man inte behöver interagera med andra människor. De föredrar uppgifter, såväl konkreta som mer abstrakta, som kan utföras på egen hand. Somliga tilltalas av dataspel på nätet, eftersom interaktioner med andra då är begränsade och sker på distans. Intresset för sexuella kontakter är svalt, och kan i omvärldens ögon te sig obefintligt. Livsnjutning är inte något som utövar särskild lockelse. Schizoida personer har som regel bara några få vänner utanför den egna familjekretsen.

Omgivningen uppfattar dessa personer som svåra att få kontakt med. De ger ett intryck av att vara relativt oberörda av såväl beröm som klander. De kan förefalla känslomässigt nedtonade, vilket också märks i form av nedtonad mimik och nedtonat gensvar i samspellet med andra.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Dessa personer har, med sina sociala brister, en begränsad förmåga att hantera stressfulla livsomständigheter som kräver sociala interaktioner. Det här kan i sin tur leda till komplikationer i form av depression och ångestsyndrom. Differentialdiagnostiken gentemot symtomfattig schizofreni bygger dels på att episoder med psykotiska symtom inte inkluderas i personlighetssyndromet, dels på att den allmänna funktionsförmågan, fränsett sociala interaktioner, vanligtvis är betydligt bättre än vad som är fallet vid schizofreni. Ibland kan emellertid en schizoid personlighetsproblematik finnas med i bilden före utvecklingen av schizofreni.

Det kan vara svårt att differentialdiagnostiskt skilja det schizoida personlighetssyndromet från mildare former av autism. Men de för autism utmärkande särdragen i kommunikation och interaktion saknas vid schizoid problematik, där det i stället rör sig om knapphändighet och torftighet i kommunikationen. Likaså saknas de för autism typiska särdragen i form av signifikant stereotypa beteenden och intressen.

En vanlig differentialdiagnostisk frågeställning gäller skillnaden mellan det schizoida personlighetssyndromet och den ängsliga formen av personlighetssyndrom. Social tillbakadragenhet är ett gemensamt drag. Den avgörande skillnaden består i att personen med ängslighet som huvudtema, till skillnad från vad som är fallet vid schizoid problematik, har en stark önskan om att relatera och vara delaktig i sociala sammanhang, men hindras av sin rädsla för att kritiseras eller avvisas.

Bemötande

Det är viktigt att respektera patientens behov av distans. Färdigheten kan vara en utmaning för behandlaren, som kan frestas att inta en kontraproduktivt aktiv hållning. Ett alltför aktivt engagerat och emotionellt förhållningssätt kan av patienten uppfattas som påträngande och leder vanligen till att patienten sluter sig.

Personlighetssyndrom, schizotyp form F21

Det schizotypala personlighetssyndromet noteras i ICD-10-klassifikationen i anslutning till schizofreni och andra psykotiska sjukdomar och inte i det avsnitt som omfattar personlighetsproblematik. Syndromet kännetecknas av betydande sociala och interpersonella svårigheter, som till stor del grundas i lättväckt ångest vid sociala kontakter. Det här ger upphov till både lidande och minskad funktionsförmåga i arbete och i den sociala samvaron. Dessa personer har även kognitiva svårigheter, missuppfattar ofta verkligheten och uppvisar ofta ett udda beteende. Excentriska tankegångar, ibland bisarra, liksom säreget beteende och klädsel kan vara påfallande drag. Miss-tänksamhet och ibland också hänsyftningsidéer är vanligt, liksom även föreställningar som involverar magi och övernaturliga fenomen.

Omgivningen uppfattar vanligen dessa personer som märkliga och tydligt avvikande. Deras bristande sociala kompetens och den ofta besynnerliga framtoningen bidrar till att andra kan känna sig obekväma i kontakten, vilket i sin tur aktiverar de sociala rädslor som är ett framträdande drag i den schizotypala problematiken. Tillbakadragenhet fungerar då som en strategi för att undvika sådana ångestladdade situationer.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Personer med den här problematiken kan söka hjälp för associerade symtom som ångest, depressivitet eller dysfori. I samband med stress kan de uppleva kortvariga psykotiska episoder med varaktighet från minuter till timmar. Ibland kan mer kliniskt signifikanta psykotiska symtom utvecklas och tillståndet kan då uppfylla kriterierna för kortvarig psykos eller vanföreställningssyndrom. Ibland kan en schizotypal personlighetsproblematik finnas med i bilden före utvecklingen av schizofreni.

Den kliniska bilden vid schizotypalt personlighetssyndrom kan även likna bilden vid residuenschizofreni. Skillnaden ligger däri att diagnosen residuenschizofreni förutsätter att det någon gång förelagat signifikanta psykotiska symtom, vilket inte ska vara fallet när det rör sig om personlighetsproblematik. Vid vanföreställningssyndrom är de psykotiska tankegångarna varaktiga, vilket inte är fallet vid schizotypalt personlighetssyndrom.

Det förekommer att personer med komplex personlighetspro-

blematik uppvisar en klinisk bild, där kriterierna för såväl borderline personlighetssyndrom som schizotypalt personlighetssyndrom är uppfyllda. Man kan då diagnostisera bägge formerna, men det bör framgå vilka personlighetsdrag som är i kliniskt fokus vid den aktuella tidpunkten. Överlappning gentemot paranoiskt personlighetssyndrom finns i kriterietexten, men de särdrag och besynnerligheter i tänkande och beteende som finns vid schizotypal problematik särskiljer de olika formerna.

Bemötande

Den bristande sociala kompetensen, den lättväckta sociala ångesten liksom de kognitiva särdragen och den ofta förekommande misstänksamheten måste beaktas i mötet med dessa personer. Man bör undvika att vara för abstrakt, emotionell eller familjär, eftersom detta kan misstolkas av individen. Det är också viktigt att alla typer av vårdkontakter med dessa individer är välstrukturerade och att information meddelas tydligt och begripligt.

Socialt stöd och daglig aktivering har betydelse för livskvaliteten för dessa personer, som på grund av sina problem vanligen har betydande svårigheter att finna en plats i arbetslivet.

KLUSTER B

Personlighetssyndrom, antisocial form F60.2

Antisocialt personlighetssyndrom är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. Antisocialt personlighetssyndrom är starkt förknippat med en rad sociala problem som missbruk, självdestruktivt beteende, ytliga relationer och våld mot andra såväl som många andra former av kriminalitet.

Utmärkande är ett varaktigt och genomgående mönster av bristande förmåga till normalt socialt ansvarstagande beteende, vilket visar sig i ständigt bristande respekt för och kränkningar av andras rättigheter. För att ställa diagnosen krävs enligt DSM att det finns belägg för diagnosen uppförandestörning före 15 års ålder, ett rekvisit som inte är obligat enligt ICD. Uppförandestörningen visar sig i att barnet genomgående bryter mot för åldern grundläggande

sociala regler och normer, exempelvis genom att hota, trakassera eller förödmjuka andra eller uppvisa fysisk grymhet mot människor eller djur. Vandalism, lögnaktighet, upprepat skolkande, rymningar hemifrån och omotiverad aggressivitet är vanligt.

Oförmågan och den bristande motivationen att anpassa sig till rådande normer och lagar fortsätter genom adolescensen upp i vuxen ålder. Detta leder i allmänhet till upprepade brottsliga handlingar eller bedrägligt beteende med upprepad lögnaktighet. Därför är det särskilt angeläget att man i en diagnostisk process hämtar information också från andra källor för att säkerställa anamnesen.

Personer med antisocialt personlighetssyndrom är generellt impulsiva och oförmögna att planera på längre sikt. Beslut fattas oftast i stundens ingivelse, utan närmare eftertanke eller oro för de negativa konsekvenser som drabbar individen själv eller omgivningen. Påtaglig irritabilitet och aggressivitet är också vanligt, vilket visar sig genom upprepade slagsmål och misshandel. Andras säkerhet nonchaleras obekymrat. Utmärkande är också en ansvarslöshet som visar sig i svårigheter att etablera ordnade arbetsförhållanden och uppfylla ekonomiska åtaganden. När dessa personer gjort något orätt mot en annan människa, presenterar de ofta bortförklaringar och skyller många gånger händelsen på offret. Bristande empati i känslomässig mening är vanligt. Den kognitiva förståelsen av andras perspektiv kan däremot vara god, vilket är en del av förklaringen till förmågan att lura andra för egen vinnings skull.

Det antisociala personlighetssyndromet är förknippat med ökad risk för både självmordsförsök och genomförda självmord. Det är också en riskfaktor för död genom olyckshändelse eller våld, likväl som en risk att skada andra fysiskt eller psykiskt.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Drogberoende, ofta i form av blandmissbruk, är mycket vanligt hos personer med antisocialt personlighetssyndrom.

Risken för att utveckla antisocial problematik är ökad om personen har adhd. Att bägge formerna av psykisk problematik föreligger samtidigt är inte ovanligt och viktigt att vara observant på med tanke på utformningen av stöd och insatser. Impulsiviteten och svårigheterna att planera är överlappande symtom, medan det normbrytande beteendemönstret inte är typiskt för adhd.

Det är relativt vanligt att personer med antisocialt personlighetsyndrom periodvis kan lida av något ångestsyndrom och vara deprimerade. Detta drabbar framför allt dem som har en låg grad av empatistörning inom ramen för det ofta överlappande psykopatiska personlighetssyndromet. Det är inte ovanligt med en mer sammansatt personlighetsproblematik, där kriterierna för såväl antisocialt personlighetssyndrom som för ett eller fler av i första hand de andra personlighetssyndromen inom kluster B är uppfyllda.

Bemötande

Personer med antisocialt personlighetssyndrom saknar vanligen förmåga att motiveras till förändring av sitt problematiska beteende. När de ändå söker psykiatrisk vård är det nästan uteslutande av andra skäl, till exempel missbruk, ångest eller depressivitet. Det kan också handla om olika typer av sociala eller legala 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 långsiktiga förväntningar på eget ansvarstagande och egna bemödanden. Det kan vara lätt att bli förledd av en patient som på olika sätt försöker påverka behandlaren i önskad riktning. Här ställs stora krav på professionalitet samt struktur och ramar för det kliniska arbetet. En viktig aspekt är bedömning av risk för våldshandlingar (se kapitel 17 "Väld och kriminalitet").

Personlighetssyndrom, borderlinetyp F 60.3

Borderline personlighetssyndrom diagnostiseras oftare hos kvinnor än hos män. Uttrycken för problematiken tenderar att mildras med åren och är följaktligen mer uppenbara i yngre åldrar. Bland psykiatriska öppen- och slutenvårdspatienter är det en av de vanligast förekommande personlighetsdiagnoserna. I ICD-10-klassifikationen används en annan terminologi, och den övergripande diagnostiska termen är där "emotionellt instabil personlighetsstörning", som i sin tur indelas i två subkategorier – "impulsiv typ" respektive "borderlinetyp". Subkategorin borderlinetyp specificeras på ett sätt som är mycket likt motsvarigheten i DSM.

Karaktäristiskt vid borderline personlighetssyndrom är en påtaglig instabilitet vad gäller identitet, affekter och impuls kontroll. Emo-

tionell dysreglering har beskrivits som en primär orsaksfaktor bakom känslövängningarna. Självbilden är uppsplittrad så att upplevelsen av personliga brister och personliga tillgångar inte kan samexistera på ett integrerat sätt, vilket bidrar till den känslomässiga instabiliteten. Självskadebeteende är vanligt. Dessa personer kan vara impulsiva på ett sätt som är riskabelt och kan leda till allvarliga konsekvenser för dem själva. Den känslomässiga instabiliteten visar sig bland annat som lättväckt ilska. Vid svår stress kan allvarliga dissociativa symtom förekomma. Ängestkänslor utan identifierbar koppling till konkreta stimuli ingår i bilden och har betecknats med termer som förintelse-ångest, fritt flytande ångest, panångest och global ångest. Begreppet tomhetsdepression har använts för att beskriva dessa personers ständigt närvarande existentiella förtvivlan och hopplöshet, där depressiva tankegångar dominerar, men där den fulla kliniska bilden av en egentlig depression inte nödvändigtvis föreligger.

Instabiliteten medför också betydande svårigheter att etablera funktionella och varaktiga nära relationer. Bristen på sammanhängande identitetsupplevelse återspeglas i en påfallande benägenhet att pendla mellan idealisering och nedvärdering i synen på personer i omgivningen. I botten finns hos många ett problematiskt anknytningsmönster av ängsligt ambivalent eller desorganiserad typ, där en stark längtan efter närhet och kärlek lätt skiftar till ett försvar av självupplevelsen med ilska och avståndstagande om personen upplever sig avvisad eller övergiven. Sådana separationssituationer triggar ofta självskadebeteenden eller självmordsförsök.

Borderline personlighetssyndrom är förknippat med hög dödlighet till följd av självmord. Av de personer som kommer i kontakt med slutenvård psykiatri har majoriteten gjort ett eller flera allvarliga självmordsförsök. Här finns också en överrisk att dö i förtid till följd av impulsivt risktagande, liksom att falla offer för allvarligt våld.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Borderline personlighetssyndrom medför i sig en komplex problematik som tidvis inkluderar såväl depressiva symtom som ångestsymtom och lättväckt irritabilitet. När sådana symtom är aktuella behöver man differentiera vad som är ett uttryck för personlighetssyndromet och vad som är ett uttryck för ett sekundärt och i sig behandlingskrävande syndrom.

Många personer med borderline personlighetssyndrom kan beskriva återkommande tillfällen med plötslig, panikartad ångest kombinerat med ständigt närvarande oros känslor, som oftast är ett uttryck för personlighetssyndromets emotionella instabilitet. Men, om man inte har personlighetssyndromets diagnos klar för sig så kan detta förväxlas med både paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Likaså är det mycket vanligt med sociala obehagskänslor och rädslor hos personer med borderlineproblematik, vilket kan tolkas och ibland även diagnostiseras som social ångest. För att ytterligare komplicera bilden är depressiva symtom vanliga, vilket kan leda tankarna till en diagnostiserbar egentlig depression eller ihållande depression (dystymi). Den irritabilitet som dessa personer tidvis uppvisar kan tolkas som en del i en hypoman uppvarvning och leda tankarna till bipolärt syndrom, typ II. Benägenheten till dissociation under samtal kan tolkas som ett delsymtom i en tänkbar PTSD-problematik. Svåra livserfarenheter och dysfunktionella familjemiljöer är klart överrepresenterat i bakgrundsanamnesen hos dessa patienter, vilket leder tankarna till traumaetiologi. Svårigheter i mellanmänsklig kommunikation är vanligt, vilket kan tolkas i termer av autistiska drag. Därtill finns en överlappning mellan den kliniska presentationen av borderline personlighetssyndrom och adhd. Stört ätbeteende är ett vanligt inslag vid borderline personlighetssyndrom, som riskerar att förbises ifall personen förefaller normalviktig eller alternativt feltolkas som egentlig ätstörning. Slutligen finns den ständigt lika relevanta frågan ifall substansbruk av något slag kan tänkas spela en signifikant roll i problembilden.

Det är inte ovanligt med en mer sammansatt personlighetsproblematik där kriterierna för såväl borderline personlighetssyndrom som för en eller fler, av i första hand de andra personlighetssyndromen inom kluster B som antisocialt personlighetssyndrom, är uppfyllda. Det kan även finnas tydliga drag av andra personlighetssyndrom, främst de paranoida, ängsliga och tvångsmässiga formerna.

Bemötande

Borderline personlighetssyndrom är ofta en externaliserande problematik. Patientens splittrade och kaotiska inre värld uttrycks i kritiska lägen ofta som problematiska handlingar gentemot omgivningen. Patienten kan ha en lättväckt ilska som riktar sig mot

omgivningen eller mot patienten själv i självskadehandlingar. Ofta beskrivs inom sjukvården patientens beteende som ett inadekvat hjälpsökande, men det är i allmänhet ett uttryck för patientens personlighetssyndrom och dennes därav följande oförmåga att adekvat uttrycka sina behov.

Personlighetssyndrom, histrionisk form F60.4

Histrioniskt personlighetssyndrom diagnostiseras betydligt oftare hos kvinnor än hos män. Utmärkande drag är ett mönster av överdriven emotionalitet och strävan efter uppmärksamhet. Dessa personer känner sig illa till mods i situationer där de inte är i centrum. Obehaget av att se någon annan i fokus kan vara så intensivt att personen kan göra betydande ansträngningar för att dra blickarna från "konkurrenten". I samspelet med andra, inklusive behandlare inom vården, ter sig personen ofta inbjudande eller förförisk. Det uppmärksamhetsökande beteendet visar sig också i val av kläder och accessoarer. Snabbt skiftande uttryck för känslor gör att personen kan te sig dramatiserande och teatralisk. Språkbruket är ofta färgstarkt och innehåller gärna extrema värdeomdömen. Relationer tenderar att vara stormiga och fyllda av konflikter såväl i privata relationer som i arbetssammanhang. Samtidigt är dessa personer förhållandevis lättpåverkade av andra och kan skifta uppfattning i olika frågor beroende på omständigheterna.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Kroppssyndrom, sjukdomsångest och konversionssyndrom är vanligare hos personer med histrioniskt personlighetssyndrom än hos befolkningen i stort. Depression och även paniksyndrom är vanliga komplikationer. Andra personlighetssyndrom, särskilt inom samma kluster, kan vara svåra att skilja från den histrioniska formen. I särskilt komplexa fall kan flera personlighetsdiagnoser vara motiverat, ofta borderline personlighetssyndrom.

Även om diagnosen kroppssyndrom är vanligare än genomsnittligt vid histrioniskt personlighetssyndrom är det också en viktig differentialdiagnos – dessa bägge former av ohälsa är inte nödvändigtvis sammanlänkade. Vid kroppssyndrom domineras bilden emellertid helt av oro, ångest och upptagenhet av kroppsliga symptom. Substanssyndrom med beroende av såväl läkemedel som ille-

gala droger och alkohol kan förekomma och bör utforskas särskilt noga, eftersom personen vanligen förnekar sådana problem.

Det finns utmärkande särdrag vid histrioniskt personlighetssyndrom, som delas av ett antal av de övriga personlighetssyndromen, men också klara skillnader. Gemensamt med borderline är impulsiviteten, sökandet efter uppmärksamhet och de snabbt skiftande känslouttrycken. Vad som vanligen saknas är den intensiva övergivenhetsångesten, identitetsstörningen, den uttalade dissociationsbenägenheten, känslan av tomhet och självskadebeteendet. Liksom vid antisocialt personlighetssyndrom finns impulsivitet, ytlighet, sökande efter spänning och ett förföriskt charmerande beteende, men den histrioniska personligheten är betydligt mer emotionell, och de manipulativa beteenden som förekommer syftar till att vinna närhet och inte, som vid antisocialt personlighetssyndrom, till personlig materiell vinning eller dominans över andra. Gemensamt med narcissistiskt personlighetssyndrom är strävan efter uppmärksamhet. Skillnaden ligger i att den narcissistiska personen önskar bli uppfattad som överlägsen med anledning av sin unika personlighet eller sina unika talanger eller prestationer, medan den histrioniska främst vill göra intryck och väcka positiva känslor hos andra. Vid osjälvständigt personlighetssyndrom finns också ett överdrivet beroende av andras stöd och uppskattning, men det dramatiserande och emotionella beteendemönstret saknas.

Bemötande

Det uppmärksamhetssökande beteendemönstret blir ofta tydligt tidigt i vårdkontakten, och det är inte ovanligt att personen uppträder påtagligt charmerande eller rent av förföriskt gentemot behandlaren. En professionellt neutral och empatisk hållning är särskilt viktig. Det kan vara till hjälp att hålla i minnet att bakom det som på ytan ser ut att vara en övertygelse om att vara oemotståndlig finns en djup osäkerhet som leder till det ständiga sökandet efter bekräftelse.

Personlighetssyndrom, narcissistisk form F60.8

Narcissistiskt personlighetssyndrom finns inte specifikt inkluderad i ICD-klassifikationen utan hänförs till kategorin ”Andra specificerade personlighetsstörningar”. Utmärkande för narcissistiskt personlighetssyndrom är personens upplevelse av att vara mycket speciell och betydelsefull. Upplevelsen står vanligen inte i relation till personens egentliga position eller prestationer, men den visar sig både i yttre beteenden och i personens tankar om sig själv. Dessa personer ser på sig själva som undantagsmänniskor, för vilka vanliga regler inte gäller. Parallellt med fantasier om gränslös begåvning och stora framgångar finns emellertid ofta en låg självkänsla som kan göra personen extremt känslig 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.

Omgivningen uppfattar ofta personer med den här problematiken som charmiga. Men å andra sidan som uppblåsta och högdragna. Till de utmärkande dragen hör även ett exploaterande förhållningssätt till andra, där vänskap värderas i nyttotermer. Personer med narcissistiskt personlighetssyndrom har ofta stora svårigheter att leva sig in i andras känslor. Förmågan att prestera i arbetslivet behöver inte vara nedsatt. Begåvning, i kombination med en kontext där omgivningen inte anser särdragen vara direkt problematiska, kan skapa förutsättningar för betydande framgångar, men nära relationer präglas i hög grad negativt av personens problematik.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Depression är en vanlig komplikation, i synnerhet när personen med årens gång märker att drömmarna om stora framgångar inte kommer att infrias. Suicidrisken kan då vara mycket hög. Substansberoende av olika slag måste beaktas med uppmärksamhet på att förnekande av sådana problem är vanligt, särskilt vid den här formen av problematik. Det förekommer också att personer med anorexia nervosa samtidigt har en mer betydande narcissistisk problematik. Vid mer komplex personlighetsproblematik kan det vara motiverat att diagnostisera ytterligare något personlighetssyndrom, främst inom kluster B, men även den paranoida formen kan förekomma samtidigt.

Den tydligt narcissistiska personlighetsproblematiken skiljer sig från borderline personlighetssyndrom i det att impulsivt beteende, självdestruktivitet och identitetsproblem i form av inre splittring saknas. Skillnaden gentemot histrioniskt personlighetssyndrom ligger i avsaknaden av dramatiserande beteenden och påtagliga närhetsönskningar, medan benägenheten att vilja stå i centrum är ett gemensamt drag. Gemensamma drag med det antisociala personlighetssyndromet är bristen på empati och benägenheten att exploatera andra. Narcissistiska personer är dock oftast mer inriktade på att vinna personlig makt, inflytande och status än på att skaffa sig omedelbara förmåner och personliga vinster i sitt utnyttjande av andra. De saknar även den antisociala personens impulsivitet och lättväckta aggressivitet, liksom tecken på uppförandestörning under barndom och tidiga tonår.

Bemötande

Ur ett kliniskt perspektiv kan individer med narcissistiskt personlighetssyndrom te sig provocerande och krävande. Att oreserverat försöka tillmötesgå den narcissistiska personens önskemål är inte en framkomlig väg. Sannolikt kommer man längst med ett empatiskt bemötande och vänligt formulerad information om vilka behandlingsalternativ som är realistiska och möjliga. Känner man sig som behandlare provocerad av personens överlägsna attityd och krav på särbehandling, kan det vara till hjälp att minnas att bakom fasaden finns hos många en djup osäkerhet kring egenvärdet.

KLUSTER C

Personlighetssyndrom, ängslig form F60.6

Ängsligt personlighetssyndrom kännetecknas av en genomgripande räddhågsenhet som framför allt kommer till uttryck i sociala sammanhang, där dessa personer utåt sett kan te sig väldigt blyga. De har låg självkänsla och är fyllda av otillräcklighetskänslor, vilket i sin tur är kopplat till en känslighet för avvisanden, negativa omdömen och kritik. De tar lätt illa vid sig och tenderar att känna sig förkrossade vid faktiska eller upplevda tecken på kritik eller ogillande. De är i en handikappande utsträckning fokuserade på hur de ter sig i andra människors ögon, och är därför upptagna av rädsla för att "göra bort sig" inför andra. De närmar sig inte andra på ett mer personligt plan utan att vara säkra på att bli fullt accepterade. Som en följd av dessa svårigheter blir de ofta ensamma och isolerade trots en stark inre önskan om gemenskap. De är ovilliga att ta även små risker eller att försätta sig i obekanta situationer på grund av rädsla för att misslyckas, vilket skulle kunna förstärka känslan av otillräcklighet och leda till en plågsam upplevelse av genans.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Avgränsningen mellan ängsligt personlighetssyndrom och en generaliserad form av social ångest är oklar. Många menar att diagnoserna egentligen är olika beskrivningar av samma problematik. Ett genomgående mönster av undvikande karakteriserar även paniksyndrom med agorafobi, om än av andra skäl, men bägge formerna av ohälsa kan förekomma samtidigt. Andra former av ångestsyndrom kan också förekomma till en grad som motiverar diagnos. Detsamma gäller för depression och ätstörningar.

Upplevelse av otillräcklighet, överkänslighet för kritik och överdrivet behov av uppmuntran och stöd från andra är också centrala kännetecken vid osjälvständigt personlighetssyndrom. En avgörande skillnad är att en person med ängsligt personlighetssyndrom försöker undvika förödmjukelse, medan den osjälvständiga personens fokus är att bli omhändertagen. Det är emellertid inte ovanligt att en och samma person uppfyller kriterierna för bägge dessa personlighetssyndrom. Social isolering karakteriserar även den schizoida formen av personlighetssyndrom. En skillnad ligger i att personen

med ängslighet som huvudtema påtagligt lider av sin ensamhet och längtar efter gemenskap med andra människor. Svårigheterna att lita på andra är ett personlighetsdrag som också utmärker paranoiskt personlighetssyndrom. En betydelsefull skillnad är att den ängsliga personen fruktar risken att känna sig besvärad eller generad, medan personer med paranoiskt personlighetssyndrom förväntar sig att andra vill dem något ont.

Bemötande

I mötet med personer med ängsligt personlighetssyndrom är det särskilt viktigt att respektera deras 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 ska finna ut att de är odugliga som patienter och omöjliga att ha i fortsatt kontakt. De förblir därför ofta tillagsinställda och garderade under en längre tid.

Patientens rädsla för intimitet gör att behandlaren på ett lyhört sätt måste tillåta arbetsalliansen att gradvis växa fram. Huvudstrategin är att steg för steg bryta undvikandet och utveckla grundläggande sociala färdigheter.

Personlighetssyndrom, osjälvständig form F60.7

Osjälvständigt personlighetssyndrom utmärks av 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 en grundläggande oförmåga att fungera på egen hand. De har stora svårigheter att fatta beslut i både enkla vardagliga situationer och i mer livsavgörande frågor. Någon betydelsefull annan person får ta initiativ och ansvar för personens räkning 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 hävda egna gränser eller uttrycka oenighet gentemot de personer som de är beroende av. Rädslan för att bli övergiven kan leda till en obenägenhet att tillägna sig åldersadekvata färdigheter, något som ofta leder till en ond cirkel av fortsatt beroende.

Vid diagnostik av osjälvständigt personlighetssyndrom är det viktigt att ha i åtanke att den utsträckning i vilken beroende av andra ses

som rimligt och adekvat i högsta grad varierar mellan olika ålders- och sociokulturella grupper. Osjälvtändighet ska bara bedömas som patologiskt när det klart överstiger individens åldersadekvata beteende eller kulturella normer, eller uppenbart återspeglar orealistiska farhågor.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Personlighetsdrag som pessimism, låg självkänsla och beslutsvårda förefaller öka risken för ångestsyndrom och depression samt för anpassningsstörningar i samband med belastningar av olika slag. Osjälvtändiga personlighetsdrag ses ofta vid andra personlighetsyndrom, främst borderline, ängslig eller histrionisk form.

Personer med paniksyndrom och agorafobi eller ihållande depression kan sekundärt utveckla patologiskt beroende i relationer. Diagnostiskt är det därför viktigt att fastställa om det patologiska beroendet utvecklats till följd av annan psykisk ohälsa, eller om det förelegat redan under uppväxtåren. Överdrivet beroende av andra är också vanligt hos personer med påtagligt funktionsnedsättande fysisk eller psykisk ohälsa, till exempel svåra fysiska problem på grund av skada, intellektuell funktionsnedsättning, demens, schizofreni. Osjälvtändigt personlighetssyndrom diagnostiseras emellertid inte om det saknas tecken på att problematiken förelegat innan debuten av problem av den typen.

Personer med borderline personlighetssyndrom är i likhet med personer med osjälvtändigt personlighetssyndrom mycket rädda för att bli övergivna. I sådana situationer reagerar emellertid patienten med borderlineproblematik vanligen emotionellt med känslor av tomhet, ångest och ilska, medan den osjälvtändiga snarare demonstrerar ökad undergivenhet. Ytterligare en viktig differentialdiagnostisk skillnad är att personer med osjälvtändighet som huvudproblematik genom undergivenhet och följsamhet utvecklar en stabilitet i sina nära relationer till skillnad från den instabilitet och turbulens som präglar nära relationer vid borderline personlighetssyndrom. Skillnaden gentemot personer med ängsligt personlighetssyndrom ligger i att dessa personer är avvaktande och återhållsamma på grund av sin upplevelse av att vara oacceptabla, medan osjälvtändiga personers undergivenhet i stället beror på en grundläggande känsla av hjälplöshet och bristande kompetens. Histrion-

niska personer har också ett överdrivet behov av att bekräftas och få stöd, men är vanligen betydligt mer extroverta, märkbart självupptagna och färgstarka än osjälvständiga personer som framstår som tillbakadragna och lågmälda.

Bemötande

Dessa patienter är angelägna om att vara behandlaren till lags. De har en förväntan om att någon annan ska lösa deras svårigheter. Deras uppmärksamhet är inriktad på att meddela sådant som de tror kan göra behandlaren positivt inställd, vilket gör att man lätt upplever dem som undanlidande när de ställs inför mer precisa frågor. Det kan finnas en risk att behandlaren underskattar patientens svårigheter på grund av att berättelsen blir tillrättalagd.

Bemötandet bör inriktas på att uppmuntra personens förmåga till naturligt självhävdande beteende. Ett vanligt problem som varje behandlare av osjälvständiga personer måste hantera är patientens tendens att utveckla ett undergivet beroende till behandlaren. En alltför aktiv behandlare kan därför oavsiktligt komma att befästa patientens grundproblematik.

Personlighetssyndrom, tvångsmässig form F60.5

Tvångsmässigt personlighetssyndrom diagnostiseras dubbelt så ofta hos män som hos kvinnor. I ICD-klassifikationen benämns problematiken ”anankastisk personlighetsstörning”. Kärnan i det tvångsmässiga personlighetssyndromet är en upptagenhet av ordning och perfektionism samt mental och interpersonell kontroll på bekostnad av flexibilitet, öppenhet och effektivitet. Personen försöker upprätthålla känslan av kontroll genom upptagenhet av detaljer, regler, listor, ordning, organisation eller scheman i en sådan utsträckning att själva meningen med aktiviteten går förlorad. Upptagenheten av att saker och ting ska göras helt rätt leder till beslutsförmåga och ineffektivitet och nedsätter 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, och de framhäver begrepp som plikt, moral, samvetsgrannhet och ansvar.

Andra uppfattar lätt dessa personer 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. Tvångsmässiga personer har svårt att göra sig av med saker och ting, 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 svårt att delegera uppgifter eller samarbeta med andra, om inte dessa andra fullt ut underordnar sig deras eget sätt att utföra arbetet. Även detta leder ofta till betydande problem i arbetslivet, liksom i nära relationer.

Samsjuklighet och differentialdiagnoser

Tvångssyndrom, sjukdomsångest, egentlig depression och dystymi förekommer relativt sett ofta tillsammans med tvångsmässigt personlighetssyndrom. Vid tvångssyndrom förekommer tvångstankar eller tvångshandlingar, vilket inte ingår i bilden vid tvångsmässigt personlighetssyndrom. Bägge tillstånden kan emellertid förekomma samtidigt. Tvångsmässiga personer delar perfektionismen med narcissistiska, men de är allmänt sett mycket mer självkritiska än narcissistiska personer, som anser sig vara överlägsna andra. En likhet med det schizoida personlighetssyndromet är distansen och den formella hållningen gentemot andra. Skillnaden består i den tvångsmässiges olust inför att hänge sig åt känslor, och sin begivenhet på ”nyttigt arbete”, medan den schizoide mer präglas av en oförmåga och ett ointresse att relatera till andra på ett nära och ömsesidigt sätt.

Det tvångsmässiga personlighetssyndromet illustrerar på ett tydligt sätt skillnaden mellan adaptiva och maladaptiva personlighetsdrag. Ordningsamhet och noggrannhet är adaptiva drag, som ofta är förknippade med hög prestation, uthållighet och tillförlitlighet. Dessa personlighetsdrag värdesätts på de flesta arbetsplatser och är nödvändiga vid genomförandet av många olika arbetsuppgifter. Först när den bristande flexibiliteten och rigiditeten blir överdrivet uttalade blir sådana egenskaper maladaptiva, och leder till funktionsnedsättning snarare än till hög funktionsförmåga.

Bemötande

Tvångsmässiga personer inrättar ofta i likhet med andra människor sitt liv efter sina särdrag. Yrkesvalet går i riktning mot arbeten som belönar noggrannhet och plikttrohet. I yrken som präglas av etablerade rutiner, och där arbetsbelastningen inte är alltför påfrestande, kan en tvångsmässig person ofta klara sig relativt bra. Men bristen på flexibilitet blir ett allvarligt handikapp när belastningen ökar, eller när rutinerna måste ändras på arbetet, eller i privatlivet när en partner genomgår en fas av personlig utveckling och kräver en omdefinition av rollerna i samvaron. Den tvångsmässiga personen är då särskilt sårbar för depressiva reaktioner.

Personlighetsförändring orsakad av annat medicinskt tillstånd F07.0

Den här kategorin används när personlighetsproblematiken bedöms vara en direkt patofysiologisk konsekvens av något annat medicinskt tillstånd. Det rör sig således inte om en primär personlighetsproblematik, utan om en förändring som debuterar under loppet av detta andra medicinska tillstånd och som innebär en märkbar skillnad jämfört med personens tidigare karakteristiska personlighetsmönster.

Formen av personlighetsförändring kan specificeras som labil, avhämrad, aggressiv, apatisk, paranoid eller annan form. Kombinerad form och specificerad form finns också som specifikationer.

Andra specificerade personlighetssyndrom F60.8

Den här kategorin används när de generella diagnostiska kriterierna för ett personlighetssyndrom är uppfyllda, men där kriterierna inte är helt uppfyllda för någon av de olika specificerade formerna. Ett vanligt skäl till att använda den här kategorin är att problematiken är komplex med drag av flera olika former och bäst kan beskrivas med formuleringen ”blandade personlighetsdrag”.

Ospecificerat personlighetssyndrom F60.9

Grundrekvisitet att de generella diagnostiska kriterierna ska vara uppfyllda gäller även här, men man väljer att inte notera någon specifik form. En vanlig anledning är att informationen bedöms vara otillräcklig för att specificera formen av personlighetssyndrom.

Referenser

Huvudkälla till det här kapitlet är *DSM-5*, American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

9. Mötet

Anna, som var en erfaren sjuksköterska, blev alltmer otålig där hon satt. Agnes som hade gått i samtal hos Anna sedan ett drygt år nu hade uteblivit från de två senaste besöken. Nu kom hon direkt från avdelningen dit hon kommit precis innan helgen. Hon hade skurit sig ganska djupt den här gången och därtill tagit en stor mängd tabletter. Risker att hon skulle ha kunnat dö var stor. Nu satt hon där, Agnes, i stolen mittemot med blicken riktad mot golvet. Tyst och trulig:

– Det är ingen som bryr sig om hur det går för mig.

– Jag gör det, Agnes, svarade Anna.

– Nej, inte egentligen. Det skulle vara en lättnad för dig om jag försvann. Det är bara ditt jobb att säga något uppmuntrande.

– Men du, Agnes. Vad tänker du att vi har hållit på med det senaste året? Är det inte just att bry sig om dig och de svårigheter du tampas med som både du och jag har arbetat med?

– Precis. Och vad har det hjälpt?! Nu sitter jag här igen och har misslyckats. Misslyckats med att inte skada mig, misslyckats med att kunna dö.

Sammanfattning

- Man kan tala om två sätt att relatera till andra människor: Att se den andre som ett objekt för bedömning eller för ett särskilt bemötande samt att se den andre som ett subjekt, där man möts som jämställda individer. Båda sätten fyller viktiga funktioner och i en vårdssituation pendlar man mellan dessa sätt på ett följsamt vis.
- Att se den andre (och sig själv) som subjekt kan försvåras av själva vårdssituationen, eftersom relationen i grunden är ojämlik: En är hjälpare och den andre söker hjälp. Samtidigt är det en viktig aspekt för att kunna möjliggöra tillit och allians.

- Det är egentligen inga särskilda tekniker som behöver användas för att möta patienter med personlighetssyndrom. Däremot är risken större för att mötet försvåras av vårdgivarens antaganden eller av patientens svårigheter i relaterandet. Viljan att skapa, hålla liv i relationen och tydliggöra ramarna för relationen blir då särskilt viktiga.
- I krissituationer kan en beredskap till praktiskt, konkret stöd vara viktigare än försök att öka förståelsen för vad som utlöste krisen, eftersom det emotionella trycket ofta är så högt att någon kognitiv bearbetning inte är möjlig. Förståelsen och ifrågasättandet av olika strategier som patienten tar till har i stället sin plats i ett senare skede.

FAKTARUTA 3.

Principer för ett bra möte kan sammanfattas i några enkla punkter (1):

- Var medkännande.
- Visa empati.
- Lyssna till personens aktuella upplevelse.
- Validera personens aktuella känslomässiga tillstånd.
- Ta personens upplevelse på allvar, med hänsyn tagen till verbal och icke-verbal kommunikation.
- Upprätthåll en icke-dömande hållning.
- Behåll lugnet.
- Visa respekt.
- Var omtänksam.
- Uppmuntra till en öppen dialog.
- Visa mänsklighet och var beredd att tala om både de allvarliga och de komiska sidorna av livet när det är lämpligt.
- Tillåt starka känslor att uttryckas fritt.
- Var tydlig, konsistent och pålitlig.
- Kom ihåg att ett utmanande beteende har haft ett överlevnadsvärde utifrån patientens tidigare erfarenheter.
- Förmedla uppmuntran och hopp om personens kapacitet till förändring, samtidigt som den aktuella känslomässiga upplevelsen valideras.

Ett bra möte

Att möta patienter kan i vissa svåra situationer väcka motstridiga och svårhanterliga känslor. I en vårdsituation kompliceras detta också av att relationen är asymmetrisk: det finns en hjälpsökande och en hjälpare. Den hjälpsökande har både rationella och irrationella förväntningar om att få hjälp med sitt lidande. Hjälparen har i sin tur också både rationella och irrationella förväntningar om att ge hjälp till den som söker. Båda parter har också förföreställningar om hur de bör bete sig för att få respektive ge hjälp. Attityder och värderingar spelar roll. För en person med personlighetssyndrom blir situationen än mer komplex, eftersom svårigheter i det interpersonella samspelet och svårigheter att skapa trygga relationer kan komplicera mötet än mer. Tyvärr glömmer man ofta bort att den som är hjälpare själv kan ha egna svårigheter. Man utgår som regel från att dessa hålls under kontroll. Men ju mer utmaningar som mötet med en hjälpsökande bjuder, desto svårare kan det bli att hålla egna beteenden under kontroll.

Detta kapitel försöker problematisera, diskutera och förhoppningsvis ge stöd kring några av de utmaningar som man i mötet med individer som brottas med allvarlig personlighetsproblematik kan ställas inför.

Grundtanken är att ett gott, genuint möte är en förutsättning för allt annat man gör. Vårdpersonal i flera studier har rapporterat att man upplever mötet som extra svårt med patienter med personlighetsproblematik. Därför blir det särskilt viktigt att vid dessa möten kunna vidmakthålla vissa elementära aspekter av hur man som professionell möter en hjälpsökande person, så att hen kan försäkras om en vård på lika villkor i jämförelse med andra patienter.

Specifik kunskap om olika behandlingsmetoder vid personlighetssyndrom är en fråga om specialkunskap hos de som arbetar med dessa metoder. Erfarenheter av möte med patienter och bemötande som en aspekt av möten är en fråga om humanitär grundsyn som ska genomsyra all hälso- och sjukvård. Detta gör att kunskap om möten bör göras tillgänglig för all personal som möter patienter eftersom personlighetsrelaterade svårigheter är ett mycket vanligt problem som alla på ett eller annat sätt kommer att beröras av. Detta är en kontext som spänner över fler än de som uppfyller kriterier för personlighetssyndrom.

Psyko terapeutiska begrepp för att beskriva relationen

Överföring och motöverföring

Begrepp som överföring – motöverföring, empati, allians och alliansbrott är välkända inom psykoterapiforskning. De används för att beskriva det mellanmänniska fältet mellan behandlare och patient.

Överföring och motöverföring är begrepp som beskriver både den hjälpsökandes (överföring) och vårdgivarens (motöverföring) tendens att använda tidigare erfarenheter av viktiga relationer för att förstå relationen som uppstår i den psyko terapeutiska situationen. Stern beskrev tidigt de svårigheter som kan uppstå i termer av överföring och motöverföring hos en särskild grupp patienter som han beskrev som "borderline cases" (2).

Empati

Empati används ibland lite slarvigt som ett begrepp för att beskriva en egenskap hos vårdgivaren, nödvändig för att åstadkomma ett värdefullt möte. Risken med ett sådant perspektiv är att man ser på empati som en statisk egenskap som man är mer eller mindre utrustad med, eller än värre, som ett honnörsord som man uppmanas att hedra utan att riktigt förstå innebörden av. Begreppet tappar då sin kraft som ett användbart arbetsinstrument. Ursprungligen användes empatibegreppet för att beskriva en arbetsprocess, för att tillsammans med en person öka förståelsen för ett visst problem eller sätt att fungera hos den andre (3). Det viktiga är att notera gränserna för förståelsen och tillsammans göra ett arbete för att bättre förstå den andres känslor, beteenden och tankar. Empati innefattar både emotionella och intellektuella aspekter. Ser man på empati på detta sätt, som en process, kan det bli ett värdefullt tillskott i hjälparens redskapslåda vid mötet för att bygga en allians för det fortsatta arbetet.

Allians

Allians i sin tur beskrivs som en överenskommelse om samarbete. När den empatiska förmågan hos vårdgivaren brister finns en risk för att brott i alliansen uppstår. Alliansforskningen har visat att det avgörande för framgång i behandling är att reparera brotten som uppstår. Det viktiga är alltså inte att undvika brotten utan att visa att de går att reparera (4, 5).

Vårdgivarens svårigheter i mötet

Vårdgivarens självbild

Det ligger ofta djupt rotat i den professionella självbilden att man ska vara en person som alltid gör sitt yttersta och vill det bästa för sin patient. I sådana fall kan det vara lättare att förklara svårigheter som uppstår i relationen utifrån patientens psykopatologi, något som sannolikt har bidragit till att vissa diagnoser har varit mer stigmatiserande än andra. Personlighetssyndrom definieras utifrån de svårigheter som uppstår i relationer, vilket i sig kan komplicera mötet både vid bedömningen (en ”besvärlig patient” blir bedömd som personlighetsstörd) och i behandlingen: ”Eftersom denna patient har ett personlighetssyndrom kan jag vänta mig särskilda svårigheter och måste *bemöta* detta på ett särskilt sätt” (6).

Vårdgivarens engagemang

Det finns studier som talar för att vårdgivarens känslor är komplexa och delvis motstridiga – det vill säga, det finns ett stort mått av engagemang och empatisk beredskap parallellt med negativa känslor och upplevelse av hjälplöshet, vanmakt och ilska (7–12). Man har också sett att vårdgivare, som möter patienter med personlighetssyndrom inom kroppssjukvård, uppfattar dem som svårare att möta än andra patienter (13).

Vårdgivarens syn på särskilda beteenden

Det är inte unikt för patienter med personlighetssyndrom. Motsvarande studier, som ofta är enkätbaserade, är gjorda för andra patientgrupper, där man har sett att även patienter med ätstörningar, missbruk och övervikt uppfattas i mer negativa termer än andra patienter. Det gemensamma kan vara att det finns en moraliserande aspekt kring vissa beteenden. Självskadebeteende utgör i sammanhanget en särskild utmaning (12), på samma sätt som andra beteenden som uppfattas som självorsakade: stört ätbeteende i form av självsvalt, övervikt, missbruk och våldsamhet.

Vårdgivarens förmåga att förstå sammanhang

Det handlar också om vårdgivarens kapacitet att sätta maladaptiva beteenden i en meningsfull kontext. I en liten kvalitativ studie

undersökte man hur några sjuksköterskors försök att konstruera en förståelse ”i stunden” påverkade mötet och kunde på det viset urskilja stunder av positiva möten när kopplingar till förståelse kunde göras och mer negativa möten när dessa kopplingar inte gjordes (14).

Vårdgivarens begränsningar och sätt att handskas med detta

Slutligen handlar det även om gränserna för hur långt vårdgivarens resurser räcker för att hjälpa till. Det är frustrerande när den hjälp man erbjuder inte gör nytta eller avvisas. Och vid personlighetsyndrom, liksom vid andra kroniska tillstånd, kommer man inte sällan till en punkt där stora insatser har gjorts och trots detta kvarstår ett signifikant lidande. Detta ställer stora krav på vårdgivarens kapacitet att stå ut, att ha tillförsikt och att bära ett hopp tillsammans med patienten, men också att stå ut med att man som vårdgivare har begränsningar. Om man har svårt med detta finns en stor risk för att man på olika sätt som vårdgivare agerar ut sin besvikelse eller frustration, något som i slutändan drabbar patienten.

Vårdgivarens etiska åtagande att ge en god vård

Det finns en etisk/moralisk aspekt av mötet med en person som söker hjälp. Detta har lyfts inte minst i den nya patientlagen, vilket bör ses som ett uttryck för samhällets ambition att trots individuella skillnader och specifika svårigheter säkerställa varje individs rätt att få hjälp utifrån principer som jämlikhet och individuell anpassning (15). Vi har alltså en laglig skyldighet att som professionell vårdgivare arbeta för att få till stånd så bra och värdiga möten som möjligt.

Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård växte fram inom demensvården. Det har sitt ursprung inom humanistisk psykologi. Psykologen Carl Rogers betonade redan under 1960-talet personens eget perspektiv och upplevelse av sin situation som en viktig utgångspunkt för vårdinsatser (16). Socialpsykologen Tom Kitwood vidareutvecklade under 1990-talet Rogers idéer i relation till demensvård. Han började använda begreppet personcentrerad vård för att benämna en god vård av personer drabbade av demenssjukdom. Fokus var att se hela personen i sitt sociala och historiska sammanhang, inte bara sjukdomen (17).

I dess vidare utveckling betonar personcentrerad vård vikten av att se patienten som en kapabel person som ingår ett partnerskap med vårdpersonalen. Vårdpersonalen lyssnar till och försöker förstå patientens berättelse om hur ohälsa och symtom påverkar vardagen, för att kunna planera vården tillsammans med patienten som blir en del av teamet. Syftet är att ge personen bästa möjliga förutsättningar att göra välgrundade val i förhållande till sin hälsa. När patienten väl gjort sina val framhåller man vikten av att respektera och inte moralisera kring dessa (18).

Mötande och bemötande – ordens betydelse

Ord blir viktiga, eftersom de bär på starka värden och implicita betydelser. Av detta skäl finns anledning att dröja ett tag inför hur språkbruket har utvecklats inom detta område.

Inom det psykoterapeutiska området finns begreppen för att beskriva mer tekniska aspekter av mötets processer och skeenden.

Martin Bubers tankar om dialog och möte

Martin Buber närmade sig just frågan om möte och dialog mellan två människor och hur mötet påverkas av hur man betraktar den andre (19). Buber menade att människan inte kan erfara något *jag* med mindre än att hen förhåller sig till ett *det*, *henne*, *honom* eller *du*. Så länge man förhåller sig till världen genom ett betraktande (det, honom, henne) påverkas inte världen av jag. Att möta en annan människa som ett upplevande subjekt, ett du, innebär att man möts i en relation.

Buber lyfter, förenklat uttryckt, fram två sätt som vi människor kan förhålla oss till varandra. Det ena sättet handlar om hur *jag* som subjekt möter en annan som *min like*. De flesta kan nog känna igen detta i relationer med goda vänner, familjemedlemmar eller partner. Det andra sättet handlar om vår förmåga att distansera oss och betrakta en annan människa utifrån någon viss aspekt, som en kund som söker en viss vara eller som en patient som har ett visst problem. Vår förmåga att göra kliniska bedömningar vilar tungt på det senare sättet att förhålla sig. Ser man vårt psykiatriska språkbruk genom dessa glasögon finns det mycket som betonar vårdgivarens distanserade förmåga: man gör "en psykisk status", man *bemöter*, man ser på "underliggande scheman", "konstrukt" eller "motöver-

föringsprocesser”. Empati används, som tidigare nämndes, som en term för att bemöta i meningen skapa förtroende och öka förståelsen för den andres situation. Samtidigt finns en både medicinsk-etisk och psykoterapeutiskt förankrad tanke att sätta de egna behoven i det kliniska mötet i bakgrunden. Egen erfarenhet av psykoterapi är tänkt att borga för att vårdgivaren utvecklar en god förmåga att kontrollera sina egna behov i en relation – hjälparen är satt för att hjälpa. Och vägen går genom kunskap om psykiatriska tillstånd och förmåga att bemöta patienter. Vårdgivare inom psykiatri är som regel mycket skickliga i att bemöta patienter. Ett möte upplevs däremot ofta som betydligt svårare att precisera, och det betraktas som en aktivitet på gränsen mellan det professionella och det privata.

Känsligheten för *bemötande*

Så långt är detta ingenting som är unikt för patienter med personlighetssyndrom. Och det handlar inte om att någonting särskilt behövs i mötet med individer som brottas med personlighetsproblematik. Snarare handlar det om att man som vårdgivare ställs inför människor med extra stora behov av möten i den buberska meningen jag–du, och en väldig känslighet för när hen upplever sig betraktad, *bemött* och *bedömd*. Denna känslighet kan av vårdgivaren upplevas som ett ifrågasättande eller en kritik som ytterligare förstärker ett distanserande. I värsta fall blir följden ett slags demonisering av vissa patienters ”förmåga att manipulera” eller att ”vilja krypa in under huden”. Detta väcker i sin tur motsvarande behov och ideal att inte låta sig sugas med eller manipuleras. Ofta används då begrepp som avgränsning och professionalitet för att beskriva att man distanserar sig från patienten.

För patienter med personlighetssyndrom är det viktigt att få ”bemötas” i meningen ta del av en objektiv diagnostik och bedömning, men möjligen, till skillnad från en del andra patienter, så kan vektorn för att detta ska kunna ske under trygga former vara vårdgivarens beredskap att mötas i den verkliga relation, som alltid är en del av alla mänskliga möten.

Faktorer som kan inverka på mötet

Mötet är avgörande för att skapa förutsättningar för en tillitsfull och meningsfull kontakt, särskilt om det handlar om en lite längre behandlingskontakt. Vad är det då som kan försvåra möjligheterna att få till ett bra möte? Här listas några förutsättningar och faktorer som kan bidra eller försvåra ett möte. Det ska redan nu sägas att de svårigheter som nämns här kan vara giltiga för såväl patient som vårdgivare.

Konkreta förutsättningar för samtal

Det finns mängder av konkreta omständigheter som kan påverka hur ett möte kommer att förlöpa. Det är därför viktigt att väga in och försöka skapa så optimala förutsättningar som möjligt.

FAKTARUTA 4.

Omständigheter som kan påverka mötet:

- Tiden på dygnet när man ses.
- Hur trött eller pigg, mätt eller hungrig både patient och behandlare är.
- Hur situationen runt omkring mötet ser ut – är mötet planerat eller oplanerat? Pågår det andra saker på avdelningen där samtalet äger rum? Oro för andra patienter? Väntar andra möten eller kommer man från något annat möte precis före som kan påverka?
- Hur lång tid har man till sitt förfogande? Fem minuter eller fyrtio-fem? Kanske hela natten på jouren?
- Behandlarens otrygghet eller rädsla – vårdens organisatoriska struktur och arbetsgruppens teammognad kan påverka hur trygg en medarbetare känner sig i att gå in till en patient ensam, och detta kan i sin tur påverka patientens känsla av trygghet.

Dessa förutsättningar gör att det kan vara mer än bara artighet att fråga om patienten har fått äta, fått dricka kaffe och på annat sätt känner sig redo att samtala. Men det är lika viktigt att man själv som behandlare har kunnat skapa så optimala förutsättningar som nu är möjligt. Ramar runt ett samtal handlar mycket om att säkra förutsättningarna och att tydliggöra de begränsningar som finns.

Individuella faktorer hos patienten och vårdgivaren som kan påverka samtalet

Otrygga anknytningsmönster

Alldeles oavsett orsaker så är otrygga anknytningsmönster betydligt vanligare hos patienter med personlighetssyndrom än hos andra (20–22). Detta gör att relationen kommer att präglas av en hög känslighet för hot mot anknytningen, och mer eller mindre maladaptiva sätt att försöka återknyta en (upplevd) bristande anknytning (23). Med detta följer även en bristande tillit. Många bär på erfarenheter av svek, trauma eller försummelse och det ligger nära till hands att en vårdgivare, förr eller senare, kommer att brista i pålitlighet, tröttna eller vilja göra en direkt illa.

Fientlighet

Fientlighet kan vara en strategi att möta en värld som man upplever som fientlig och opålitlig. Men det kan även handla om en ökad benägenhet att tolka intryck som negativt laddade, vilket gör fientlighet till en helt rimlig respons, om man kan förstå premisserna för hur världen tolkas (24).

Impulsivitet

Impulsivitet är vanligt. En aspekt av impulsivitet är när bristande trygghet och tillit bidrar till svårigheter att planera och föreställa sig en framtid. Detta leder till beslut som bygger på kortsiktiga mål.

Dissociation

Dissociation (förändrad upplevelse av sin identitet eller av omgivningen) – bidrar till svårigheterna att uppleva konsistens. Dissociation påverkar också minnesfunktioner, samtidigt som många lär sig att skickligt maskera dissociativa tillstånd. Man kan alltså tro att man har haft ett bra möte och ett meningsfullt samtal, bara för att efteråt upptäcka att patienten inte kommer ihåg någonting av samtalet.

Att stödja en ökad autonomi

Alla ovan nämnda aspekter bidrar till en känsla av att inte ha kontroll eller kapacitet att styra sin tillvaro i en riktning som man önskar. Man blir ett offer för omständigheter och det är någon annan

som har kontroll – partnern, barnen, läkaren, terapeuten, arbetsförmedlaren, chefen. Detta gör också i sin tur att mötet kan komma att präglas av orimliga förväntningar om vad hjälparen ska kunna göra. Sett ur hjälparens perspektiv kan det upplevas som provocerande att den hjälpsökande förhåller sig så passiv i förhållande till sina livsomständigheter. Det finns flera begrepp som försöker beskriva den viktiga funktion som behövs för att känna att man har möjlighet att kontrollera och påverka sin situation: agentskap ("agency"), "empowerment", "locus of control". Otrygga anknytningsbeteenden, fientlighet, impulsivitet och dissociation hänger intimt samman med svårigheter att uppleva att man har kontroll över sitt liv och att man som individ kan påverka sitt liv.

Det är, som sagt, så att dessa faktorer också i större eller mindre utsträckning kan gälla den som ska ge hjälp. Även en psykoterapeut kan i grunden ha otrygga anknytningsmönster eller svårigheter med tillit. Det som är rimligt att kräva av en behandlare är att i någon utsträckning ha kännedom om sina egna begränsningar eller svårigheter på ett sådant sätt att det inte ställer till alltför stora hinder i mötet med patienter, och/eller att det kan göras tillgängligt för undersökning – i mötet eller i handledning.

Möten i olika situationer

Som nämndes ovan är det relativt väl belagt att vårdpersonal i högre grad upplever dessa patienter som "svåra" och det väcks lättare en motvilja mot att arbeta med dessa patienter. Upplevelsen är ömsesidig (25). Det finns därför ett behov som är större här än för andra patientgrupper att hjälpa vårdpersonal att möta patienter med personlighetssyndrom på ett sätt som inte bekräftar patientens föreställningar om att mötas med misstänksamhet, motvilja, aggressivitet, sadism eller okunnighet.

Professionalitet är i detta sammanhang en sammanvägd kompetens av specialistkunskapens särskilda aspekter och en humanistisk grundhållning att vara beredd att möta en annan individ i det lidande som denne presenterar, och en strategi att värna sin egen hälsa och integritet för att över tid kunna vara tillgänglig för patienters behov av att få hjälp.

Behovet av stöd kan se lite olika ut, beroende på vilken funktion man har och i vilken situation man möts.

Möten i akuta situationer

Patienter som söker akut befinner sig oftast i någon form av kris. För patienter med personlighetssyndrom är denna kris ofta konsekvensen av en reell eller upplevd relationell konflikt eller katastrof i bakgrunden. Detta tenderar i sin tur att aktivera otrugga anknytningsmönster med ett ökat emotionellt tryck, som i sin tur behöver regleras. Ofta sker detta reglerande med konkreta, oftast destruktiva, handlingar i form av exempelvis självskadebeteende, våldsamhet eller drogintag. När patienten därför kommer till den akutpsykiatriska bedömningen är den akuta krisen överstånden och det emotionella trycket eventuellt neutraliserat, vilket gör att patientens ångestnivå kan vara väldigt låg – patienten kan till och med uppleva sig lättad och lugn. Detta kan för en vårdgivare upplevas svärbegripligt och till och med provocerande. Det är därför viktigt att så långt möjligt försöka inta patientens perspektiv utifrån dennes förutsättningar. Utifrån detta får vårdgivaren försöka skaffa sig en uppfattning om krisens omfattning och den eventuella ”lösningens” hållbarhet. En självskadande handling kan vara tillräcklig för en tid, men det kan också vara ett väldigt kortvarigt sätt att lösa krisen, och patienten riskerar att snabbt drabbas av ett emotionellt kaos, med förnyat självskadebeteende eller liknande som följd.

Om man som vårdgivare blir kontaktad i ett tidigt skede kan man däremot mötas av den känslomässiga turbulens som patienten befinner sig i och som snabbt behöver hanteras för att, om möjligt, undvika att leda till självdestruktiva ageranden av något slag. Här är det viktigt att återigen försöka förstå den uppstådda situationen utifrån patientens emotionella upplevelse av vad som har hänt, inte vad som kanske de facto har hänt – det kan vara något att i ett lugnare skede gå igenom. De insatser man kan erbjuda handlar alltså inte om att öka förståelsen för det inträffade – därtill är det emotionella trycket alltför stort – utan att i stället försöka erbjuda gångbara alternativ till patientens egna strategier för att hantera situationen. Det kan handla om stöd att använda färdigheter som man har arbetat med i behandling, ta hjälp av närstående eller andra kontakter, ett akut besök eller möjligheter att komma till en avdelning, få mat, samtala, mötas med vänlighet och få hjälp att sova.

I mentaliseringstermer kan man tala om att den akuta situationen ofta handlar om att patienten har hamnat i en situation där

den mentaliserande kapaciteten har kollapsat. Att i det läget insistera på att just mentalisera, förstå sitt eller andras agerande, ”ta sitt förnuft till fånga” eller på annat sätt reflektera riskerar att förvärra situationen. Det handlar i stället om att erbjuda avlastning, till exempel i form av en akut konsultation eller en kort inläggning i heldygnsvården, följt av konkreta stabiliserande insatser, som även kan innefatta läkemedelsbehandling. I detta ligger också att inte i alltför stor utsträckning ifrågasätta eller fördöma patientens egna försök att hantera situationen med metoder som, sedda utifrån, kan te sig olämpliga och farliga för patienten själv och/eller andra. Det är en diskussion att ta i efterhand.

Det finns inte sällan ett högt tryck från patienten eller närstående att i en akutsituation ”reda upp” eller ”ta tag” i alla de svårigheter som patienten tampas med. Det kan finnas krav på förändrad behandlingsinriktning, medicinering, byte av behandlingskontakter. Precis som i all akutpsykiatrisk handläggning är det viktigt att hålla fast vid att fokus ska ligga på att hantera den akuta kris som har uppkommit och inte initiera förändringar i den långsiktiga vårdplaneringen.

Möten i öppenvård

De allra flesta patienter med personlighetsyndrom har kontakt med psykiatrisk öppenvård i någon form. Samsjuklighet och hög självmordsrisk gör att läkare ofta är inkopplad och behov av stöd från många håll gör att många andra yrkesgrupper blir engagerade direkt och indirekt. Bristande agentskap (se ovan) kan göra att man som vårdgivare uppfattar att patienten inte tar eget ansvar för eller agerar för att förändra sin situation och man kan som vårdgivare bli provocerad av svårigheterna att hantera krav från omgivningen. Den bristande tilliten och anknytningssvårigheterna kan göra att patienten har svårt att lita på och följa rekommendationer som man har talat om, ofta upprepade gånger. Det finns i en längre öppenvårdskontakt större förutsättningar att mötas i den ”buberska” meningen.

En alltför teknisk hållning, oavsett inriktning, riskerar snabbt att upplevas som oärlig, oengagerad, naiv och klumpig. Dessutom är det långt ifrån säkert att de metoder man erbjuder kan bidra med så värst mycket. Ett genuint möte kan dock ge båda parter en aning

om vad som kan vara till hjälp i just denna relation. Ett möte i den buberska meningen, som nämndes, bör vara en självklarhet i alla möten, även om ett mer observerande förhållningssätt är nödvändig i faser av en kontakt, exempelvis i en utrednings- eller bedömnings-situation. Men för människor där tilliten är en del av grundproblematiken är mötet själva vektorn för andra mer metodspecifika och evidensbaserade insatser. Det är alltså inte i sig en specifik eller unik åtgärd eller hållning som behövs, utan det är snarare så att det behövs en starkare betoning på själva kvaliteten i mötet, därför att risken annars finns att inga andra insatser riktigt blir till hjälp. Tillit lägger också en grund för ett hopp att tro på möjligheten att med hjälp åstadkomma en förändring. En upplevelse av en fungerande relation kan fungera som matris för relationerna utanför den psykiatriska mottagningen och för ett gryende agentskap.

En viktig aspekt av mötet handlar också om uthållighet. För att kunna upprätthålla en genuin nyfikenhet och ärlighet i relationen behöver det finnas möjligheter att tala med och ta hjälp av andra medarbetare. Team och teamstöd har en avgörande betydelse för framgångsrikt kliniskt arbete, eftersom andra medarbetare (som bör ha det som explicit uppdrag) kan stödja och hitta punkter av utforskade områden i relationen. På det viset kan kollegor blåsa liv i engagemang och nyfikenhet för patienten och hans/hennes svårigheter och styrkor.

Möten i heldygnsvård

Mötet i slutenvården påminner i många avseenden om både möten i akuta situationer och i öppenvården. Det finns dock några aspekter som kan vara värda att lyfta som blir specifika för heldygnsvården:

Patienter med personlighetssyndrom påverkas starkt av nära relationer. I slutenvården blir nästan alla relationer nära i den meningen att man lever nära inpå varandra och i olika intima situationer (insomnande, uppvaknande, dusch, hygienesituationer, sårvård, matsituationer). Detta aktiverar otrygga anknytningsmönster och det kan i sin tur accentuera svårigheter som annars inte skulle komma till uttryck (26). Självskadebeteende och andra skadliga beteenden kan därför eskalera under pågående slutenvård, som ett sätt för patienten att reglera de starka känslor som väcks genom det intima i själva vårdssituationen (27). Tydlig information, överenskommelser

och ramar för vad som går an och inte under slutenvård kan därför vara ett stöd för patienten. Om detta finns tydliggjort i kris- och vårdplaner innan heldygnsvård blir aktuellt kan detta dessutom för- enkla avsevärt.

Heldygnsvård är en del av krishantering. Viss bedömning kan naturligtvis vara aktuell, inte minst för att värdera eventuell sam- sjuklighet och självmordsrisk. Men alltför ambitiösa planer för vad man vill åstadkomma under inneliggande vård kommer nästan all- tid på skam. Därför bör vård och information utformas därefter. Det blir också ett sätt att hjälpa patienten till att ha rimliga för- väntningar på vad som kommer att kunna ske under en innelig- gande vårdperiod. Det blir viktigt att i mötet tydliggöra ramar för vårdtiden; vad som är acceptabelt och inte på avdelningen och vad man har för ansvar som patient och som vårdpersonal. Därutöver måste man givetvis visa samma vänlighet och beredskap till förstå- else, utifrån patientens perspektiv, som vid andra möten. Ifrågasät- tande, eller konfrontation, som den tekniska termen skulle kunna benämnas, är sällan till hjälp i den akuta situationen. Validering, det vill säga en beredskap att verbalisera sin förståelse genom att sätta sig i patientens situation, kan på ett helt annat sätt lugna ner en situation med mycket oro och öka känslan av trygghet. Ett låg- affektivt bemötande – avledande och icke-konfrontativt – är också av stort värde.

Heldygnsvården är speciell på det sättet att det är precis motsat- sen till det man vet borde vara till hjälp för en person med person- lighetssyndrom, särskilt av borderlinetyp. I stället för kontinuitet och beredskap för samtal möts man av många okända människor, både personal och patienter. Vårdpersonalen har snarare fokus på konkreta åtgärder som tvätt, mat, tillsyn, läkemedelsdelning och be- dömning, snarare än på samtal. Det finns därför ett värde om man i heldygnsvården skulle kunna skapa strukturer för att möjliggöra möten i den mening som diskuterats ovan. En fortsatt kontakt med välkända kontaktpersoner i öppenvård kan vara ett sätt. Möjlig- heten till planerad inläggning med tidsgräns vid några få, upprepade tillfällen kan eventuellt vara en möjlig lösning.

Det finns skäl att tvivla på det realistiska i att tilliten i mer kon- struktiv mening ska kunna etableras när så många personer dagli- gen är inblandade, som det blir på en avdelning. Det är inte ovan-

ligt att patienten finner en särskild medarbetare att ty sig till och känna tillit till, vilket dels skapar problem för övriga medarbetare (och sekundärt för patienten), dels kan försvåra utskrivningen: ”Jag skriver inte ut mig om jag inte får träffa Johan också i fortsättningen!” Men vad göra? Något till några få dygns avlastning i avskildhet och en tydlig struktur omkring samtal på avdelningen kan vara ett sätt. En högre grad av tillgänglighet till mobila insatser, akutillgänglighet för personal i öppenvård, kan vara sätt att minska behovet av ineliggande vård, vilket ofta är en alltför komplex social verksamhet för att för dessa patienter tillföra det stöd som de behöver i kris (28).

Tvång

Det finns i princip ingen anledning att inta något särskilt förhållningssätt i fråga om tvång för patienter med personlighetssyndrom än för andra patienter. En grundprincip måste vara att så långt möjligt arbeta mot en vård präglad av delaktighet och samtycke. Samtidigt har vi inom psykiatrin ett ansvar att i vissa lägen överta beslutsmakten och tillgripa tvång på medicinsk indikation, som vid psykosnära ångestgenombrott eller andra tecken på allvarlig psykisk störning, vilka leder till förlust av den fulla beslutskapaciteten. Att av principskäl avstå från tvångsinsatser riskerar att bli ett sätt att avsvära sig det ansvar som vården har. Samtidigt finns en risk att man övervärderar den suicidala aspekten i patienters självskadebeteende, vilket inte bara kan leda till en överanvändning av tvång – det kan också accentuera beteendet, eftersom den kommunikativa aspekt som kan finnas i självskadebeteendet går förlorat när man möter detta med tvångsåtgärder. Vårdpersonalens (och ibland anhörigas och även patientens) vanmaktskänsla och frustration kan också leda till destruktiva processer, vilka drabbar patienten i form av krav på ”kraftfulla” och ”konsekventa” åtgärder, inte sällan i form av tvångsåtgärder av olika slag. Det är därför särskilt viktigt att alltid följa upp med samtal efter en tvångsåtgärd, så att både patient och vårdpersonal ges möjlighet att lära vad patienten upplevde som hjälpsamt och inte, så att man successivt kan individualisera åtgärder om det skulle bli aktuellt igen.

Att få hjälp som behandlare och team

Det är kanske inte så förvånande att många som arbetar med patienter med personlighetssyndrom ofta känner sig ensamma och utlämnade i sitt arbete. Det kan handla om parallellprocesser, det vill säga att patientens känsla av övergivenhet, ensamhet och utsatthet färgar av sig på den som tagit på sig att försöka hjälpa till. Det kan också handla om en konkret upplevelse av att man är dåligt rustad att erbjuda det extra stöd som kan behövas för att i längden arbeta i möten som har en så pass hög intensitet som dessa har.Handledning brukar lyftas fram som ett grundkrav i de flesta behandlingsprogram vid borderlinepersonlighetssyndrom, men det är lite olika hur pass väl eller tydligt innehållet i denna handledning definieras. Det är till stor hjälp med handledningen i den meningen att man kan diskutera val av tekniker och interventioner och, inte minst, att genom inspelat material få andras ögon på det samtal som har utspunnits. På detta sätt blir handledningen både ett stöd och en lärosituation, som kan ha stort värde för patienten.

Att få stöd, och möjlighet att samtala i den närmaste arbetsgruppen är dock minst lika viktigt. Man måste som behandlare känna att man erbjuder hjälp i ett sammanhang där man delar med sina medarbetare, och där det finns möjlighet att uttrycka svårigheter att upprätthålla denna etik. Att tillåta varandra möjligheten att samtala om särskilt svåra möten kan vara ett sådant sätt, att ha femton minuter av reflektion efter gruppmöten kan vara ett annat.

Ett sätt att skapa trygghet för patienten är att vara noggrann med överenskommelser och uttalade strukturer för vården. Vissa typer av handlingar kan till exempel kopplas till åtgärder från vårdens sida. Om syftet med en ineliggande vårdperiod är att patienten ska kunna motstå impulser att skada sig själv så kan självskadande på avdelningen vara en anledning till utskrivning, eftersom själva syftet med vården förloras. Det förutsätter att vården å sin sida har ställt upp med stödjande insatser i form av regelbundna samtal, undvikande av tvångsinsatser eller annat som man har kommit överens om. Samma kan gälla andra former av uttalat destruktiva beteenden, som våld eller destruktivt beteende gentemot andra patienter. Sådana överenskommelser kan vara en del av ett delat beslutsfattande och ett sätt att tillsammans med patienten arbeta fram

förslag till hur omgivningen ska hantera en kris, som uppstår när patienten agerar fientligt/destruktivt och samtidigt avsäger sig sitt agentskap. Det är dock ett oavvisligt krav att patienten på samma sätt alltid måste känna sig välkommen att komma tillbaka och att man tillsammans är beredda att försöka igen.

Som framgår av framför allt sista stycket så är de unika möten som sker i vården starkt beroende av den kontext som de äger rum i. Detta gör att organisation och struktur för hur vården bedrivs är avgörande, vilket diskuteras i kapitel 10 ("Vårdorganisatoriska perspektiv").

Kollegiala diskussioner

För den läkare som har att fatta svåra beslut kan det vara bra att skapa ett kollegium där frågorna kan dryftas med 2–3 seniora kollegor. Detta kan också vara ett sätt att vaccinera verksamheten mot glidningar i synsätt. Alla specialiteter har sina särdrag i fråga om hur man använder kollegor eller inte i de medicinska besluten. Inom många somatiska specialiteter är den kollegiala diskussionen helt självklar, som exempelvis vid röntgenronderna. Inom psykiatrin finns en risk att den beslutande psykiatern står rätt ensam. Det behövs mer kollegiala diskussioner för att skapa en bättre patient-säkerhet.

Referenser

1. Grenyer, B. F. S., Jenner, B., Jarman, H., Carter, P., Bailey, R., Lewis, K. (2015). *Treatment guidelines for personality disorders. Project Air Strategy for personality disorders*. Wollongong: University of Wollongong, Illawarra Health and Medical Research Institute.
2. Stern, A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanal Q.*, 1938. 7: 467-489.
3. Kohut, H. Introspection, empathy, and psychoanalysis; an examination of the relationship between mode of observation and theory. *J Am Psychoanal Assoc*, 1959. 7(3): 459-83.
4. Larsson, M. H. et al. Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychother Res*, 2016: 1-14.
5. Muran, J. C. et al. The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy (Chic)*, 2009. 46(2): 233-48.
6. Lam, D. C., Salkovskis, P. M. & Hogg, L. I. "Judging a book by its cover": an experimental study of the negative impact of a diagnosis of borderline personality disorder on clinicians' judgements of uncomplicated panic disorder. *Br J Clin Psychol*, 2015.
7. Koehne, K. et al. Working around a contested diagnosis: borderline personality disorder in adolescence. *Health (London)*, 2013. 17(1): 37-56.
8. Hauck, J. L., Harrison, B. E. & Montecalvo, A. L. Psychiatric nurses' attitudes toward patients with borderline personality disorder experiencing deliberate self-harm. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 2013. 51(1): 20-9.
9. Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I. Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 2011. 52(5): 548-55.
10. Westwood, L. & Baker, J. Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2010. 17(7): 657-62.
11. Ross, C. A. & Goldner, E. M. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2009. 16(6): 558-67.
12. Deans, C. & Meocevic, E. Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemp Nurse*, 2006. 21(1): 43-9.
13. Moss, J. H. Borderline personality disorder. When medical care is complicated by mental illness. *Postgrad Med*, 1989. 85(5): 151-4, 157-8.
14. Stroud, J. & Parsons, R. Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personal Ment Health*, 2013. 7(3): 242-53.

15. Assarsson, J. (2013). Patientlag. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen, SOU 2013:2. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
16. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
17. Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Rethinking ageing series. Philadelphia: Open University Press. viii.
18. Ekman, I., Swedberg, K. & Taft, T. Person-centred care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011. 10(4): 248–251.
19. Buber, M., Norell, C. & Norell, M. (1994). Jag och du. 2. uppl. Ludvika: Dualis.
20. Beeny, J. E. et al. Attachment and social cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personal Disord*, 2015. 6(3): 207–15.
21. Gunderson, J. G. & Lyons-Ruth, K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord*, 2008. 22(1): 22–41.
22. Levy, K. N. et al. Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 2005. 38(2): 64–74.
23. Diamond, D. et al. Patient–therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin*, 2003. 67(3): 227–59.
24. Schulze, L., Schmahl, C. & Niedtfeld, I. Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis. *Biol Psychiatry*. 2016 Jan 15; 79(2): 97–106.
25. Sjödin, M., Rosman, G. (2014). "Livet gör så förbannat ont": En litteraturstudie om hur vården upplevs av patienter med borderline personlighetsstörning. Uppsala: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
26. Lyons-Ruth, K. Dissociation and the parent–infant dialogue: a longitudinal perspective from attachment research. *J Am Psychoanal Assoc*, 2003. 51(3): 883–911.
27. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. *Diagnosis and treatment of mental disorders*. New York: Guilford Press. xvii.
28. NICE, *Borderline personality disorder: Treatment and Management*, National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

10. Vårdorganisatoriska perspektiv

Sammanfattning

- Detta kapitel kan betraktas som underlag för lokala diskussioner, samtidigt som det är ett försök att lyfta ett antal övergripande principer som är viktiga vid vården av personlighetssyndrom utifrån tankar om en jämlik vård av god kvalitet, oavsett var och hur den levereras.
- Organisation kan sägas vara det strukturella resultatet av en serie beslut som i sin tur är svar på ett antal frågor: Hur ska vi prioritera resurserna mellan olika patientgrupper? Hur avväger vi mellan tillgänglighet, kontinuitet och långsiktighet i vårdkontaktarna? Vilket slags behandling vill vi satsa på? Ska behandlingsmodeller väljas utifrån vilken personal och kompetens vi har eller ska personalsammansättningen bli ett resultat av vilka behandlingsformer vi satsar på? Vilken värdegrund har verksamheten? Hur vill vi att patienter, närstående, allmänhet och politik ska beskriva vår verksamhet?
- Dessa, och fler frågor, bestämmer inriktning och resurstilldelning, vilket i sin tur resulterar i en organisation. Och variationen är mycket stor, eftersom förutsättningarna ser så olika ut.

Vårdkultur och generella principer för vården

Detta kapitel handlar till största delen om vad som behöver organiseras utifrån det aktuella kunskapsläget och hur detta kan organiseras i termer av process.

Som en grund, tillsammans med den personcentrerade vården, måste även de mer generella principerna för vården tillgodoses. Ingen vårdprocess fungerar bättre än vad de medarbetare som levererar kan ge. Och en förutsättning för att över huvud taget komma överens om vad och hur man ska arbeta med patientens problem är att man som behandlare kan upprätta, vidmakthålla och vid behov återskapa tillitsfulla relationer. Det handlar i hög grad om den kompetens som beskrivs i kapitel 9 "Mötet". Men det handlar också om något som i brist på bättre ord skulle kunna kallas klinisk visdom och erfarenhet. Evidensbaserade behandlingar och processkartor ger stöd i det skelett av insatser som vi bör erbjuda de allra flesta som söker hjälp. Medarbetare är också subjekt som kan använda alla delar av en behandlingskontakt för att hjälpa patienten med patientens svårigheter och bygga en grund för behandlingsallians; i delar av ett samtal, när man väntar på maten på avdelningen, går en promenad.

Det finns en annan aspekt på detta som handlar om hur organisationen tar hand om sina medarbetare. Man behöver utrymme för kollegiala diskussioner och i förekommande fall handledning. Men även arbetsglädje och lekfullhet är viktiga organisatoriska principer. Att arbeta med patienter med personlighetssyndrom innebär att ställas inför komplexa problem, där förutbestämda lösningar inte alltid fungerar. Att ha tillgång till sin kreativitet kan då vara avgörande. Och kreativitet groor bäst i en miljö som präglas av arbetsglädje och ett mått av lekfullhet.

Personcentrerad vård och patientinflytande

En av de globala megatrenderna inom sjukvården är tanken om en mer personcentrerad vård. Orsakerna till detta är fler; betydelsen av patientens rätt till, och behov av, information och del i beslutsfattande om vilka åtgärder som ska vidtas har ökat. Ett ökat patientinflytande och medskapande ("*co-creation*") har också vuxit fram ur ett ökat behov av att tillvarata resurser så optimalt som möjligt (1).

Kärnan i en personcentrerad vård beskrivs elegant i att man vill

gå från att ställa frågan: *"What's the matter with you?"* till *"What matters to you?"* (2).

Information om tillståndet, om behandlingsalternativ och om hur man kan hantera svårigheterna, både som patient och som närstående, är viktigt som beslutsstöd inför behandling. Och medverkan av personer med egen erfarenhet är sannolikt av stort värde.

I Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser vid psykosjukdom lyfts det delade beslutsfattandet fram som en viktig del i behandlingen (3). Det finns stöd för att ett delat beslutsfattande på olika sätt kan bidra till en bättre vård, men stödet är än så länge relativt osäkert inom psykiatri (4). Det är också svårt att säkert säga hur detta stöd ska erbjudas och av detta skäl föreslår man att insatsers eventuella nytta bör vägas noga mot kostnaderna (5). Samtidigt är man noga med att lyfta fram den etiska aspekten av att involvera patienten i beslut som rör honom eller henne själv. Den nya patientlagen, som trädde i kraft 1 januari 2015, understryker patientens rätt till information och delaktighet i form av samtycke och samtidigt ansvar att, på basen av den kunskap man får tillgång till, göra rationella val (6).

Konceptuellt handlar det om att tänka att patienten är en del av behandlingsteamet med problemen i fokus, inte patienten per se i fokus. På det viset kan patienten, med sina resurser, bättre tas till vara och behandlingen kan bli en erfarenhet för patienten att använda i andra situationer – att bli en agent i sitt eget liv.

Evidensbaserad vård och beprövad erfarenhet

Hälso- och sjukvård ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården har blivit alltmer komplex, vilket ställer högre krav på förmågan att organisera och koordinera de olika insatser som ingår, för att erbjuda den vård som bör erbjudas på ett jämlikt och samtidigt individualiserat sätt.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, beskriver vad evidensbaserad vård syftar till genom följande mening: "Att tillämpa evidensbaserad vård och omvårdnad innebär att bygga sina beslut på bästa tillgängliga vetenskapliga resultat från välgjorda undersökningar – som ett komplement till annan kunskap, och i samråd mellan patient och vårdpersonal."

SBU och Cochrane Institute har gjort sammanställningar av

kunskapsläget för farmakologisk och psykologisk behandling vid borderline personlighetssyndrom och antisocial personlighetssyndrom, dock inte för andra personlighetssyndrom (7–10), SBU har bara publicerat en kortare rapport om dialektisk beteendeterapi vid borderline personlighetssyndrom (11). Jämfört med andra psykiska sjukdomstillstånd och syndrom är kunskapsläget begränsat både vad gäller psykologisk behandling och läkemedelsbehandling. Där emot finns det många, och ofta starka, åsikter om personlighetssyndrom och heldygnsvård. Vissa antaganden om viktiga ingredienser i vården kan dock göras.

Samsjukligheten är hög vid personlighetssyndrom, vilket ställer särskilda krav på vårdorganisationen. Insatser behöver kunna ges för samtidigt förekommande tillstånd som missbruk, depression, ångesttillstånd, adhd, autismspektrumtillstånd och ibland psykossjukdom.

Hälsoekonomiska aspekter

I USA har psykiska sjukdomar under perioden 1996 till och med 2006 gått från att vara femte till tredje dyraste sjukdomsgruppen med kostnader på 57,5 miljarder dollar årligen. Endast hjärtsjukdomar och traumarelaterade tillstånd är dyrare. Kroniska sjukdomar upptar i dag en allt större andel av den totala sjukvårdskostnaden. Patienter med personlighetssyndrom är också en kostnadskrävande patientgrupp: kostnaden för 12 månader har beräknats till drygt 100 000 kronor, varav cirka 2/3 utgörs av direkta sjukvårdskostnader och övrig andel förklaras av produktivitetstförlust (12).

Detta gör att egenvård och patienters delaktighet blir viktigt även ur ett hälsoekonomiskt perspektiv.

Personlighetssyndrom skiljer sig inte från andra psykiatriska tillstånd; man behöver arbeta utifrån två viktiga målbilder, nämligen att vården:

- är jämlik och lätt tillgänglig samt att den
- erbjuder tillräckligt anpassat stöd för varje individ.

Riktlinjer och vårdprogram

I ett försök att samla den kunskap som finns om olika sjukdomstillstånd har man tagit fram kliniska riktlinjer. En tidig ansats inom detta fält var de amerikanska riktlinjerna för borderline personlighetssyndrom (13). I brist på stabil evidens från randomiserade stu-

dier lutade man sig mot expertkunskap och konsensus inom professionen, något som dessa riktlinjer kritiserades för. Senare riktlinjer har försökt inordna befintlig evidens och beprövad erfarenhet (expertkunskap/konsensusrapporter) i en organisatorisk struktur med förslag på "care pathways" (ung. strukturerade mallar till vårdplan), ofta enligt en "stepped-care"-modell (14–16). Även om "stepped-care" är tilltalande som modell utifrån hälsoekonomiska aspekter, så är forskningsstödet för "stepped-care" vid personlighetssyndrom fortfarande begränsat (17, 18).

Ett försök att ge en vård utifrån dessa principer är Gundersons modell för hur icke-specialisten ska ta hand om patienter med personlighetssyndrom (19). Även John Livesleys modell för omhändertagande har tydliga inslag av "stepped-care". Livesley lyfter fram behovet av fyra generiska strategier för förändring som behandlingen måste innefatta:

- samarbetsallians
- en sammanhängande behandlingsprocess
- validering
- motivera till förändring.

Livesley menar vidare att man med fördel kan kombinera olika typer av terapi och att dessa har sin plats vid olika tidpunkter i behandlingen (20).

Från riktlinjer till faktiskt vårdutbud

Det är en relativt utbredd föreställning att personer med personlighetssyndrom initialt får vård för någon annan diagnos. I en holländsk studie fann man emellertid att närmare 85 procent av patienter som sökte fick sin borderline personlighetssyndromsdiagnos som första diagnos (21). Däremot var det bara cirka 25 procent i samma studie som fick adekvat psykoterapeutisk behandling utifrån de nationella riktlinjer som finns. I de fokusintervjuer som gjordes kunde man urskilja ett antal faktorer som bidrog till svårigheter att använda riktlinjer, bland annat bristande organisatoriska förutsättningar.

Patientgruppen omges av en rad negativa attityder som skapar hinder för att kunna erbjuda adekvat behandling i en fungerande organisation (22, 23). En svårighet är den diskussion som ibland

uppstår, där det hävdas att patienter med personlighetssyndrom inte är behandlingsbara (24). Det finns emellertid stöd för att behandlingsinsatser förkortar naturalförloppet för patienter med personlighetssyndrom, vilket i sig motiverar att insatser görs (25). I både de engelska och australiensiska riktlinjerna diskuteras de svårigheter som bristen på evidens medför, samtidigt som man är måna om att inta en optimistisk hållning inför det omhändertagande som står till buds, något som även lyfts fram i en *Lancet*-artikel i diskussionerna inför det kommande ICD-11 (26).

Ur ett organisationsperspektiv handlar det om hur riktlinjer kan stöpas i en form, som gör det möjligt att styra och följa upp både kvaliteten i vårdprocessen och kliniska resultat. Det rör sig om individer med ett stort lidande, oavsett hur man försöker att mäta detta. Därför måste en vård erbjudas som bygger på bästa tillgängliga kunskap även om regelrätt evidens saknas. Exempel på sådana aktiviteter är en krishantering och riktlinjer för heldygnsvård för dessa patienter. Man vet väldigt lite om hur patienter bäst ska tas om hand vid kriser (27). Kunskapen om slutenvård vid personlighetssyndrom är också mycket begränsad, vilket gör att kunskapen baseras nästan uteslutande på experters åsikter och erfarenheter (15, 28).

I de riktlinjer för medicinska prioriteringar som Socialstyrelsen har tagit fram blir det tydligt att patienter med mer allvarliga former av personlighetssyndrom är en prioriterad grupp, med tanke på det ofta kroniska förlopp och stora lidande som tillstånden medför (29). Behandlingsinsatser har ett särskilt värde, eftersom uppföljningsstudier talar för att suicidaliteten minskar över tid. Detta gör att behandling blir viktig, för att engagera patienter i behandlingskontakter.

I akuta lägen finns en skyddsaspekt, på samma sätt som vid andra psykiatriska tillstånd. Detta kompliceras av de särskilda svårigheter som finns med överdrivet användande av tvångsåtgärder för denna patientgrupp och där det är stora regionala skillnader (30).

Bedömning och behandling av patienter med personlighetssyndrom medför alltså svåra prioriteringar och etiska överväganden. Detta gör att det utifrån ett organisatoriskt perspektiv finns skäl att skapa förutsättningar för kollegiala diskussioner och sambedömningar.

Att organisera vården för patienter med personlighetssyndrom

Processperspektivet

Socialstyrelsen ålägger sjukvården att arbeta med ledningssystem som är processinriktade, för att säkerställa en patientsäker vård (31). Med detta menas att de insatser som görs ska kunna beskrivas i processtermer; som delar av en serie aktiviteter i en särskild ordning med besluts- och utvärderingspunkter. Det finns visst stöd för att så kallade care pathways bidrar till en bättre vård (32). Organisation kan ses som de strukturella konsekvenserna av fattade beslut. Riktlinjer och vårdprogram gör ingen nytta om de inte får en tydlig organisatorisk form. Processperspektivet kan ses som en organisation av det kunskapsunderlag som vårdprogram och riktlinjer utgör.

Ett processarbete består av flera delar:

- Processens gränser och omfattning behöver definieras med tydlig kravställning.
- Processens prestanda fastställs. Med detta menas att det finns mått som beskriver hur pass väl processen fungerar. Sättet att mäta behöver beskrivas och sedan sammanställas i form av väl definierade indikatorer med förutbestämda intervall.
- Processen utförs under styrda förhållanden, vilket kräver en ansvarig person med kunskap, information och befogenhet att ändra i organisationen, så att nyckeltalen lägger sig i rätt intervall. Ofta inrättas roller som processägare på övergripande nivå och processledare på lokal nivå.
- Processen är väl införd i organisationen med tydlig ansvarsfördelning, vem/vilka yrkesroller som gör vad och regelbunden avstämning/revision.
- Processen förbättras reaktivt, där avvikelser i indikatorerna snabbt åtgärdas.
- Processen förbättras proaktivt genom systematiskt förbättringsarbete. Metodiken kan naturligtvis variera, men någon form av struktur för detta arbete är av stort värde, oavsett om man talar om genombrottsmetodik, ”lean”, PDSA-cykler (”Plan-do-study-act”) eller liknande.

Dokumentationen ska stödja vårdprocessen i form av tydliga besöks- och utredningsmallar, vårdplansmallar, skriftlig information till patienten etcetera.

Processperspektivet har som sitt yttersta mål att bidra med värde för den som processen avser, i detta sammanhang gäller detta den patient som lider av personlighetssyndrom. I så måtto är processorienterad vård en organisatorisk yttring av en personcentrerad vård. Om insatserna inte innebär att patienten har nytta av dessa ska de tas bort och processen behöver då ses över (33).

Processkartor – Care pathways

”Care pathways” är ett begrepp som har fått allt större spridning internationellt. Det kan enklast beskrivas som en struktur för att säkerställa att patienten får del av det vårdutbud som riktlinjer och vårdprogram förespråkar. Det är ett sätt att organisera och standardisera en vårdprocess. Det finns visst stöd för att detta arbetssätt fungerar (32). En viktig komponent är att, så att säga, gå i patientens skor för att på det viset identifiera viktiga beslutspunkter och sortera bort onödiga delar som inte bidrar till värde för patienten. En ”care pathway” är på ett sätt en preformerad vårdplan som sedan skraddarsys utifrån varje patients unika behov.

Utifrån de rekommendationer som ges i dessa riktlinjer, och som är beskrivna i de engelska och australiensiska riktlinjerna, kan följande komponenter beskrivas:

1. Utredning
2. Motivation och information
3. Krisplanering
4. Heldygnsvårdsstruktur
5. Diagnosriktad behandling
6. Uppföljning, stöd i livet och stöd för funktionsnedsättningen
7. Kompetens- och utbildningsbehov
8. Indikatorer för uppföljning.

Av dessa delar är det i princip bara den diagnosriktade behandlingen som har viss evidens. Övriga insatser är emellertid nödvändiga, sedda ur ett kliniskt perspektiv. Det finns även förhållande-

vis samlad konsensus omkring vad vissa av dessa olika insatser bör innehålla. Dessa komponenter ger också en fingervisning om hur vården kan organiseras utifrån de lokala förutsättningar som råder.

”Care pathways” sätter fingret på en av de viktigaste komponenterna i en så kallad värdebaserad vård, där vetenskap och beprövad erfarenhet, hälsoekonomiska hänsyn, vårdprocesser med ett tydligt fokus på patientcentrerad vård och tydliga flöden är viktiga komponenter (33).

1. Utredning

Själva innehållet i utredningsgången finns beskrivet på annat håll. Ur ett organisatoriskt perspektiv är det viktiga att upprätthålla en struktur och ha resurser för utredning. Man bör säkerställa att det finns en fortbildningsplan, så att kunskapen om utredningar upprätthålls inom organisationen. I mindre verksamheter kan man i stället överväga att gå samman med andra mindre verksamheter, för att skapa en verksamhet som säkerställer att patienterna får möjlighet till samma utrednings- och bedömningsinsatser som i en större verksamhet.

Allen Francis har beskrivit viktiga principer för diagnostik som är tillämpliga och som huvudsakligen handlar om en försiktighet inför risken för överdiagnostik, inte minst hos yngre och äldre samt betydelsen av många informationskällor och beredskap att ompröva diagnostiken (34).

Eftersom förekomsten av missbruk ofta underskattas är det viktigt att det finns ett organisatoriskt stöd för identifikation av missbruk; övervakningstoletter för drogscreening, metodik och strukturer för hur missbruk snabbt tas om hand.

2. Motivation och information

Personlighetssyndromsdiagnos har historiskt varit negativt laddat och något som man ibland har undanhållit patienter. Om en diagnos utreds och diagnos ställs är det självklart essentiellt att även patienten, och i möjligaste mån närstående, informeras.

Information och motivation till behandling och annat stöd hänger ofta samman. Psykopedagogiska program, med färdighetsutbildning som verktyg, finns utvecklade för anhöriga inom dialektisk beteendeterapi (familjeband) (35). Inom mentaliseringsbaserad te-

rapi ingår också psykopedagogik som ett led i behandlingen. Det är emellertid viktigt att information om personlighetssyndrom, behandling och de lokala insatser som finns kan ges till alla patienter på ett strukturerat sätt tidigt i förloppet.

Intensiv öppenvård/mellanvårdsformer prövas på olika håll, både nationellt och internationellt. Erfarenheterna talar nog mest för att detta är insatser som har ett värde tidigt i förloppet, där utredning, information och initial behandling och motivation kan kombineras. Så kallade ACT/FACT-team har visst evidensstöd vid psykossjukdom, däremot är erfarenheterna för personlighetssyndrom begränsade.

3. Krishantering

Patienter med personlighetssyndrom behöver kunna erbjudas en kombination av väl strukturerad öppenvårdsbaserad behandling och krisorienterat omhändertagande. Av detta skäl är tillgänglighet i någon form viktig att erbjuda, i kombination med någon form av mobilt team och smidig tillgång till heldygnsvård, se nedan. Det är patienten som ska identifiera vad som får hen att tappa fattningen och kan utlösa en kris, inte behandlaren, eftersom variationen här är oändlig. En bra krisplanering är viktig från dag ett, särskilt som självskadebeteende kan öka tidigt i behandlingen.

Eftersom missbruk inte sällan bidrar till akut försämring är det viktigt att kunna erbjuda drogscreening, avgiftning vid behov och andra missbruksvårdsinsatser.

4. Helydgnsvårdsstruktur

Med tanke på det skralla bevisstödet för hur frågan om heldygnsvård ska hanteras vid personlighetssyndrom får detta ses som mycket preliminära rekommendationer. De engelska riktlinjerna dristar sig dock att förespråka korta inläggningar med ett tydligt fokus att endast stabilisera den uppkomna kris som oftast ligger bakom behovet av ineliggande vård. Eftersom samsjukligheten är hög kan givetvis annan psykisk sjuklighet vara skäl till heldygnsvård. En noggrann strukturerad självmordsriskbedömning ska alltid göras vid inläggning, där man i så hög grad som möjligt försöker bedöma risk för självskadande och eventuell risk för självmord. Om inläggningsindikationen huvudsakligen är personlighetssyndromet så kan några komponenter urskiljas som brukar användas (28):

- Diskussion med patienten om behandlingsmål för en heldygnsvårdsepisod.
- En skriftlig krisplan som beskriver hur en inläggning ska gå till.
- En tydlig tidsplan om heldygnsvårdsepisodens längd.
- Tydlig beskrivning över vad som kommer att hända under vårdtiden (stödande samtal med sjuksköterska, deltagande i problemlösningsgrupp etcetera).
- Tydliga riktlinjer för vad som gäller vid prematur utskrivning. Exempel på detta kan vara självskadande beteende på avdelningen, berusning/drogpåverkan.

Det handlar således huvudsakligen om att tillsammans med patienten upprätta en skriftlig krisplan, där heldygnsvård ingår som en möjlighet och där förutsättningar och förväntningar hanteras på ett så transparent och tydligt sätt som möjligt. En organisation för detta bör kunna erbjudas inom all specialiserad psykiatri i landet. Det är avgörande för vården att inte fastna i en moraliserande, uppfostrande attityd utan tvärtom betona patientens egen kapacitet att göra val och att uppmuntra till ett eget ansvarstagande så långt det är möjligt. Korta vårdtider bör sannolikt eftersträvas och det är viktigt att odla en kultur, där patienten alltid är välkommen att söka igen.

Det finns en liten grupp patienter med ett uttalat självskadande beteende, som riskerar att bli livshotande, där ovan nämnda insatser inte hjälper. Ofta finns en betydande samsjuklighet med autismspektrumtillstånd, lindrig mental retardation, allvarligt förstämningssyndrom och/eller missbruk. Det handlar ofta om en mycket komplex problematik, där vanmakten är stor, hos patient, hos närstående och bland vårdpersonal. Tvång i form av tvångsvård, bältesläggning, tvångsmedicinering, långvarig extra observation ("extravak") är vanligt förekommande. I Holland har man utvecklat särskilda heldygnsvårdsenheter med ett nationellt intag, där vården inriktas på denna patientgrupp (36). Erfarenheterna är goda. En viktig komponent är att alla redan från början vet att vården kommer att pågå som regel minst 6 månader, och successivt involvera den reguljära psykiatriska vården som därefter tar vid. Arbetet inriktas mot att arbeta med säkerhet, struktur och samarbete. Någon form av liknande vårdplatser skulle kunna vara ett alternativ även för svenska förhållanden.

5. Diagnosinriktade behandlingsprogram

Det finns ett antal psykologiska behandlingsprogram som i dag uppfattas som etablerade behandlingar vid framför allt borderline personlighetssyndrom (se kapitel 13 ”Psykologiska behandlingsmetoder vid personlighetssyndrom”):

- Dialektisk beteendeterapi, DBT
- Mentaliseringsbaserad terapi, MBT
- Schemafokuserad terapi, ST
- ”Transference Focused Psychotherapy”, TFP
- ”Emotion Regulation Group Therapy”, ERGT.

En psykiatrisk verksamhet bör kunna erbjuda minst någon, helst fler, av dessa behandlingsformer, vilket kräver en subspecialiserad verksamhet i form av en enhet eller ett team, där tid är avsatt för arbete med patientgruppen.Handledning ingår som en obligatorisk komponent i alla dessa behandlingsformer och bör därför erbjudas. För patienter med andra typer av personlighetssyndrom är kunskapen fortfarande så pass begränsad att man rimligen får luta sig mot den kunskap som finns om borderlinepersonlighetssyndrom och modifiera behandlingen så att den kan bli tillämplig.

Läkemedelsbehandling handlar mycket om att tillsammans med patienten ha en strukturerad vårdplan för vad man syftar till att uppnå med olika farmakologiska insatser. Eftersom patienter med denna problematik förekommer överallt inom den psykiatriska vården bör alla läkare regelbundet uppdateras på det aktuella kunskapsläget. Behovet av återhållsamhet med bensodiazepiner är väl belagt i studier. Med tanke på den höga förekomsten av andra psykiatriska tillstånd bör specifik behandling för detta kunna erbjudas.

6. Uppföljning, kommunalt stöd och samverkan

Som beskrivits tidigare är, sett över tid, prognosen relativt gynnsam med avseende på diagnos. Däremot förefaller funktionsnedsättningen vara relativt bestående, vilket gör att dessa patienter på olika sätt kan behöva stöd inom olika områden av livet.

Många behöver inte ha en regelbunden psykiatrisk vårdkontakt, men det finns ett stort värde i att ha vetskap om och möjlighet att vid behov kunna höra av sig och få ett tillfälligt krisstöd. Inte sällan kan detta behövas med många års mellanrum. Om kontinuitet kan

erbjudas så är detta givetvis en stor fördel utifrån de tillitssvårigheter som många tampas med.

Många patienter kan behöva stödinsatser i sitt boende och möjligheter att erbjudas sysselsättning. En fungerande samverkan, genom en samordnad individuell plan (SIP), är ett viktigt arbetsinstrument för att optimera detta arbete. Psykiatrin kan göra stor nytta genom mindre utbildnings-/stödinsatser till såväl beslutsfattare som boendestödjare inom kommunen, inte minst i fråga om patientens självskadebeteende. Rädslan och oviljan att möta detta kan annars bli ett stort hinder för samverkan.

7. Kompetensutveckling och handledningsstöd

En basal kunskap om bemötande, självskadebeteende och personlighetssyndrom bör erbjudas alla som arbetar med dessa patientgrupper. Det här är också patienter som behöver mycket somatisk vård. Det finns goda erfarenheter av att göra utbildningsinsatser även för somatisk vårdpersonal och ambulanspersonal, eftersom särskilda krav ställs just på bemötande och risken är stor att dessa patienter annars får en ojämlig vård (37–39).

Handledning har en viktig plats av två skäl: Det första skälet är att säkerställa att man är följsam till den behandlingsmodell som man arbetar utifrån. Det andra skälet handlar om att även mycket erfarna psykoterapeuter behöver hjälp att återfå och upprätthålla sin reflekterande kapacitet.

8. Indikatorer och mätning

En process beskrivs i detalj så att man kan optimera de olika delarna för att totalt sett få en bättre, mer sammanhängande och effektiv process. Ett processorienterat arbetssätt innefattar en tydlig beskrivning om:

- vad som ska göras – en beskrivning av processen i fråga
- vem som ska göra vad – en rollbeskrivning
- mätning av det som görs – tydliga indikatorer som kan ge mått på processens ”prestanda” och dess effekter.

Mätningar är mödosamma att utföra och felkällor är vanliga. En process bör ha så få mätpunkter/indikatorer som möjligt, så att man inte tappar bort sig i en ocean av olika mätvärden. De bör vara tillräckligt enkla samt mäta relevanta delar i processen.

Socialstyrelsen har tagit fram en handbok där man beskriver några viktiga krav på en indikator (40).

Man beskriver där att en indikator:

- ska ange *riktning*, det vill säga att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet
- ska vara *relevant* och belysa ett område som är viktigt
- ska vara *valid*, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år
- ska vara *vedertagen* och bygga på kunskap, till exempel riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren)
- ska vara *påverkbar*
- ska vara *mätbar* och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

Man utgår från begreppet ”god vård och omsorg” som innebär att det man mäter ska vara kunskapsbaserat, säkert, individanpassat, effektivt, jämlikt och tillgängligt (41). Man skiljer på nyckeltal (exempelvis befolkningens mängd), utvecklingsindikatorer och indikatorer. Skillnaden mellan de två sistnämnda indikatorerna är att utvecklingsindikatorer oftast tas fram som förslag till indikatorer, men täckningsgraden eller datakällan är inte tillräckligt omfattande eller säker.

Socialstyrelsen beskriver fem olika indikatorer som speglar kvaliteten:

1. Strukturindikatorer – resurser som verksamheten har till sitt förfogande, exempelvis andel sjuksköterskor med adekvat utbildning för en viss uppgift.
2. Processindikatorer – avser de aktiviteter som genomförs, till exempel vissa behandlingar samt hur de genomförs.
3. Resultatindikatorer – avser ”någon form av mål eller önskvärd riktning av utfallet för den aktuella målgruppen”, exempelvis andel personer som har tillfredsställande mätvärden av ett visst slag.
4. Effektivitetsindikatorer som speglar effektivitet – visar hur mycket resurser som används för att uppnå målen för verksam-

heten. Exempel på en effektivitetsindikator är kostnad per person för att uppnå ett önskvärt mätvärde för sjukdomen i fråga.

5. Produktivitetsindikatorer som speglar produktivitet – visar hur mycket resurser som används för att producera en viss insats, men tar däremot inte hänsyn till om målen för verksamheten uppnås eller inte. Exempel på en produktivitetsindikator är kostnad per person med viss sjukdom för att regelbundet träffa vårdpersonal.

Utöver dessa mått talar man också om två former av patientrapporterade mått:

- ”Patient reported experience measures” (PREM) – omfattar frågor om bemötande, delaktighet, information, förtroende och tillgänglighet. PREM kan därför fungera som såväl struktur-, som process- och resultatindikator.
- ”Patient reported outcome measures” (PROM) – mäter patientens upplevelse av sin sjukdom före och efter åtgärder eller behandling. PROM är således ett exempel på en resultatindikator.

Datainsamling kan i första hand ske med hjälp av Socialstyrelsens olika hälsodataregister och sjukvårdens egna kvalitetsregister. Därutöver finns bland annat patientenkäter och en del andra register, som väntetidsdatabasen på SKL (Sveriges Kommuner och Landsting).

Det är således en omfattande och delvis svår väg att definiera och använda bra indikatorer i vården. Med Socialstyrelsens arbete som grund föreslås följande antal indikatorer för utredning och vård av patienter med personlighetssyndrom (se tabell 2). De flesta av dessa finns inte i Socialstyrelsens indikatorbibliotek och ska därför betraktas som utvecklingsindikatorer. Men ett arbete bör göras för att utveckla indikatorer som stöd för ett utvecklingsarbete och för att möjliggöra jämförelser över landet. Arbetet skulle underlättas om ett kvalitetsregister utvecklades för personlighetssyndrom. Detta handlar inte minst om mätbarheten: I tabell 2 är det ett antal möjliga indikatorer som nu inte går att använda nationellt, eftersom det inte finns några sätt att ta ut data på nationell nivå. Lokalt kan det dock finnas sätt att hämta data.

Tabell 2. Föreslagna indikatorer vid utredning och vård av patienter med personlighetssyndrom.

NAMN PÅ INDIKATOR	TYP AV INDIKATOR	FINNS I SOS:S INDIKATOR-BIBLIOTEK ¹ – JA/NEJ	SÄTT ATT REGISTRERA	ANGER RIKTNING – JA/NEJ	RELEVANT – JA/NEJ	VALID – JA/NEJ	VEDERTAGEN – JA/NEJ	PÅVERKBAR – JA/NEJ	MÄTBAR – JA/NEJ ⁶
Regelbunden behandling med vissa sömn- och lugnande medel.	Process	Ja	Läkemedelsregistret, SoS	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Återfall i brottslig gärning.	Resultat	Ja	Rättspsyk.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos.	Resultat	Ja, delvis	Patientregistret, SoS	Ja	Ja, delvis	Ja	Ja, delvis	Ja	Ja
Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård <i>ut</i> F6.	Resultat	Ja, delvis	Patientregistret och dödsorsaksregistret, SoS	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antal besök i öppenvård/medeltal av förändring i livskvalitetsskattning (EQ-5D).	Effektivitet	Nej	Vårdadministrativa system/ journal-system	Ja	Ja	Ja	Ja, delvis	Ja	Nej
Andel patienter utredda med SCID-II-intervju av patienter med registrerad diagnos F6.	Process	Nej	KVÅS/journalsystem	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Andel patienter som följts upp med Clinical Global Impression Scale (CGI) vid början och årsuppföljning.	Process	Nej	KVÅ/Mätvärde ur journalsystem	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Andel patienter som påbörjat strukturerad psykologisk behandling som är kvar i behandling efter 12 månader.	Process	Nej	Vårdadministrativa system/journalsystem	Ja	Ja	Ja	Ja, delvis	Ja	Ja, delvis
Andel patienter med diagnos F60.3 som ett år efter första diagnosregistrering påbörjat DBT, MBT, SFT eller ERGT. ²	Process	Nej	Vårdadministrativa system/journalsystem	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej

Andel patienter som uppger sig ha blivit bemötta med respekt.	Process (PREM ¹)	Nej	Patientenkät	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Andel patienter som följts upp med livskvalitetsmått (EQ-5D) vid början och årsuppföljning.	Process (PROM)	Nej	KVÅ/Mätvärde ur journalsystem	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Kostnad per patient med diagnos F6.	Produktivitet	Nej	Vårdadministrativa system/journalsystem	Ja	Ja	Ja	Ja, delvis	Ja	Ja	Ja	Nej
Förändring i globala kliniska symtom (CGI) vid vårdtagandes början samt årsuppföljning.	Resultat	Nej	Mätvärde ur journal-system	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Medelantal vårddygn under ett år hos patienter med minst två tillfällen diagnosticerade med F6 under de senaste 2 åren.	Resultat	Nej	Patientregistret, SoS	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Förändring i livskvalitetsskattning (EQ-5D) vid vårdtagandes början samt årsuppföljning.	Resultat (PROM) ⁴	Nej	Mätvärde ur journal-system	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Andel medarbetare som gått minst en dags kurs i bemötande (med brukarmedverkan).	Struktur	Nej	Saknas	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Antal personer utbildade för DBT, MBT eller SFT/100 000 inv.	Struktur	Nej	Oklart	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej

Tabellen är fritt bearbetad utifrån Socialstyrelsens indikatorbibliotek.

Förklaringar:

1. Socialstyrelsens indikatorbibliotek återfinns via länken: <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket>.
2. DBT = Dialektisk beteendeterapi, MBT = Mentaliseringsbaserad terapi, SFT = Schemafokuserad terapi, ERGT = "Emotion Regulation Group Therapy".
3. PREM = "Patient reported experience measures".
4. PROM = "Patient reported outcome measures".
5. KVÅ = Klassifikation av vårdåtgärder.
6. Med mätbarhet avses här att värderna går att hämta ur nationella register.

Konsultativt stöd till somatiken

Patienter med personlighetssyndrom kommer ofta i kontakt med kroppssjukvården. I akutskedet handlar det om följder av självska-
debeteendet; skärskador, förgiftning med mera. Det är därför vik-
tigt att kunna erbjuda konsultativt stöd i form av bedömningar, men
också att förmedla kunskap om bemötande. Patienter med person-
lighetssyndrom har också hög samsjuklighet med andra kroppsliga
sjukdomar. Stöd behövs därför, både för bedömningar och för att
förmedla kunskap om personlighetssyndrom i allmänhet. Mer spe-
cifikt kan det också vara av stort värde för patienten om kroppsläka-
re har möjlighet att konsultera psykiatrisk kompetens. Detta gäller
både den specialiserade kroppssjukvården och inte minst primärvår-
den. Allmänläkaren behöver dessutom ytterligare stöd och möjlig-
het till konsultation, eftersom de allra flesta patienter som söker vård
gör detta första gången på en vårdcentral. Det är därför viktigt att
ge så goda förutsättningar som möjligt för primärvården att tidigt
identifiera personlighetssyndrom. Man kan då komma tidigare till
diagnos och ge rätt insatser samt undvika dyrbara och, i värsta fall,
felaktiga insatser av olika slag.

Typ av organisation, multidisciplinära team

Organisation av verksamheter är i mycket en fråga om avvägningen
mellan idealen, så som de kommer till uttryck i riktlinjer som dessa,
och den krassa verklighet som finns inom den egna verksamheten.
Kompetenser, liksom intresset, kan variera stort. Ekonomiska för-
utsättningar varierar också stort mellan olika delar i landet, vilket
nämndes i början av detta kapitel.

Men verklighetens bistra ansikte är inte ensamt styrande. Det
handlar också om avvägningar mellan de olika för- och nackdelar
som olika organisationsformer har. Det är därför svårt att i detta
sammanhang peka mot en viss typ av organisation. Det finns för-
delar och nackdelar med en subspecialiserad enhet, alternativt all-
mänpsykiatriska enheter, och det beror på de lokala förutsättning-
arna vad som fungerar bäst för patienterna.

Tämligen klart är emellertid värdet av multidisciplinära team.
Flera professioner behövs för att hålla samman vården kring patienter
med personlighetssyndrom, men det kan också variera stort över tid.
Teamstrukturen blir också ett säkerhetsnät för enskilda behandlare,

att lyfta frågor om behandlingsinriktning, tvivel, osäkerhet med mera. För att kunna fungera multidisciplinärt behövs därför gemensam tid för planering, handledning och ständig verksamhetsutveckling.

Vårdorganisatoriska perspektiv på personlighets- syndrom – sammanfattande rekommendationer

I faktaruta 5 finns ett antal rekommendationer för hur vården av personlighetssyndrom skulle kunna organiseras och följas upp.

FAKTARUTA 5. Vårdorganisatoriska aspekter vid personlighetssyndrom.

1. Utredning	All specialiserad psykiatri bör kunna utreda personlighetssyndrom med hjälp av semistrukturerade metoder. En subspecialiserad enhet bör kunna erbjuda stöd i bedömning av svåra fall, samt utveckla övergripande riktlinjer för utredningar.
2. Motivation och information	Psykopedagogiska program för patienter och närstående.
3. Krisplanering som del i en generell vårdplan	Individuellt utformad krisplan samt en vårdplan som revideras regelbundet och inkluderar viktiga aktörer.
4. Helydgvårds – struktur	Helydgvård bör vara lättillgänglig med ett tydligt, strukturerat uppdrag och vårdinnehåll. Eftersträva korta vårdtider och minimera tvångsvårdsinsatser. Självvalda helydgvårdsepisoder kan vara ett alternativ att pröva. Tillgång till helydgvårdsplatser för patienter i behov av mer omfattande helydgvård bör finnas.
5. Diagnosinriktad behandling	Det bör finnas subspecialiserade enheter/team som kan erbjuda minst ett av följande psykologiska behandlingsprogram: DBT, MBT, SFT, ERGT. Förändringar i läkemedelsbehandling bör ske i ordinarie öppenvård eller i samråd med öppenvård. I akutsjukvård och helydgvård bör förändringar av läkemedel undvikas.
6. Uppföljning, stöd i livet och stöd för funktionsnedsättningen	Samverkansöverenskommelser med kommun och andra vårdgrannar bör även inbegripa personlighetssyndrom. Gemensamma utbildningsinsatser med fokus på bemötande, självskadebeteende och självmordsnära beteende, särskilt för akutsomatisk- och ambulanssjukvårdspersonal.
7. Kompetens- och utbildningsbehov	En struktur inom verksamheten bör finnas för att säkerställa fortbildning och uppföljande workshopar och handledning i: 1. Kunskap och träning i att möta patienter med personlighetssyndrom – gäller all personal inom psykiatrisk verksamhet. 2. Utreda och behandla patienter med personlighetssyndrom – de som arbetar med detta. 3. Genomföra läkemedelsbehandling vid personlighetssyndrom – alla läkare.
8. Indikatorer för uppföljning	Se tabell 2.

Referenser

1. Frampton, S. B., Charmel, P. A. & Guastelio, S. (2013). *The Putting Patients First Filed Guide. Global Lessons in Designing and Implementing Patient-Centered Care*, ed. Planetree. San Francisco: John Wiley & Sons.
2. Barry, M. J. & Edgman-Levitan, S. Shared decision making—pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*, 2012. 366(9): 780–1.
3. Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
4. Patel, S. R., Bakken, S. & Ruland, C. Recent advances in shared decision making for mental health. *Curr Opin Psychiatry*, 2008. 21(6): 606–12.
5. Ziguras, S. J. & Stuart, G. W. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*, 2000. 51(11): 1410V21.
6. Patientlag (2014:821), i SFS 2014:821, 2014.
7. Gibbon, S. et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(6): Cd007668.
8. Khalifa, N. et al. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(8): Cd007667.
9. Stoffers, J. et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(6): Cd005653.
10. Stoffers, J. M. et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 8: Cd005652.
11. SBU (2014). *Vad innebär evidensbaserad vård?* Stockholm: SBU.
12. Soeteman, D. I. et al. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*, 2008. 69(2): 259–65.
13. APA, Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*, 2001. 158(10 Suppl): 1–52.
14. NHMRC, N.H.a.M.R.C. (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*, N.H.a.M.R. Council, Editor. Commonwealth of Australia: Melbourne.
15. NICE, (2009) *Borderline personality disorder: Treatment and Management*, N.I.f.H.C. Excellence, Editor. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
16. NICE (2013). *Antisocial personality disorder: The NICE Guideline on treatment and prevention*, ed. N.I.f.H.a.C. Excellence. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
17. Bower, P. & Gilbody, S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *Br J Psychiatry*, 2005. 186: 11–7.

18. Paris, J. Stepped care: an alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*, 2013. 64(10): 1035-7.
19. Gunderson, J. G., Links, P. S. & American Psychiatric Publishing (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. First edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. xii.
20. Livesley, W. J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York: Guilford Press.
21. Hermens, M. L. et al. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatr Serv*, 2011. 62(11): 1381-3.
22. Bergman, B. & Eckerdal, A. Professional skills and frame of work organization in managing borderline personality disorder. Shared philosophy or ambivalence – a qualitative study from the view of caregivers. *Scand J Caring Sci*, 2000. 14(4): 245-52.
23. Lam, D. C., Salkovskis, P. M., & Hogg, L. I. "Judging a book by its cover": An experimental study of the negative impact of a diagnosis of borderline personality disorder on clinicians' judgements of uncomplicated panic disorder. *Br J Clin Psychol*, 2016, Sep; 55(3): 253-68.
24. Davidson, S. E., Principles of managing patients with personality disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 2002. 8: 1-9.
25. Perry, J. C., Banon, E. & Ianni, F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(9): 1312-21.
26. Bateman, A. W., Gunderson, J. & Mulder, R. Treatment of personality disorder. *Lancet*, 2015. 385(9969): 735-43.
27. Borschmann, R. et al. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 6: Cdo09353.
28. Helleman, M. et al. Evidence base and components of Brief Admission as an intervention for patients with borderline personality disorder: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*, 2014. 50(1): 65-75.
29. Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Vårdens svåra val. Socialdepartementet, 1995 Stockholm: Statens offentliga utredningar, s. 255.
30. Holm, H., Björkdahl, A. & Björkenstam, E. Tvångsvård med frågetecken. *Läkartidningen*, 2011. 108(34): 1544-1545.
31. SOSFS, 2011:9. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
32. Vanhaecht, K. et al. Do pathways lead to better organized care processes? *J Eval Clin Pract*, 2009. 15(5): 782-8.
33. Porter, M. & Lee, T. H. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*, 2013. October.
34. Frances, A. (2013). *Essentials of psychiatric diagnosis: responding to the challenge of DSM-5*. Revised edition. New York: Guilford Press. xx.

35. Hoffman, P. D. et al. Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 2005. 44(June): 217-225.
36. Kool, N. (2012). *Intensive treatment of disrupted relationships in psychiatry. Intervention program*. ESSPD Second International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders. Amsterdam: European Society for the Study of Personality Disorders.
37. Moss, J. H. Borderline personality disorder. When medical care is complicated by mental illness. *Postgrad Med*, 1989. 85(5): 151-4, 157-8.
38. O'Brien, L. & Flote, J. Providing nursing care for a patient with borderline personality disorder on an acute inpatient unit: a phenomenological study. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 1997. 6(4): 137-47.
39. Starr, D. L. Understanding those who self-mutilate. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 2004. 42(6): 32-40.
40. Socialstyrelsen (2014). *Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen, s. 27.
41. Socialstyrelsen (2013). *Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning: rapport från ett utvecklingsprojekt*, Socialstyrelsen, s. 13-14, 17.
42. Black, D. W. et al. Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatr Scand*, 2009. 120(1): 53-61.
43. Cottraux, J. et al. Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. Two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychother Psychosom*, 2009. 78(5): 307-16.
44. IsHak, W. W. et al. Quality of life in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 2013. 21(3): 138-50.

II. Bedömningar och beslut i akuta situationer

- I det här kapitlet vänder vi oss framför allt till dig som arbetar som primär- eller bakjour men även till chefer och medarbetare på alla nivåer.
- Syftet är att problematisera de starka känslor som kan initieras i en journalsituation – sett ur patientens, men även ur primär- och bakjourens liksom övriga medarbetares perspektiv.
- Kapitlet vill ge vägledning i hur man i vårdorganisationen systematiskt kan förebygga att människor tar skada.

Personer med personlighetssyndrom har ofta ett långvarigt psykiskt lidande. Inte sällan drabbas dessa patienter av akuta kriser, som sett ur en välfungerande persons ögon kan te sig triviala. För en enskild person kan sådana händelser utlösa svåra emotionella reaktioner, till exempel på grund av emotionell instabilitet. Inte sällan uppstår dessa reaktioner akut, på icke kontorstid, utan möjlighet att få kontakt med ordinarie psykiater eller terapeut. För personen återstår då ofta att söka på närmaste psykiatriska akutmottagning. Ibland är situationen ytterligare komplicerad med åsamkad självskada eller hot om självskada.

I dessa situationer kommer patienten ofta in i ett känslomässigt katastrofalt kaotiskt tillstånd. Kom då ihåg att patienten söker hjälp för att hen inte längre står ut. Patienten döljer ofta detta, alternativt grumlar bilden av sig själv som nödlidande, ibland genom ett demonstrativt utagerande. Detta är en *oförmåga* till adekvat kommunikation som beror på grundproblematiken!

Som del av den psykiatriska bedömningen har primärjouren som uppgift att värdera en redan tillfogad självskada, alternativt risk för självskada i nära framtid, liksom risken för en accelererande självmordsprocess. Ibland finns även våld eller hot om våld med och det ankommer på bedömaren att också värdera eventuell våldsrisk. Bedömningar i dessa situationer kan vara extremt grannliga, särskilt om tillgång till journaler och vårdplaner saknas.

Som primärjour saknar man ofta individuell kunskap om patienten. Man får en fragmentarisk bild av ett skeende som kan vara allvarligt livshotande eller överståndet. De åtgärder man har tillgång till som primärjour sträcker sig från att skicka hem patienten, med uppmaning att kontakta sin ordinarie behandlare nästkommande vardag, till att lägga in patienten frivilligt, eller i mer tillspetsade fall enligt LPT för att förhindra självmord eller risk för annan våldshandling. Som primärjour hamnar man då, ibland med bristande beslutsunderlag, inte sällan i en situation att antingen skicka hem patienten eller behålla patienten med tvång – ett bisarrt och för beslutsfattaren ofta ångestfyllt beslut. Hur man än gör kan man orsaka patienten skada. Går patienten hem så kan hen suicidera. Tvångsintar man patienten mot patientens vilja kan det leda till en upptrappad konflikt med ännu mer in- eller utåtriktad aggressivitet.

Den beslutsångest som primärjouren, oftast en ST-läkare eller en AT-läkare, kan uppleva är ibland mycket påtaglig. Inte heller blir denna kollegas oro lindrad av att bakjouren, på grund av samma utmaningar, kan känna sig lika pressad som primärjouren. Rollen som bakjour, med beslutsmandat tillsammans med handledarroll, upplevs tidvis vara nog så svår att axla och konsultationen kan resultera i väldigt många – sämre eller bättre – utfall. Det finns flera anledningar till detta. En anledning kan vara att patienter med personlighetssyndrom många gånger väcker negativa känslor hos psykiaterspecialisten (1), något som uppenbarligen riskerar att påverka handläggningen – med konsekvenser både för patienten och den mindre erfarne kollegan. Det är inte ovanligt att primärjouren får kategoriska besked med innebörden att man inte ska ”belöna” utagerande beteende och att inläggning av patienter med borderline personlighetssyndrom är ”kontraindicerat” och så vidare (2).

Vårdkvalitet i akutsituationen

Den systematiska ambivalens som ofta finns i de psykiatriska akut-systemen reflekterar troligen att man på systemnivå, det vill säga klinisknivå, inte har en genomtänkt hållning till hur man ska agera i dessa situationer. Om akutverksamheten inte har en uttalad, evidens- och behandlingsorienterad rutin för hur man på ett fruktsamt sätt ska bedöma och handlägga patienter med personlighetsproblematik, och dessutom oförmåga till adekvat kommunikation, så uppstår lätt godtycke – något som lätt karikerat beskrivits ovan.

Grundläggande för en säker och god vårdkvalitet i akutsituationen – sett ur såväl patientens som vårdgivares perspektiv – är att:

- förstå det utagerande beteendet som ett uttryck för patientens oförmåga att kommunicera adekvat i krissituationer
- möta personer med personlighetssyndrom med professionell förståelse för tillståndets invalidiserande karaktär
- vårdenheter med akutverksamhet ska ha en på förhand utarbetad strategi för handläggning, som baseras på patientens behov och är grundad på kunskap och evidens, för att inte utsätta patienten för slumpmässig och moralistiskt präglad handläggning i kritiska situationer
- för patienter som frekvent uppsöker akutmottagning på jourtid vårdgivaren, i samarbete med patienten, formulerar en vårdplan med förslag till bemötande och handläggning i akuta situationer
- vårdmiljön ska präglas av en kultur som stödjer primärjournen och medarbetarna i situationer med ambivalens och beslutsångest
- organisationen ska ha beredskap att stödja oerfarna bakjourer
- vårdmiljöer med bristande kultur eller bristande uppförandekoder måste identifieras och rehabiliteras
- uppkomna ”tillspetsade vårdsituationer” måste analyseras och leda till förbättringsarbete.

Förhoppningen är att våra riktlinjer ska bidra till ökad respekt, kunskap, förståelse och ödmjukhet. Finns svagheter i vårdmiljön, som drivs av negativa attityder, har tidigare forskning visat att man med ganska enkla interventioner kan påverka sådana positivt och på så vis förbättra vårdkvaliteten (3).

Referenser

1. Lewis, G., Appleby, L. Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *Br J Psychiatry* 1998;11153: 44-9.
2. Bengtsson, J., Ekselius, L. Personlig kommunikation, 2015.
3. Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P. C., Links, P. S., Gunderson, J. The effect of attending good psychiatric management (GPM) workshops on attitudes toward patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2015;25: 1-10.

12. Läkemedelsbehandling

Sammanfattning

- Läkemedel ska *aldrig* ses som första linjens behandling, men kan motiveras som tillägg till annat omhändertagande i specifika situationer.
- Polyfarmaci – särskilt i kombination med bristande dokumentation – kan försätta en patient i en riskfull situation med fara för allvarliga biverkningar och interaktioner.
- Vid komplicerande samsjuklighet och svåra krissituationer kan patienter med personlighetssyndrom erbjudas behandling på samma sätt som sker i fall utan samtidig personlighetsproblematik.
- Läkemedelsbehandling ska vila på noggranna överväganden och föregås av ett kritiskt resonemang över vad den ska syfta till, hur den ska utvärderas och hur länge den ska pågå. Detta bör ske i samtal och överenskommelse mellan behandlare och patient.
- Läkemedelsbehandling ska noggrant dokumenteras i patientens journal och vårdplan. Monitorering avseende effekt, biverkningar och följsamhet ska dokumenteras regelbundet.

Tanken bakom att behandla personlighetssyndrom farmakologiskt baseras på uppfattningen att de drag och karaktäristika som associeras med personlighetsproblematik är förenade med biokemiska avvikelser och således bör kunna påverkas med psykofarmaka. Den behandlingsforskning och de läkemedelsprövningar som hittills ge-

nomförts har emellertid nästan uteslutande fokuserat på borderline personlighetssyndrom. Majoriteten av de studier som genomförts kan karaktäriseras av brister i design och få deltagare, korta behandlingstider och korta uppföljningstider. För de allra flesta specifika personlighetssyndrom saknas studier och för de tillstånd där studier gjorts är resultaten blygsamma (1). Det finns i dag inte några läkemedel som har indikationen personlighetssyndrom. Trots detta kan de flesta psykiater vittna om patienter med personlighetssyndrom som förskrivits ett oändligt antal läkemedel, inte sällan utan uppgift om vad som föranlett förskrivningen och hur behandlingen följts upp. Polyfarmaci – särskilt i kombination med bristande dokumentation – kan försätta en patient i en riskfull situation med fara för allvarliga biverkningar och interaktioner.

I litteraturgenomgången under arbetet med föreliggande riktlinjer kan vi konstatera att motsvarande branschorganisationer och myndigheter i andra delar av världen delar idébilden om läkemedels begränsade plats i behandling av personlighetssyndrom (2, 3, 4, 5). Med andra ord – läkemedel ska *aldrig* ses som första linjens behandling, men kan motiveras som tillägg till annat omhändertagande i specifika situationer.

I de fall läkemedelsbehandling är motiverad

Vid komplicerande samsjuklighet, till exempel i form av ett avgränsbart depressionstillstånd, bör patienter med personlighetssyndrom erbjudas behandling på samma sätt som sker i fall utan samtidig personlighetsproblematik. Även vid svåra krissituationer kan läkemedel vara motiverat.

Behandling med läkemedel ska alltid vila på noggranna diagnostiska överväganden och föregås av ett kritiskt resonemang kring vad den ska syfta till, hur den ska utvärderas och hur länge behandlingen ska pågå. Detta bör ske i samtal och överenskommelse mellan behandlare och patient. Denna analys ska noggrant dokumenteras i patientens journal och vårdplan. Dessutom måste behandlingen monitoreras regelbundet, såväl avseende effekt som bieffekter och följsamhet. Behandling med beroendeframkallande medel bör undvikas i möjligaste mån. Vid receptförskrivning måste risken för såväl intoxicationer som interaktioner noga beaktas.

Referenser

1. Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., Ferriter, M., Adams, C. The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health* 2008;2: 119–70.
2. National Health and Medical Research Council. *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. Canberra, 2013.
3. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Borderline personality disorder: recognition and management. *NICE Clinical Guidelines, No. 78*, 2009.
4. Stoffers, J., Völm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. *Pharmacological interventions for borderline personality disorder*. Cochrane Database Syst Rev. 2010. Review.
5. Khalifa, N., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Völm, B. A., Ferriter, M., Lieb, K. *Pharmacological interventions for antisocial personality disorder*. Cochrane Database Syst Rev. 2010. Review.

13. Psykologiska behandlingsmetoder vid personlighetssyndrom

Sammanfattning

Det finns ett antal gemensamma framgångsfaktorer för olika psykologiska behandlingsprogram:

- Terapin bygger på en sammanhängande teoretisk modell som terapeut, team och patient kan förstå och dela.
- Terapeuten är tränad i metoden, får adekvat stöd och handledning och möjlighet att diskutera fall och egna reaktioner med kollegor.
- Terapeuten är uppmärksam på patientens känslor, är aktiv, responsiv och validerande.
- Terapin fokuserar på att uppnå förändring.
- Minst en session per vecka förefaller vara nödvändigt.
- Durationen varierar mellan 13 veckor till flera år.
- Behandlingarna är effektiva vare sig de sker individuellt eller i grupp. Flera av modellerna arbetar dock med en kombination av individuell och gruppbehandling.

Agnes kom till Anna, den psykoterapeut som var den första som hon faktiskt kunde lita på – i alla fall nästan. Anna hade börjat kontakten med att fråga vad Agnes själv ville att de skulle arbeta med och vad hon tyckte var det jobbigaste att leva med. Inte för att Agnes hade vågat berätta det då, men det hade nog sått ett frö av tillit som gjorde att det faktiskt kändes meningsfullt att komma. Nu hade de bara 6 månader kvar av terapin. Sedan skulle de avsluta. Och Agnes hade kommit in på den konstutbildning som de hade talat om i början av terapin.

Det var inte utan att hon skämdes nu när hon kom med bandage om underarmen. Hon dolde det väl under den långärmade tröjan, men hon visste att hon måste prata om det. Dessutom hade doktorn på akuten sagt att de hade samma journal som psyk. Så det var bara att bita i det sura äpplet och berätta.

– Jag har skurit mig.

– Oj! Det var väl rätt länge sedan sist, Agnes.

– Ja, jag vet inte riktigt vad som hände. Jag fick sådan fruktansvärd ångest, och jag tror att det var alla självmordstankar och allt förakt som kom över mig som väckte ångesten. Jag var alldeles själv på kvällen, kanske var det bidragande också. Och jag borde vara så glad.

– Varför borde du vara det?

– Jag kom in.

– Men grattis!! Vad roligt. Du som har kämpat så hårt för att komma in. Och så vill de ha dig!

– Ja, det är just det. Att de vill ha mig. Och jag kommer att göra alla besvikna när de ser hur värdelös jag är. Och ändå vill jag inte dö nu. Det är första gången jag når ett mål jag satt upp. Och kanske var det just det.

– Vad?

– Att nu ska jag klara mig själv – du kommer inte att finnas där. Och pappa tror att jag är frisk nu när jag ska börja på konstskolan.

– Det kanske är något här med att vi ska sluta terapin också? Du gör till och med din egen kedjeanalys nu, märker du det?

Agnes log lite. Hon hade faktiskt tänkt på det också. Kanske börjar hon faktiskt må lite bättre, även om hon hade skurit sig nu. Hon hade faktiskt blivit väldigt arg när självmordstankarna hade kommit. Och till slut hade hon inte klarat av ilskan och allt kaos.

Gemensamma faktorer för framgång i behandling

Precis som i alla vårdkontakter måste även den grundläggande hållningen i det psykoterapeutiska arbetet präglas av samma etiska och medmänskliga grundsyn som diskuteras i kapitel 9 "Mötet". Eftersom patienter med varierande grad av personlighetsproblematik förekommer överallt inom den psykiatriska (och somatiska) vården är detta en grundhållning som all personal behöver kunna.

Det som blir extra viktigt i arbetet för personer med personlighetssyndrom är att det psykoterapeutiska arbetet är interfolierat med övriga insatser och att man har utvecklade strategier för att hantera vissa aspekter av behandlingen, som akuta kriser, samsjuklighet; missbruk, ångesttillstånd, depression. I princip alla behandlingsmanualer innehåller några gemensamma komponenter, som innefattar principer och ramar för behandlingen, behovet av professionellt stöd till de som behandlar och vissa sätt att arbeta i psykoterapin – se faktaruta 6 (1–3).

FAKTARUTA 6. Gemensamma komponenter i psykologiska behandlingsprogram.

1. Alla behandlingsprogram innefattar tekniker eller förhållningssätt för att:
 - bygga en grund för tillit
 - hantera emotioner
 - hantera gränssättning
 - hantera övergångar och avslutning
 - göra en vårdplan
 - bedöma och hantera risk för självskadebeteende och suicid.
2. Valet av mer specifik behandlingsmetod beror av:
 - patientens preferenser
 - graden av funktionsnedsättning och tillståndets allvarlighetsgrad
 - patientens beredskap att engagera sig i terapi och motivation till förändring
 - patientens förmåga att hålla sig inom gränserna för den terapeutiska relationen
 - tillgången till personal och professionellt stöd.
3. Gemensamt för framgångsrika behandlingsprogram förefaller vara att:
 - Terapin bygger på en sammanhängande teoretisk modell som terapeut, team och patient kan förstå och dela.

- Terapeuten är tränad i metoden, får adekvat stöd och handledning och möjlighet att diskutera fall och egna reaktioner med kollegor.
- Terapeuten är uppmärksam på patientens känslor, är aktiv, responsiv och validerande.
- Terapin fokuserar på att uppnå förändring.
- Det finns ett fokus på relationen mellan patient och terapeut.
- Minst en session per vecka förefaller vara nödvändig.
- Durationen varierar mellan 13 veckor till flera år.
- Behandlingarna är effektiva vare sig de sker individuellt eller i grupp. Flera av modellerna arbetar dock med en kombination av individuell och gruppbehandling.
- Patienter uppmuntras att ta mer kontroll över sig själva och sitt liv, det vill säga öka känslan av agenskap.
- Terapeuter hjälper till att koppla samman aktuella känslor med aktuella händelser och beteenden.

Generellt omhändertagande

John Livesley skrev redan 1995 om behovet av en hierarki i behandlingsinsatserna utifrån patientens situation. Livesley tänkte sig en initial fas av stabilisering och konkret hjälp i vardagen, för att optimera patientens förutsättningar att kunna tillgodogöra sig behandling. Läkemedelsbehandling hade en plats för att stabilisera den emotionella instabiliteten, varefter färdigheter att hantera situationer skulle bli möjliga att arbeta med. Därefter kunde andra psykoterapeutiska insatser bli aktuella utifrån patientens behov och preferenser.

En modell som har föreslagits, och som ligger i linje med stepped-care-tänkande, (se kapitel 10 "Vårdorganisatoriska perspektiv") är att ha en modell för omhändertagande vid personlighetssyndrom, särskilt av borderline-typ, som i princip alla inom psykiatri bör ha kunskap om. Modellen för detta har utvecklats av John Gunderson och medarbetare som "Good clinical management for borderline patients" (4). Vid en randomiserad kontrollerad studie jämförde man denna behandling med dialektisk beteendeterapi (DBT) och kunde vid en tvåårsuppföljning visa lika goda resultat som DBT (5, 6). Vissa rekvisit ställs upp för en sådan behandling:

- Den som behandlar bör ha erfarenhet av att möta patienter med borderline personlighetssyndrom.
- Hållningen bör vara stödjande, det vill säga uppmuntrande, rådgivande och pedagogisk.
- Fokus bör ligga på att hjälpa patienten att klara livssituationer, inte på den terapeutiska relationen per se.
- Behandlingskontakten bör inte vara intensiv i frekvens.
- Det bör finnas en struktur för hur kriser av olika slag ska hanteras. Det är viktigt att patienten är delaktig i att definiera vad en kris är för just hen, eftersom variationen är enorm i detta avseende.
- Farmakologiska insatser är integrerade i den övriga vården och grupp- och familjeinterventioner av olika slag uppmuntras.

Liknande principer beskrivs i det som utgjorde kontrollbehandling vid en randomiserad kontrollerad prövning, men här kunde man inte visa lika goda resultat som för mentaliseringsbaserad terapi (MBT), som studerades parallellt i denna studie (7).

Psykologisk behandling vid personlighetssyndrom i allmänhet – evidensläget

Det finns få kunskapssammanställningar gällande psykologisk behandling vid personlighetssyndrom, och de som finns omfattar närmast uteslutande borderline personlighetssyndrom eller antisocialt personlighetssyndrom (2, 8–10). Bristen på stabilt forskningsunderlag kan sannolikt orsakas av en rad faktorer, men man har särskilt lyft fram några faktorer: heterogena studiepopulationer, hög samsjuklighet, brist på enhetliga utfallsmått samt bristen på adekvata sätt att mäta de svårigheter som utmärker personlighetssyndrom; interpersonella svårigheter, identitetsproblematik, social funktionsnedsättning. Det är också ett problem att flertalet studier är gjorda av dem som utvecklat den metod som man utvärderar och att replikerande studier i många fall saknas (8).

I en relativt ny studie jämfördes schemafokuserad terapi, ”Clarification-oriented Therapy” och ”Treatment as usual” för patienter med samtliga personlighetssyndrom (11). I de intervjuaserade utfallsmåtten, men inte självskattade måtten, påvisade man en

skillnad till den schemafokuserade terapins fördel för alla personlighetsyndrom. Antalet patienter inom de olika diagnoserna varierade dock stort.

I Cochranes senaste genomgång av psykologisk behandling vid borderline personlighetsyndrom gick man igenom 28 randomiserade kontrollerade studier omfattande sammantaget 1 804 patienter. Dessa studier omfattade ett antal behandlingsmetoder, inledade i mer eller mindre omfattande psykoterapeutiska program, se faktaruta 7.

Det finns anledning att lyfta ett varningens finger för en alltför stark tilltro till randomiserade kontrollerade studier (RCT), som de har beskrivits. RCT är en metodik som har sin styrka i den interna validiteten, det vill säga att man kan anta att ett visst behandlingsprogram, givet i ett visst sammanhang, skilt från andra externa faktorer, kunde visa vissa effekter. Det finns emellertid ett stort antal frågor som ofta lämnas obesvarade helt eller delvis. Exempel på sådana frågor är hur man har hanterat terapeutens följsamhet ("adherence") till behandlingen, hur denna följsamhet beskrivs, hur man säkerställer terapeuternas kompetens och hur man beskriver behandlingens specifika, differentierande komponenter i förhållande till kontrollbehandling. När man undersökte dessa aspekter för de viktigaste RCT-studierna vid borderline personlighetsyndrom kunde man se att det man kallade "treatment integrity index" varierade kraftigt mellan studierna (12). I samma artikel lyfter man behovet att ta hänsyn till dessa aspekter och även överväga andra former av metodiker för att värdera olika behandlingsmetoder.

Psykologisk behandling vid kluster A – evidensläget

För de så kallade kluster A-tillstånden (schizoid, schizotyp och paranoid personlighetsstörning i DSM-4-systemet) finns inga välgjorda randomiserade kontrollerade studier för psykologisk behandling (8). Själva problematiken vid dessa tillstånd omfattar social ovilja och oförmåga att skapa nära relationer. Det är inte heller dessa svårigheter som får personen att söka hjälp, vilket har gjort att det görs väldigt få försök att skapa psykologiska behandlingar, än mindre att systematiskt utvärdera dem.

Psykologisk behandling vid kluster B – evidensläget

Det finns indikationer för att både mer omfattande och icke-omfattande psykoterapeutiska interventioner riktade mot kärnsymtomen vid borderline personlighetssyndrom kan ha bra effekt. Dialektisk beteendeterapi (DBT) är mest studerat, följt av mentaliseringsbaserad terapi (MBT), ”Transference focused therapy” (TFP), schemafokuserad terapi (SFT) och ”Systems training for emotional predictability and problem solving” (STEPPS). Behovet av replikerande studier är mycket stort (9). Efter att den senaste Cochranerapporten publicerades har ytterligare några studier tillkommit, bland annat för Emotion Regulation Group Therapy (ERGT), som även har börjat få spridning i Sverige (13). Man har dragit liknande slutsatser i den genomgång som National Health and Medical Research Council, Australien, gjorde 2012 (1).

För antisocialt personlighetssyndrom finns en Cochranesammanställning (14). Totalt fann man 11 studier omfattande 471 deltagare. Man kunde i dessa titta på data från 5 studier inkluderande sammantaget 276 patienter. Bara två av studierna hade enbart antisocialt personlighetssyndrom som fokus. I riktlinjer som utarbetats i England för antisocialt personlighetssyndrom har därför större emfas lagts på andra åtgärder och insatser än att rekommendera vissa psykologiska behandlingsprogram (10). I de flesta studier som gjorts har inte hänsyn tagits till samsjuklighet, där nyare forskning har visat betydelsen av identifikation och behandling av adhd (15).

För en fylligare genomgång av kunskapsläget vid antisocialt personlighetssyndrom hänvisas till kapitel 17 ”Våld och kriminalitet”.

Psykologisk behandling vid kluster C – evidensläget

När det gäller de så kallade kluster C-tillstånden (undvikande, tvångsmässig och osjälvständig personlighetsstörning i DSM-4) finns en sammanställning av 15 studier genomförda under åren 1982–2006 (16). Studierna omfattar kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk terapi och färdighetsträning. Man kunde se medel till medelstora effekter när man mätte före och efter behandling, men man kunde inte säga vilket av personlighetssyndromen som verkade ha bäst effekt av behandling. Vid uppföljning verkade effekterna hålla i sig.

FAKTARUTA 7. Sammanställning av olika psykoterapeutiska behandlingsprogram vid borderline personlighetssyndrom (9).

Mer omfattande psykoterapeutiska program:

- Dialektisk beteendeterapi (DBT)
- Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) i dagvårds- respektive öppenvårdsmiljö
- "Transference Focused Psychotherapy" (TFP)
- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- "Dynamic Deconstructive Therapy" (DDP)
- Interpersonell terapi (IPT) och interpersonell terapi för borderline personlighetssyndrom (IPT-BPD)
- Schemafokuserad terapi (SFT)
- "Client-centered Therapy" (CCT).

Mindre omfattande psykoterapeutiska program:

- Färdighetsträning enligt DBT
- "Emotion Regulation Group Therapy" (ERGT)
- Schemafokuserad gruppterapi (SFT-G)
- "Systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder (STEPPS)
- "Manual-assisted cognitive treatment" (MACT).

Sammanfattningsvis kan man alltså säga att kunskapen om psykologisk behandling gäller borderline personlighetssyndrom, och den kunskap som man strukturerat har samlat in gällande detta får man med omdöme och klokskap tillämpa vid annan personlighetspatologi. Det som skrivs nedan om olika behandlingsmodeller grundar sig således på de studier som inkluderat patienter med borderline personlighetssyndrom.

Specifika behandlingsprogram vid borderline personlighetssyndrom

Här nedan beskrivs kort några av de vanligaste behandlingsprogrammen, viktiga beståndsdelar och kortfattat vilket forskningsstöd som finns för respektive program.

Dialektisk beteendeterapi (DBT)

DBT är en form av kognitiv beteendeterapi som utvecklades av Marsha Linehan för kroniskt suicidala personer med diagnosen borderline personlighetssyndrom.

I DBT menar man att det mest centrala vid denna problematik är en svårighet att reglera känslor. Denna svårighet medför i sin tur att man får problem inom andra områden, som relationsproblem, impulsiva och självdestruktiva beteenden samt svårigheter att skapa en stabil självkänsla. Detta kan vara betingat av ärftliga faktorer men förvärras i en så kallad invaliderande uppväxtmiljö.

En sådan invaliderande miljö kan vara att man som barn systematiskt har mötts av negativ kritik eller av upplevd (eller verklig) brist på bekräftelse. Men Linehan tänker också att trauma i form av regelrätta våldsupplevelser eller övergrepp är vanliga.

Patienter med emotionell instabilitet behöver först lära sig strategier för att hantera sin instabilitet på ett bättre sätt. Dessa strategier, som lärs ut och tränas i färdighetsträningsgrupper, utgör en bas för att sedan kunna arbeta vidare i terapin med en förståelse för tillvarons dialektiska aspekter, det vill säga spänningen mellan yterligheter. Mindfulness, med grunden i zenbuddism, är en viktig komponent i behandlingen. Trauma blir ofta ett tema i det individualterapeutiska arbetet. Validering är ett centralt begrepp i behandlingen, där man menar att terapeuten på ett tydligt sätt visar sina försök att förstå patienten ur hans eller hennes perspektiv.

I korthet kan faserna i behandlingen beskrivas på följande sätt:

- Orientering, överenskommelse, allians och kontrakt.
- Fas 1: Stabilitet och säkerhet. Att minska/få bort suicidalt beteende och självskador samt öka färdigheter.
- Fas 2: Att bearbeta och kunna leva med trauman och sorg.

- Fas 3: Att arbeta mot personliga mål som sysselsättning, boende, relationer, intressen.
- Fas 4: Att öka glädje och engagemang i sitt eget liv.

Behandlingen pågår som regel under 1 år. DBT innehåller en kombination av individuell terapi en gång i veckan, färdighetsträning en gång i veckan och möjlighet till telefonkontakt i krissituationer mellan sessionerna. En väsentlig komponent i DBT-modellen är också konsultationsteamet, som tillämpar DBT-principer i handledningen av terapeuterna.

I DBT ingår alla de traditionella beteendeterapeutiska och kognitiva metoderna som finns i kognitiv beteendeterapi: beteendeanalys (framför allt så kallad kedjeanalys av självska deepisoder), problemlösning, färdighetsträning, exponering, ”contingency management” samt kognitiva tekniker.

Färdighetsträningen sker i grupp och innehåller fyra moduler: medveten närvaro, att reglera känslor, att hantera relationer och att ”stå ut när det är svårt”.

Metoden som i ett flertal studier har visat goda effekter är den metod som i dag har störst spridning (17–19).

DBT har kunnat associeras till förbättring av ilska, depression, ångest, självskadande och suicidalt beteende, generell psykopatologi och allmän funktionsnivå jämfört med ”Treatment as usual”. Däremot har man inte sett effekter på borderline-symtom, suicidala tankegångar, interpersonellt eller socialt fungerande eller hospitaliseringsgrad. Hälsoekonomiskt är de studier som finns något motstridiga, men de indikerar att DBT kan vara potentiellt kostnadseffektivt i jämförelse med ”Treatment as usual” (20).

Interpersonell terapi (IPT)

IPT är från början utvecklad för behandling av depression och senare bipolära syndrom, men har även utvecklats till att behandla patienter med personlighetssyndrom (21, 22). Metoden är manualbaserad, tidsbegränsad och fokus ligger på fyra områden; interpersonell känslighet, övergångar i roller, interpersonella konflikter och förlust, och hur man kan länka detta till stämningsläge. IPT är dock ännu inte empiriskt testad för patienter med personlighetssyndrom.

Mentaliseringsbaserad terapi (MBT)

Med mentalisering menas förmågan att föreställa sig vilka tankar och känslor som ligger bakom en annan människas eller ens eget beteende. Samtidigt behöver man förstå att vi inte kan vara säkra på att dessa föreställningar är sanna.

Ett exempel: Om en person som jag känner inte hälsar på mig på gatan måste det inte betyda att hon tycker illa om mig – det kan vara att hon är upptagen av egna tankar och inte ser mig. Eller så kan det vara att personen skäms för att han eller hon glömde att säga grattis på min födelsedag förra veckan. Förmågan att mentalisera kan vara påverkad vid en rad olika tillstånd och skiftar naturligtvis hos oss alla beroende på en mängd faktorer.

Mest tydligt blir det vid autismspektrumtillstånd, där denna förmåga aldrig har utvecklats fullt ut eller utvecklas väldigt långsamt och inte så intuitivt som hos andra.

Hos patienter med borderline personlighetssyndrom är mentaliseringsförmågan sårbar, särskilt i relationer och situationer där tidiga, otrygga anknytningsmönster aktiveras. Starka affekter förblir därför omentaliserade, vilket gör att intensiteten i dessa känslor lätt blir outhärdlig och måste hanteras på annat sätt. Självskadande blir då en av flera möjliga strategier att hantera dessa outhärdliga affekter.

Genom att i ett tryggt sammanhang träna den mentaliserande förmågan kan patienten successivt bli allt bättre på att använda mentalisering i dessa situationer, och på det viset överge mer självdestruktiva strategier. Särskilt viktigt är det att i gruppterapi få träna på att mentalisera både omkring sina egna känslor i gruppen och höra andras tankar om dessa, och andras känslor.

Vid självskadande lägger man stor vikt vid att tillsammans med patienten vända tillbaka i tiden till den tidpunkt före den självskadande handlingen, där man mådde relativt bra och sedan detaljerat nysta sig framåt för att förstå vad som ledde fram till att mentaliseringsförmågan kollapsade just denna gång och slutligen resulterade i självskadebeteendet. Fokus ligger hela tiden på att den mentaliserande kapaciteten varierar beroende på relationer, både till sig själv och till andra, och hur man kan göra för att återfå den mentaliserande förmågan när den sviktar.

Rent strukturellt består mentaliseringsbaserad terapi (MBT) av en psykopedagogisk introduktion om vad mentalisering är, hur man

tänker sig att den är påverkad vid emotionell instabilitet, och hur det hänger ihop med självskadande och andra beteenden. Vidare ingår individuell psykoterapi en gång i veckan samt gruppterapi med samma frekvens. Grupp- och individualterapeuterna talar med varandra, vilket patienten är informerad om, och betydelsen av teamet betonas, så att man kan stötta patienten i att använda sig fullt ut av behandlingsprogrammet. En vanlig svårighet är exempelvis att inte klara att ta sig till gruppterapi eller individualterapi. Genom att terapeuterna kommunicerar med varandra kan stöd ges att återvända till gruppterapi i den individuella kontakten och vice versa. Behandlingstiden är 18 månader (23).

Metoden har visat sig fungera väl i två randomiserade studier (24, 25). Det finns visst stöd för att behandlingsmetoden också skulle ha vissa hälsoekonomiska fördelar (26). I en uppföljningsstudie kunde man visa skillnader mellan kontrollbehandling och MBT 7 år efter påbörjad behandling till förmån för MBT (27). Problemet är dock att dessa resultat ännu inte finns replikerade av oberoende forskargrupper på det sätt som man har kunnat göra vid dialektisk beteendeterapi.

MBT har associerats med förbättring i generell psykopatologi, ångest, självskadande och suicidalt beteende och hospitaliseringsgrad. Däremot har man inte sett signifikanta effekter avseende depression, interpersonellt eller socialt fungerande jämfört med "Treatment as usual". Det finns även indikationer som stödjer att MBT kan vara kostnadseffektiv behandling i jämförelse med "Treatment as usual" (20, 26).

Schemafokuserad terapi (SFT)

Schemafokuserad terapi har utvecklats utifrån kognitiv terapi. Grundtanken är att upplevelsen av en bristfällig uppväxtmiljö och bristande "parenting" leder till dysfunktionella scheman som ligger till grund för en negativ självbild. Genom att successivt avtäcka och arbeta med dessa scheman är tanken att de kan förändras genom att terapeuten intar en alternativ och mer positiv form av "parenting".

Även här finns lovande resultat i en randomiserad kontrollerad studie, där man i jämförelse med "Transference Focused Psychotherapy" fann positiva effekter i form av lägre frekvens av avhopp och kliniskt minskade symtom, mätt i grad av borderline-symtom (28). Behandlingen i studien var tvåårig.

Det finns några kärnaspekter inom schemafokuserad terapi:

- SFT är en integrativ psykoterapi som kombinerar kognitiva, experientiella, beteende och interpersonella tekniker.
- Man arbetar kring ”Mode-model”; ett visst mode, exempelvis ett ”ego-state” hänvisar till specifika scheman och coping-strategier som är aktiva vid en viss given tidpunkt och de kan vara adaptiva eller maladaptiva i olika situationer. Specifika terapeutiska tekniker är utvecklade för varje specifikt ”mode”.
- Det ligger en tyngdpunkt på den terapeutiska relationen som ett begränsat sätt att tillgodose behov. SFT är mer direktiv, det vill säga pekar mot ett önskvärt sätt att tänka, och även mer personlig än de flesta andra metoder.
- Man arbetar mycket med negativa erfarenheter under barn-domsåren genom specifika tekniker, exempelvis ”imagery rescripting”.
- Vid SFT arbetar man också upplevelsebaserat som ett sätt att väcka emotioner och på det viset facilitera till emotionell förändring.
- SFT har associerats med signifikant förbättring i borderline-symtom, generell psykopatologi och generellt fungerande. Däremot har man inte sett effekter på depression, interperso-nellt eller socialt fungerande jämfört med ”Treatment as usual”. Det finns en hälsoekonomisk analys som visar att SFT kan vara kostnadseffektiv i jämförelse med TFP, men skillnaden var inte signifikant (29).

”Transference Focused Psychotherapy” (TFP)

Redan på 1930-talet beskrev psykoanalytiker en grupp patienter som sökte psykoanalys, som inte tedde sig psykotiska, men som inte heller gick att behandla med den psykoanalytiska metoden. Det kunde tvärtom bli värre. I den psykoanalytiska metoden är den fria associationen, öppenheten i samtalet och tolkningar av omedvetet material viktiga komponenter. När patienter med emotionell instabilitet, eller ”borderline cases” som de kallades, utsattes för denna behandling ökade ångesten och agerandet ökade (30). Det var också mycket vanligt att patienterna slutade komma till behandlingen.

Otto Kernberg tog konsekvenserna av detta och utvecklade en metod på psykodynamisk idégrund, men med ett starkt fokus på ramar omkring behandlingen och metoder att hantera händelser som hotade utsikterna att kunna fullfölja behandlingen (31, 32). I ”Transference Focused Psychotherapy” (TFP) lägger man stor vikt vid kontraktet, som en genomarbetad överenskommelse, ett avtal mellan terapeut och patient. Avvikelser från detta avtal innebär omförhandling och påminnelse om det avtal som man tillsammans har upprättat.

Stor vikt läggs också på relationen mellan patient och terapeut, särskilt gäller detta när negativa känslor gentemot terapeuten kan misstänkas. Genom att arbeta med en stege av interventioner, från utredande och klargörande (klarifiering), påvisande av motstridig information i det som patienten berättar (konfrontation) och tolkning av de processer som kan ligga bakom dessa motstridigheter, tänker sig Kernberg att man successivt ska få en mer sammanhängande bild av sig själv och minska behovet av utagerande (33). Behandlingen ges som regel två gånger per vecka, ofta tidsbegränsat till uppemot 2 år.

TFP har visat likvärdiga effekter med DBT och psykodynamisk stödterapi i en studie, och bättre resultat än sedvanlig behandling i en annan studie (34, 35).

TFP kan uppvisa reduktion i borderline-symtom, förbättring i psykosocialt fungerande och reflektiv förmåga jämfört med sedvanlig psykoterapeutisk behandling. Däremot har man inte sett skillnader i effekt med avseende på generell psykopatologi, depression, ångest, självskadande, suicidalt beteende eller hospitaliseringsgrad.

Nedan följer kortare beskrivningar av mindre omfattande behandlingsprogram.

Emotion Regulation Group Therapy (ERGT)

ERGT är en vidareutveckling av den DBT-modul som omfattar de delar som handlar om emotioner. Detta kombineras i ERGT med delar av ”Acceptance and Commitment Therapy” (ACT). Behandlingsprogrammet är cirka 3 månader långt och är tänkt att kunna kombineras med i princip vilka andra behandlingsinsatser som helst (36).

Manualen till ERGT finns översatt till svenska. Man börjar med

att titta på skälen för självskadande under merparten av behandlingen: känslors funktion (vecka 2), känslomässig medvetenhet (vecka 3-4), primära och sekundära känslor (vecka 5), kontrasten mellan "klara" och "grumliga" känslor (vecka 6), känslomässig kontroll och undvikande (vecka 7), känslomässig villighet och acceptans (vecka 8), känsloregleringsstrategier (vecka 9) och impuls kontroll (vecka 10). Man lägger stor vikt vid att diskutera acceptans av hur man fungerar och att man ändå försöker leva utifrån vissa värderingar, snarare än att sätta upp bestämda mål.

Behandlingen har visat sig fungera väl i randomiserade kontrollerade studier även vid uppföljning (37).

Manual-assisted cognitive therapy (MACT)

MACT är en korttidsterapeutisk KBT-intervention utvecklad för personer som självskadar sig. Behandlingen är således inte utvecklad enbart för patienter med borderline personlighetsyndrom. Behandlingen innefattar upp till 5 sessioner under 3 månader med möjlighet till 2 booster-sessioner inom en 6-månaders period. En bok finns utvecklad som stöd. Manualen innefattar utvärdering av självskadebeteende, krishantering, problemlösning, basala kognitiva färdigheter att hantera känslor och negativt tänkande samt återfallsprevention.

Man har inte kunnat visa övertygande effekter på självskadande och suicidala handlingar med MACT annat än i en liten studie (38). Man har inte heller sett effekter på andra borderline-symtom och de hälsoekonomiska effekterna är svåra att entydigt värdera (20, 39-41).

Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)

STEPPS är ett behandlingsprogram som innefattar 2-timmarssessioner under en 20-veckorsperiod. Insatsen baseras på KBT (42). Behandlingen riktar sig till familjemedlemmar och andra viktiga personer i syfte att ge stöd och förmedla färdigheter. Man syftar till att, i kombination med andra behandlingar, arbeta i tre steg:

1. ersätta felaktiga föreställningar om borderline personlighets- syndrom med en större medvetenhet om de tankar, känslor och beteenden som definierar tillståndet,
2. utveckla färdigheter för att uppnå bättre känslomässig reglering,
3. utveckla färdigheter med avseende på dysfunktionella beteenden.

STEPPS kan associeras med förbättrat generellt fungerande, när det används i en klinisk vardag, och en fördel ansågs vara att vårdpersonal kan lära sig metodiken relativt enkelt utan omfattande utbildningsinsatser (43). Några andra fördelar kunde man inte visa i de studier som har gjorts.

Framtiden

Behovet att bättre beskriva de specifikt verksamma delarna i de olika behandlingarna

Det finns i dag ett antal behandlingsmetoder som i studier visar lovande resultat. Det viktiga är att fortsätta att utvärdera dessa samt att göra så kallade dismantling-studier, där man tar bort och lägger till vissa komponenter i behandlingen under strikt kontrollerade former. På det viset kan man successivt vaska fram vilka insatser som har effekt för vilka patientgrupper.

Det är sannolikt så att det finns vissa gemensamma komponenter som är viktiga. I alla behandlingsmodeller betonas exempelvis betydelsen av en aktiv, närvarande terapeut som är relationsinriktad. Gruppmomentet förekommer vid flera av behandlingsmodellerna, liksom att man har en tydlig behandlingshierarki, där olika hot mot behandlingen definieras och adresseras genom olika tekniker i behandlingen.

Det är viktigt att utvärdera effekter av behandlingar, så att vi vet att det vi erbjuder är verksamt och inte heller skadligt samt vilka de verksamma beståndsdelarna är. Det finns egentligen inga studier som på något övertygande sätt har visat att det är den bakomliggande teorin som förklarar förbättring vid just den specifika behandlingsmetoden. En förbättrad mentalisering (reflektiv förmåga) har man som exempel sett vid "Transference Focused Psychotherapy" (TFP), vilket indikerar att en förbättrad mentaliseringsförmåga är en mer generell effekt av psykologisk behandling, snarare än en spe-

cifik aspekt av MBT (44). På samma sätt har man preliminärt funnit lovande resultat när man integrerar flera terapiformer (45). Det är en viktig uppgift som väntar forskningen i det att man behöver få en bättre förståelse för gemensamma interventioner, oavsett teoretisk utgångspunkt, och hur man förädlar dessa.

Behovet att breddinföra behandlingar och arbeta med "stepped-care"

Det är också viktigt att undersöka effekterna av dessa behandlingsprogram i den vanliga psykiatriska sjukvården. Det är en sak när de som konstruerat behandlingsprogrammet följer upp effekterna, en helt annan när man breddinför ett program. Utbildning och handledning måste vara så enkelt som möjligt. Någon form av stepped care-tänkande är också nödvändigt, inte minst med tanke på hur vanligt självskadande och borderline personlighetssyndrom är. Här är ERGT ett lovande behandlingsprogram med den tydliga psykopedagogiska form som programmet har, vilket gör det lätt att lära ut, men också att behandlingen trots sin korta behandlingstid har visat så lovande resultat. Detta utvecklas vidare i kapitel 10 "Värdorganisatoriska perspektiv".

Patienters egen medverkan i behandlingen

Det finns en stark utveckling mot att patienter själva tar en allt större del i utformningen av behandlingar. Inom detta fält finns redan en sådan tradition, men behovet att utforma behandlingsprogram, i samverkan och med ett starkt incitament till egenvård och återhämtning ("recovery"), kommer sannolikt att spela en stor roll under de närmaste åren både i fråga om att utforma själva behandlingssinnehållet och hur man tänker kring varje individuell patients medverkan i behandlingen, som en integrerad del av behandlingsteamet.

Psykologisk behandling i ett bredare sammanhang

Sammanfattningsvis finns anledning att vara optimistisk. Självskadande beteende är ett alarmerande beteende som väcker starka känslor både för den som själv skadar sig och för omgivningen. Alla de behandlingsmetoder som nämns ovan verkar kunna minska det självskadande beteendet, även om många andra svårigheter som sam-

manhänger med borderline personlighetssyndromet kvarstår efter behandlingsavslut. De flesta behandlingar har också effekt på andra riskbeteenden av olika slag, medan effekterna på social funktionsnivå i snart sagt alla avseenden är mycket begränsad. Patienterna fortsätter att må dåligt (8). Vissa punktinsatser kan behöva göras även efter en avslutad behandling, men det finns också starka skäl för att utveckla vården med dessa aspekter i fokus i form av samordnade insatser med kommun och primärvård, snarare än att utveckla särskilda psykoterapeutiska interventioner. Återigen blir här frågan om en ökad kompetens i att möta dessa patienter en viktig insats, inte bara inom specialistpsykiatrin utan även inom primärvård, kommun och i den akutsomatiska vården. Specialistpsykiatrin har här en viktig pedagogisk uppgift att fylla. Det görs med fördel tillsammans med egneverfarna brukare.

En annan viktig aspekt handlar om gränserna för vad medicinska/psykologiska insatser kan uppnå. Personlighetsrelaterade svårigheter medför ett illabefinnande och ett "livslidande" av mer existentiell art, där individen också har ett eget ansvar och uppgift att arbeta för att komma in i meningsfulla sammanhang och med stöd hitta strategier att hantera detta. Här finns paralleller till en del kroniska kroppsliga sjukdomar som innefattar en kronisk smärtproblematik. Trots intensiva insatser kan inte sjukvårdande behandling hjälpa till mer än till en viss gräns. Detta handlar om svåra avvägningar och ibland svåra medicinska prioriteringar – vem ska erbjudas en ofta tidsödande och dyrbar behandling och när ska man sätta punkt för vidare behandlande insatser? Riktlinjer kan vara till viss hjälp, men fungerande samverkan med involverade aktörer och fora att diskutera svåra ärenden med kollegor är mycket viktiga.

De stora utmaningarna vi står inför är vidare att utvärdera effekterna när dessa behandlingsmetoder förs ut i den vardagliga psykiatriska vården, utanför kontrollerade forskningsmiljöer, att utveckla strukturer för heldygnsvården för dessa patienter som minimerar tvångsinsatserna och övervakningen. Medskapande mellan professionen och patienter och närstående är sannolikt en av de viktigaste vägarna att gå (46).

Hur mycket behandling ska man ge eller delta i?

I det vardagliga arbetet är frågan om hur många behandlingar eller insatser man ska erbjuda mycket vanlig. Det är inte självklart att en patient som har erbjudits DBT och som hoppat av efter 6 månader omedelbart ska erbjudas en annan behandling eller en ny behandlingsperiod.

Det blir också en fråga om hur vi tänker om en jämlik fördelning av resurser – behandlingar av det slag som är aktuella vid personlighetssyndrom är både personalkrävande och relativt kostsamma.

Det finns därför skäl att noga överväga de olika aspekter som väger för eller mot ett nytt behandlingserbjudande:

1. Diagnostik och utredning – möjligheten att man ska omvärdera diagnostiken bör göras här precis som i all annan medicinsk vård. Eventuell samsjuklighet kan motivera att man inriktar behandlingen mot det samsjukliga tillståndet innan man tar ställning till en eventuell förnyad behandling riktad mot personlighetsyndromet. Differentialdiagnostiska överväganden kan vara väl motiverade utifrån tanken om diagnostik och utredning som en kontinuerlig process – ny information kan ha kommit fram under tidigare behandling som kan tala emot eller för nya behandlingsinsatser.
2. Patientens förväntningar och gemensam diskussion med patienten om hens tankar om vården – det är viktigt att en noggrann diagnostik och utredning föregår behandling, men det är också viktigt att tillsammans med patienten noggrant diskutera förväntningar, farhågor, risker och möjligheter med behandlingen samt tidpunkten för en viss insats. En och samma behandling kan vara fel insats vid en viss tidpunkt men en utmärkt insats ett halvår senare.
3. Klargörande av rollfördelningen mellan terapeut och patient – patientens inställning till sin egen roll i det terapeutiska arbetet är viktig, eftersom patientrollen är mycket krävande. En terapi kan inte fungera oberoende av patientens medverkan. Det är patienten som hjälper sig själv med hjälp av terapin.

Det kan finnas mycket goda skäl att erbjuda en patient att delta i ett andra behandlingsprogram, medan det kan finnas lika goda skäl att inte ge samma erbjudande till en annan patient. I möjligaste

mån är det givetvis av stort värde om patienten är delaktig i en sådan beslutsprocess.

Det handlar om att tydliggöra patientens egen del i behandling, något som i sig kan kräva några samtal, men också underlättas av någon form av psykopedagogiskt moment, med fördel i grupp. Psykopedagogiska insatser i sig saknar evidens vad gäller effekt på själva tillståndet, men det kan ändå ha ett stort värde som beslutsstöd för patienten och i förekommande fall även för närstående.

Det går alltså inte att rekommendera en entydig handlingslinje i denna fråga, men vissa överväganden kan man ändå göra utifrån ovanstående punkter. Innan man erbjuder en viss behandlingsinsats, särskilt om det är en andra eller tredje insats, bör man i beslutet väga in hälsoekonomiska aspekter och frågan om verksamheten erbjuder en jämlik vård som samtidigt prioriterar de svårast sjuka. Detta handlar framför allt om att den verksamhet som erbjuder insatser måste kunna erbjuda ett kvalitetssäkrat grundutbud till alla som söker vård och som bedöms vara i behov av någon form av behandling (se även kapitel 10 "Vårdorganisatoriska perspektiv"). Det är också viktigt att inte fastna i att se något av de strukturerade psykologiska behandlingsprogram som den enda insatsen som psykiatri kan erbjuda. Omvårdnad och psykosociala insatser kan vara av mycket stort värde för patienter.

Sammanfattande rekommendationer

Av de specifika behandlingar som är utvärderade så har dialektisk beteendeterapi det starkaste forskningsstödet, följt av mentaliseringsbaserad terapi, schemafokuserad terapi, "Transference Focused Psychotherapy" och STEPPS. Även "Emotional Relational Group Therapy", som är en relativt nyligen utvecklad metod, har visat lovande resultat.

Även om kunskapen är mycket begränsad, särskilt för andra personlighetssyndrom än borderline personlighetssyndrom, finns det skäl att vara optimistisk gällande psykologisk behandling och dessa behandlingsprogram kan rekommenderas.

Ett sedvanligt gott kliniskt omhändertagande är sannolikt tillräckligt för många av patienterna med personlighetssyndrom och bör innefatta följande karaktäristika:

- Den som behandlar bör ha erfarenhet att möta patienter med borderline personlighetssyndrom.
- Hållningen bör vara stödjande, det vill säga uppmuntrande, rådgivande och pedagogisk.
- Fokus bör ligga på att hjälpa patienten att klara livssituationer, inte på den terapeutiska relationen per se.
- Behandlingskontakten bör inte vara intensiv i frekvens.
- Det bör finnas en struktur för hur kriser av olika slag ska hanteras. Det är viktigt att patienten är delaktig i att definiera vad en kris är för just hen, eftersom variationen är enorm i detta avseende.
- Farmakologiska insatser är integrerade i den övriga vården och grupp- och familjeinterventioner av olika slag uppmuntras.

Även om många patienter förbättras avseende självskadebeteende och andra mer alarmerande symtom kvarstår för många ett illabefinnande och låg funktionsnivå. Detta gör att andra insatser och samverkan med kommun och primärvård är mycket viktigt.

Referenser

1. NHMRC, N.H.a.M.R.C. (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*, N.H.a.M.R. Council, Commonwealth of Australia: Melbourne.
2. NICE (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and Management*, N.I.f.H.C. Excellence, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
3. Bateman, A. W. Treating borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry*, 2012. 169(6): 560-3.
4. Gunderson, J. G., Links, P. S. & American Psychiatric Publishing. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. First edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. xii.
5. McMain, S. F. et al. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 2012. 169(6): 650-61.
6. McMain, S. F. et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 2009. 166(12): 1365-74.
7. Bateman, A. & Fonagy, P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 2009. 166(12): p. 1355-64.
8. Bateman, A. W., Gunderson, J. & Mulder, R. Treatment of personality disorder. *Lancet*, 2015. 385(9969): 735-43.
9. Stoffers, J. M. et al. *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. Cochrane Database Syst Rev, 2012. 8: p. Cdo05652.
10. NICE (2013). *Antisocial personality disorder: The NICE Guideline on treatment and prevention*. N.I.f.H.a.C. Excellence. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
11. Bamelis, L. L. et al. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 2014. 171(3): 305-22.
12. Lundh, L. G., Petersson, T. & Wolgast, M. The neglect of treatment-construct validity in psychotherapy research: a systematic review of comparative RCTs of psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *BMC Psychol*, 2016. 4(1): 44.
13. Gratz, K. L., Tull, M. T. & Levy, R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med*, 2014. 44(10): 2099-112.
14. Gibbon, S. et al. *Psychological interventions for antisocial personality disorder*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(6): p. Cdo07668.

15. Ginsberg, Y. & Lindefors, N. Methylphenidate treatment of adult male prison inmates with attention-deficit hyperactivity disorder: randomised double-blind placebo-controlled trial with open-label extension. *Br J Psychiatry*, 2012. 200(1): 68-73.
16. Simon, W. Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 2009. 13(2): 153-65.
17. Bohus, M. et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*, 2004. 42(5): 487-99.
18. Linehan, M. M. et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 1991. 48(12): 1060-4.
19. Verheul, R. et al. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *Br J Psychiatry*, 2003. 182: 135-40.
20. Brazier, J. et al. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2006. 10(35): iii, ix-xii, 1-117.
21. Bellino, S., Rinaldi, C. & Bogetto, F. Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry*, 2010. 55(2): 74-81.
22. Bellino, S. et al. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry*, 2006. 51(7): 453-60.
23. Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford medical publications. Oxford; New York: Oxford University Press. xxiv, 381.
24. Bateman, A. & Fonagy, P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(10): 1563-9.
25. Bateman, A. & Fonagy, P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 2009; 166: 1355-64.
26. Bateman, A. & Fonagy, P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry*, 2003. 160(1): 169-71.
27. Bateman, A. & Fonagy, P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 2008. 165(5): 631-8.
28. Giesen-Bloo, J. et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 2006. 63(6): 649-58.

29. van Asselt, A. D. et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry*, 2008. 192(6): 450-7.
30. Stern, A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanal Q.*, 1938. 7: 467-489.
31. Clarkin, J. F. et al. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Pers Disord*, 2001. 15(6): 487-95.
32. Kernberg, O. F. Suicidal behavior in borderline patients: diagnosis and psychotherapeutic considerations. *Am J Psychother*, 1993. 47(2): 245-54.
33. Clarkin, J. F. et al. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord*, 2004. 18(1): 52-72.
34. Clarkin, J. F. et al. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*, 2007. 164(6): 922-8.
35. Doering, S. et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 2010. 196(5): 389-95.
36. Gratz, K. L. & Gunderson, J. G. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther*, 2006. 37(1): 25-35.
37. Gratz, K. L., Tull, M. T. & Levy, R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med*, 2013: 1-14.
38. Weinberg, I. et al. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *J Pers Disord*, 2006. 20(5): 482-92.
39. Tyrer, P. et al. Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study. *J Pers Disord*, 2004. 18(1): 102-16.
40. Byford, S. et al. Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychol Med*, 2003. 33(6): 977-86.
41. Tyrer, P. et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med*, 2003. 33(6): 969-76.
42. Blum, N. et al. STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Compr Psychiatry*, 2002. 43(4): 301-10.

43. Hill, N., Geoghegan, M. & Shawe-Taylor, M. Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the multidisciplinary treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2016; 23: 347-56.
44. Levy, K.N. et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006. 74(6): 1027-1040.
45. Rivera, M. & Darke, J. L. Integrating empirically supported therapies for treating personality disorders: a synthesis of psychodynamic and cognitive-behavioral group treatments. *Int J Group Psychother*, 2012. 62(4): 500-29.
46. Stringer, B. et al. Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: a comparative multiple case study on processes and outcomes. *BMC Psychiatry*, 2011. 11: 102.

14. Omvårdnad

Sammanfattning

I klinisk verksamhet är det människan och hens olika behov som är i fokus för omvårdnad. Detta gäller särskilt när hen har uttalade svårigheter att själv tillgodose sina behov under perioder av ohälsa.

- Omvårdnadsprocessen innebär att man inventerar problem, bedömer behov och formulerar mål i en process tillsammans med patienten.
- Ett gott bemötande i termer av respekt, förståelse och bekräftelse är grundläggande för att kunna skapa en vårdrelation som håller för fortsatt omvårdnadsarbete.
- Att arbeta med omvårdnadsdiagnoser är ett sätt att systematisera omvårdnadsarbetet genom att avgränsa problemområden i mer hanterbara delar.
- Att arbeta hälsofrämjande, där man försöker hjälpa till att påverka den enskildes livsstil och beteende för att främja hälsa, är en viktig del i omvårdnaden. Kännetecknande är samarbete, dialog och delat beslutsfattande.
- Psykopedagogik, att dels ge patienter och deras familjer kunskap om psykisk ohälsa, dels träna psykosociala färdigheter som kommunikation och problemlösning, är viktiga redskap i omvårdnadsarbetet.
- Fokus på vårdrelationen, användandet av omvårdnadsdiagnoser, psykopedagogik och rutinmässig användning av kedjeanalyser

är gynnsamt i skapandet av tydliga arbetsätt inom heldygnsvården, vilket har en viktig funktion för patienter med personlighetsproblematik.

Emma

Emma hade just fyllt 18 år. Hon skulle flyttas över från BUP till vuxenpsykiatri efter att ha varit inlagd i drygt två år, vårdats enligt LPT och haft ”ständigt sällskap” de senaste tio månaderna. Bakgrunden till detta var tecken på borderline personlighetssyndrom med allvarligt självskadebeteende och ätstörning. Eftersom det handlade om problematik av en grad utöver det vanliga valde man på avdelningen inom vuxenpsykiatri, dit hon skulle komma, att göra omvårdnaden av Emma till ett särskilt projekt. För det första valde man att justera strukturen på omvårdnadsarbetet och arbeta i litet omvårdnadsteam omfattande fem personer i stället för de sedvanliga en till två kontaktpersonerna. På det sättet kunde man ha någon som var huvudansvarig för omvårdnaden av Emma i tjänst mest hela tiden (dag- och kvällstid). Personerna i omvårdnadsteamet fick själva söka sig till arbetsuppgiften utifrån principen att de såg det som en positiv utmaning, och därmed också ansågs ha lättare att etablera en hållbar vårdrelation till Emma, vilket var grunden för arbetet. För det andra bröt man med traditionen från BUP med ständigt sällskap. Emma skulle få börja med att ha ordinär tillsyn på avdelningen, detta för att processen inte skulle inledas med att visa misstroende kring att hon kunde och ville ta ansvar själv.

Omvårdnadsteamet fick särskild handledning, som hade tydliga inslag av fortbildning. Handledningen började några veckor innan Emma kom till avdelningen med en kort utbildning i kedjeanalys (se nedan). Avdelningsläkaren var med på omvårdnadshandledningen så ofta det gick, med syftet att förbättra ömsesidig förståelse och kommunikation. Omvårdnadsteamet introducerade kedjeanalysen för Emma så fort hon kom till avdelningen. Hon accepterade upplägget. Det man också gjorde var att ställa upp hypotesen att självskadebeteendet hos Emma skulle minska om man inte gjorde för stor affär av det. Att inte göra så stor affär av en självskada innebar i detta fall att man försökte anamma en icke-dömande attityd, av typen: ”Okej, nu får vi plåstra om det här, sedan gör vi en

kedjeanalys för att se varför det blev som det blev just nu.” Man såg också till att regelmässigt ägna tid åt Emma, oavsett hur hon mådde för stunden. Tanken bakom det var att om man bara får uppmärksamhet när man mår extra dåligt, eller extra bra för den delen, riskerar det att skapa föreställningar om att man måste vara på ett speciellt sätt för att bli uppmärksammas.

Tiden på avdelningen började med flera självskadetillfällen per dygn, vilket faktiskt var en ökning jämfört med den sista tiden på BUP. Detta gjorde att upplägget ifrågasattes av många, men omvårdnadsteamet framhärdade i att deras hypotes skulle prövas under minst två veckor, i vilket de hade avdelningsläkarens stöd. Efter två veckor kunde man konstatera att antalet självskador hade minskat dramatiskt. Man fortsatte därför att pröva hypotesen under ytterligare fyra veckor. Efter denna tid hade självskadorna i princip upphört, vilket i sin tur gjorde att Emma fick börja gå ut själv och hade kortare permissioner. I takt med att hon visade tecken på att må bättre fick hon också ökad frihet och ökat egenansvar.

Man började även titta på sådant som kunde öka livskvaliteten. Det visade sig att hon hade haft ett spirande hästintresse innan hon blev sjuk. Detta stimulerades genom besök på en ridklubb. I takt med att självskadebeteendet i form av skärande, rispande och bortpillage av sårskorpor minskade upplevde vårdlaget att problemen kring maten ökade. Här prövade man hypotesen att inte formulera det som ett problem utan i stället uppmärksamma det hon faktiskt åt på ett positivt sätt. Man tänkte sig att en tuff kontroll av ätandet och den kamp som följde skulle spä på problemen snarare än att minska dem. Detta skulle vara förhållningssättet så länge hon inte gick ner drastiskt i vikt. Även i detta fall visade det sig fungera – mindre fokus på maten minskade ätproblemen. Emma mådde allt bättre, hästintresset växte, hon tillbringade alltmer tid på ridklubben, där hon också knöt nya kontakter. Hon fick längre och längre permissioner hemma hos både mamma och pappa. Efter drygt tre månader kunde hon skrivas ut. Det systematiska och envisa arbete som hennes omvårdnadsteam lade ner bar uppenbart frukt. Förutom att de lyckades hitta strategier för det som var problematiskt, lyckades de även väcka Emmas hopp och intresse för livet utanför sjukhuset genom att arbeta med livskvaliteten.

Berättelsen ovan är fiktiv, men bygger på ett antal verkliga fall där man har provat särskilda omvårdnadsinsatser för personer med borderline personlighetssyndrom och allvarlig självskadeproblematik, vilket till exempel finns beskrivet i Perseus (2012) (1) och Krantz (2015) (2). Vi kommer att återknyta till dessa omvårdnadsinsatser längre fram i texten.

Vad är omvårdnad?

Omvårdnad kan beskrivas såväl som ett undervisningsämne, ett kunskaps- och forskningsområde som klinisk verksamhet. Både som akademiskt ämne och klinisk verksamhet har området utvecklats i relation till sjuksköterskans profession. Människa, hälsa–ohälsa och miljö är centrala begrepp i sammanhanget. Som klinisk verksamhet är det människan och hennes behov som är i fokus för omvårdnad, speciellt när personer har uttalade svårigheter att själva kunna tillgodose sina behov under perioder av ohälsa.

Bemötandet och vårdrelationen är grunden

Bemötandet har visat sig grundläggande för god vård inom alla områden av hälso- och sjukvården. Inom omvårdnadsforskning har man studerat olika aspekter av bemötande i intervjustudier. Inom personlighetsfältet är det främst personer med borderline personlighetssyndrom (BPS) som varit i fokus för sådana studier, se till exempel Perseus et al. 2005 (3). Grundläggande för ett gott bemötande av personer med BPS har utifrån ett patientperspektiv beskrivits i termer av; respekt, förståelse och bekräftelse. Det vill säga att bli sedd som människa, bli lyssnad till och få bekräftelse på sin utsatta situation, sina svårigheter och sitt lidande (3, 4). Ett gott bemötande i termer av respekt, förståelse och bekräftelse kan ses som grundläggande för att kunna skapa en vårdrelation som håller för fortsatt omvårdnadsarbete (se vidare kapitel 9 ”Mötet”).

Att minska lidande som övergripande mål för omvårdnad

Vid sidan av att fokusera behov kan ett fokus på patienters egenupplevda lidande ses som centralt i förhållande till omvårdnad. Kopplat till lidande kan man säga att det övergripande målet för omvårdnad är att hjälpa patienter att ta sig från ett outhärdligt lidande, i vilket individens egna resurser och strategier för att hantera lidandet inte är tillräckliga, till ett uthärdligt lidande. Det uthärdliga lidandet kännetecknas av att lidandet har lindrats till en nivå där individen mestadels själv har resurser och strategier för att hantera situationen. Om omvårdnaden har fungerat väl har den inte bara kunnat bidra till att minska lidandet utan också till att personen i fråga skaffat sig fler och förbättrade redskap i konsten att lida mindre (3, 5).

Det finns flera olika typer av lidande kopplat till ohälsa; dels sådant som genereras av ohälsotillståndet i sig självt (sjukdomslidande), dels så kallat existentiellt lidande som är kopplat till den totala situationen personen befinner sig i. God omvårdnad innebär att man som sjuksköterska och omvårdnadspersonal inte är främmande för någon form av lidande utan tvärtom aktivt och systematiskt, genom samtal med patient och närstående, försöker förstå lidandets dynamik. Att som sjuksköterska och omvårdnadspersonal bara finnas i patientens närhet kan i vissa situationer vara tillräckligt för att lindra lidande (5, 6). En tredje form av lidande är det så kallade vårdlidandet (jfr begreppet ”iatrogen”), vilket innebär att vården och vårdpersonalen genom ovarsamhet, bristande kunskap och professionalitet bidrar till att skapa lidande eller öka patientens lidande (5, 6). Till skillnad från andra former av lidande som kanske är oundvikligt och till och med kan bära på en potential till personlig utveckling, är vårdlidande onödigt och ett brott mot den etiska principen att inte skada.

Omvårdnadsdiagnoser – ett sätt att hitta fokus i omvårdnadsarbetet

Att arbeta med omvårdnadsdiagnoser betyder att man försöker systematisera omvårdnadsarbetet genom att avgränsa problemområden i mer hanterbara delar. Detta innebär att man identifierar och beskriver enskilda symtom, problem eller beteenden som ger

upphov till lidande och är hindrande för att uppnå mål eller tillfredsställa behov. Exempel på detta skulle kunna vara "misstänksamhet" hos en person med ett personlighetssyndrom av schizotyp eller paranoid art, eller att arbeta med "aggressivitet" hos en person med borderline- eller antisocialt personlighetssyndrom. Man har då skaffat sig tydligare fokus för sitt omvårdnadsarbete. I nästa steg söker man kunskap kring hur man kan arbeta med dessa specifika problem i form av omvårdnadsåtgärder.

Att söka litteratur på området tillsammans med patienten själv kan ge ytterligare genomslagskraft och gynnar delaktighet. NANDA International är en organisation som sedan mitten av 1980-talet har utvecklat standardiserade omvårdnadsdiagnoser kopplade till ett system av omvårdnadsåtgärder (*Nursing Intervention Classification, NIC*) och beskrivningar av önskvärda omvårdnadsutfall (*Nursing Outcome Classification, NOC*), som en hjälp i omvårdnadsarbetet. Dessa system gäller såväl somatiska som psykiska och sociala aspekter av ohälsa. Sedan 2011 finns en svensk version, *Omvårdnadsdiagnoser enligt NANDA – definitioner och klassifikationer*, som kom i ny upplaga 2015 (7).

Att organisera omvårdnadsarbetet

Ett av de vanligaste sätten att organisera omvårdnad inom psykiatrin är via en kontaktpersonsfunktion, där en eller två kontaktpersoner är primärt ansvariga för omvårdnaden av en enskild patient. Kontaktpersonsfunktionen inom omvårdnad har sitt ursprung i så kallad *primary nursing* som utvecklades vid University of Minnesota i slutet av 1960-talet. I *primary nursing* betonas personkontinuiteten och vårdrelationen mellan den primärt omvårdnadsansvariga personalen och patienten som centralt i omvårdnadsarbetet. Den primärt omvårdnadsansvariga samordnar idealt sett alla aspekter av patientens omvårdnad (8). Ett annat vanligt sätt att organisera omvårdnad är via ett vårdlag (*team nursing*), där ett team av omvårdnadspersonal ansvarar för omvårdnaden av ett bestämt antal patienter. Team nursing har sina rötter i 1950-talet. Modellen fick sedan under en period stå tillbaka för *primary nursing*, men har sedan slutet på 1990-talet blivit allt vanligare, ofta i olika kombinationer med *primary nursing*. Vårdrelationen är också viktig i *team nursing*, men inte lika central som i *primary nursing*. Organisationsmodel-

ler för omvårdnad där vårdrelationen står i fokus har visat sig öka patienternas tillfredsställelse med vården (9).

Ett sätt att organisera omvårdnaden som gynnar personkontinuitet gör också att man får förutsättningar att minska inslagen av situationsbetingad omvårdnad till förmån för planerad omvårdnad, som i sin tur tar sin utgångspunkt i på förhand inplanerade och strukturerade omvårdnadssamtal och omvårdnadsåtgärder. Vid allvarlig och komplex problematik, där till exempel borderline personlighetssyndrom är kombinerat med allvarlig självdestruktivitet, finns det som i den inledande berättelsen om Emma goda erfarenheter av att gå utanför den vanliga rutinen på en vårdavdelning och organisera vården med ett större antal kontaktpersoner (fyra till fem, i stället för en till två). Av dessa är alltid en i tjänst (åtminstone dag- och kvällstid) och har mandat att besluta om vilka omvårdnadsåtgärder som ska användas i olika situationer i förhållande till patienten i fråga. Dessa personer organiseras också i ett omvårdnadsteam som med fördel bör få särskild fortbildning och omvårdnadshandledning. Man gör helt enkelt den aktuella patienten till ett särskilt projekt på avdelningen och får därmed förutsättningar att förbättra kvaliteten på vården via omvårdnadsinsatser (1, 2). Detta kan låta resurskrävande, men i verksamheter där man provat har det visat sig att detta sätt att organisera arbetet mestadels låter sig göras inom ramen för ordinarie bemanning. Det blir mer en fråga om planering och logistik än om extra resurser.

För personer som får allvarliga funktionshinder till följd av sin psykiska ohälsa har man i öppenvårdscontext utvecklat *case-management* som en speciell och avancerad kontaktpersonsfunktion, vilken har till uppgift att samordna vård och stöd med patientens önskemål i fokus (10, 11). Även om case-management traditionellt sett varit kopplat till långvarig psykosproblematik finns det en inte oansenlig grupp av personer med personlighetssyndrom, vilkas funktionsnedsättningar gör att de rimligtvis skulle gynnas av att få en kontaktpersonsfunktion enligt case-management-modell.

Egenvårdsstöd och hälsofrämjande arbete kopplat till omvårdnad

Att stödja personer som lider av ohälsa i deras egenvård är en viktig uppgift i omvårdnaden. I forskningssammanhang finns det just inget beskrivet vad gäller egenvård och hälsofrämjande åtgärder specifikt för personer med personlighetssyndrom. Det som man alltid bör göra i sådana lägen är att falla tillbaka på sådant som är allmänmänskligt, allmänt hälsofrämjande och tillhör omvårdnadens grunder (12). Det som är hälsofrämjande allmänt sett, är sannolikt oftast hälsofrämjande också för personer med psykisk ohälsa inklusive dem med personlighetssyndrom.

I riktlinjer för hälso- och sjukvården betonas att alla människor, oavsett ålder, kön, etnisk och social bakgrund eller sexuell läggning, har rätt till god hälsa samt ska ha möjlighet att påverka sin egen hälsa i positiv riktning (13). I hälsofrämjande arbete försöker man hjälpa till att påverka den enskildes livsstil och beteende för att främja hälsa eller motverka sjukdom. De interventioner som används i hälsofrämjande arbete syftar till att personen ska öka sin medvetenhet, sitt kritiska tänkande och sin förmåga att finna nya strategier för att hantera sitt liv. Dessa kännetecknas av samarbete, dialog och delat beslutsfattande (14). Speciella klientcentrerade samtalsmetoder, som Motiverande intervention (MI), och pedagogiska gruppinterventioner, som Problembaserat lärande (PBL), är ofta knutna till ambitionen att arbeta hälsofrämjande (15, 16). Dessa kan ses som viktiga redskap i egenvårdsstöd och hälsofrämjande omvårdnad.

Man kan skönja tre olika fokus för hälsofrämjande arbete och egenvårdsstöd: 1) att ta hand om kroppen, till exempel i termer av kosthållning, samt att finna balans mellan aktivitet och vila och 2) att hantera stress samt 3) att göra sådant som stöder personens livskvalitet. Livskvalitetsperspektivet inriktar sig särskilt på patientens resurser, speciella begåvningar, intressen, drömmar och önskningar kring vad man själv vill med sitt liv. Sådant som skapar mening och ger tillfredsställelse. I det hälsofrämjande arbetet ingår också att fokusera sådant som är skadligt för hälsan, med droger av olika slag som typexempel (13). Empowerment är också allmänt hälsofrämjande och en bra modell för att stödja egenvård. Det innebär att alla människor, så långt det är möjligt, ska ges stöd att ta makten över

sitt eget liv och få möjligheter att utveckla strategier där de själva är drivande i att hantera sina livsproblem (17). Det fokus på patienters och klienters delaktighet som numera lyfts fram inom ramen för personcentrerad vård (se vidare kapitel 9 "Mötet") och även ny lagstiftning tar mycket av sin inspiration från tänkandet i empowerment (till exempel patientlagen).

Psykopedagogik, familje- och resursgruppsarbete som redskap i omvårdnaden

Omvårdnadsprocessen innebär att man inventerar problem, bedömer behov och formulerar mål i en process tillsammans med patienten. Psykopedagogik har fokus dels på att ge patienter och deras familjer kunskaper om psykisk ohälsa, dels på träning av psykosociala färdigheter, som kommunikation och problemlösning. Inom psykopedagogiken har man också utvecklat metodik för att arbeta strukturerat med till exempel målformulering och problemlösning som passar mycket väl som redskap i omvårdnadsarbetet (1, 18). Familjemedlemmar och personal från olika aktörer (psykiatri, social omsorg, försäkringskassa etcetera) ses som resurspersoner, vilka man försöker få att samarbeta i praktiken, organiserade i en resursgrupp med syfte att stödja patienten i att uppnå sina mål (18). Detta harmoniserar väl med den tradition av hälsostödjande familjesamtal och familjefokuserad omvårdnad som har utvecklats under de senaste femton åren inom omvårdnadsforskningen (19, 20, 21).

Omvårdnad inom psykiatrisk heldygnsvård

"Vakta och vänta" har historiskt sett varit en av de vanligaste omvårdnadsstrategierna inom psykiatrisk heldygnsvård, med vissa tidsperioder som undantag. Från slutet av 1960-talet fram till psykiatireformen 1995 var det i stället ofta miljöterapi, aktivitet och livskvalitetsstrategier som omhulldades (22). Vad man väntar på är inte alltid klart, men numera handlar det ofta om att medicinen ska verka. De miljöterapeutiska inslagen på avdelningarna har ofta rensats ut i takt med att psykiatrin från 1990-talet och framåt har subspecialiserats i en mer strikt medicinsk mening, vilket gjort att psykiatriska vårdavdelningar alltmer kommit att likna avdelningar inom somatisk vård. Samtidigt har man inom omvårdnadsforsk-

ningen i allt större utsträckning kommit att fokusera på den fysiska och psykosociala miljöns roll för främjandet av hälsa (23, 24). I Stockholms län har det sedan 2011 pågått en försöksverksamhet med sinnesstimulerande "lugna rum" inom psykiatrisk heldygnsvård. Uppföljning visar att konceptet verkar lovande, inte minst när det gäller att stödja egenvård och uppmuntra självreglering av känslor (25, 26). På flera håll i världen erbjuder man så kallade självvalda inläggningar för personer med borderline personlighetsyndrom. Inläggningarna sker som en omvårdnadsåtgärd vid hotande kris och i en anda av delat beslutsfattande mellan patient och sjuksköterska (27, 28). Försöksverksamhet på området har under de allra senaste åren påbörjats på ett par håll i landet. Den här typen av projekt kan på sikt komma att förändra synen på avdelningsmiljöer och omvårdnadsinnehåll i psykiatrisk heldygnsvård.

Det finns indikationer på att sjuksköterskorna inom psykiatrisk heldygnsvård blir alltmer upptagna av att fördjupa sig i dokumentation och administration i stället för i direkt patientarbete. I en forskningsöversikt belyses att sjuksköterskor inom psykiatri tillbringar mindre än hälften av sin arbetstid med patienterna till förmån för administrativt arbete (29). I andra studier beskrivs den genomsnittliga tiden som sjuksköterskor inom psykiatri använder till direkta aktiviteter med patienter att motsvara så lite som tio minuter per dag, vilket riskerar att påverka patienternas livskvalitet negativt (30). Nedan kommer några förslag kring vad man kan göra i omvårdnadsarbetet inom psykiatrisk heldygnsvård, som alternativ till att vakta och vänta.

Klinisk hypotesprövning

Klinisk hypotesprövning är väldigt mycket samma andas barn som omvårdnadsdiagnoser, det vill säga avgränsning och systematik. Det innebär att man har en idé kring hur man skulle kunna komma till rätta med ett avgränsat patientrelaterat problem och prövar den under en avgränsad tid. Man arbetar med en hypotes i taget under en bestämd tid, till exempel en vecka (1). En sådan hypotes skulle kunna vara att självskadebeteendet hos en viss patient med personlighetsyndrom av borderlinetyp kommer att minska om man inte gör för stor affär av det, utan i stället fokuserar på och interagerar kring

andra mer positiva saker. Märk väl att om detta fungerar så innebär det inte per automatik att självskadebeteendet handlar om att söka uppmärksamhet. Att bli sedd och uppmärksammad, även när man inte har skadat sig själv, kan i stället innebära att man minskar stress och ökar välbefinnandet så att självskadebeteendet inte längre behövs som hanterandestrategi i samma utsträckning. Fungerar det inte som man tänkt sig skaffar man sig en annan hypotes som man prövar. För att det här ska fungera väl inom psykiatrisk heldygnsvård behöver dock *hela arbetslaget* arbeta efter samma uttalade hypotes, vilket är en utmaning i sammanhanget (1).

Kedjeanalyser

Kedjeanalys eller händelseanalys (*behaviour chain analysis*) är en typ av problemanalys med ursprung i kognitiv beteendeterapi (31), men som med fördel kan användas i en omvårdnadskontext vid till exempel självskadebeteende, impulsivitet och aggressivitet hos personer med personlighetssyndrom (1). Efter varje sådan episod sätter man sig ned med patienten och går med hjälp av papper och penna mycket konkret och detaljerat igenom:

- vad som hände innan självskadetillfället
- vad man tänkte och kände kring detta
- vad som hände i kroppen stressfysiologiskt sett
- hur man kan tänkas vara extra sårbar just nu
- vad självskadande kan tänkas ha för kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser
- hur man skulle kunna ha gjort i stället (31).

På detta sätt kommer förhoppningsvis både personal och patient att förstå självskadeproblematikens dynamik bättre. Man provar det under en tidsperiod och följer upp om det har inneburit några förändringar av självskadebeteendet. I utbildnings- och handledningssituationer har personal inom heldygnsvård inte så sällan vittnat om en snabb och radikalt positiv effekt av att införa kedjeanalyser som ett slags standardmetod vid självskadebeteende. Det verkar som om kedjeanalyserna i vissa fall i sig själva har en hämmande effekt på självskadebeteendet. Bakgrunden till detta skulle kunna vara att

analyserna är krävande och tar tid. Att ta sig igenom dem gång på gång kan kanske uppfattas så enahanda och tjatigt att det stimulerar till eftertanke, minskad impulsivitet och aktiverar användandet av andra mer konstruktiva hanterandestrategier (1). Än så länge finns det en positiv klinisk erfarenhet av att arbeta på detta sätt men inget systematiskt forskningsstöd.

Fokus på vårdrelationen, användandet av omvårdnadsdiagnoser, psykopedagogik, klinisk hypotesprövning och rutinmässig användning av kedjeanalyser torde också vara gynnsamt i skapandet av ett tydligt arbetssätt inom heldygnsvården, vilket i sin tur har visat sig ha en viktig funktion för patienter med personlighetsproblematik (32).

Referenser

1. Perseius, K. I. (2012). *Att tämja en vulkan – om emotionell instabilitet och självskadebeteende*. Lund: Studentlitteratur.
2. Krantz, Å. (2015). *Särskilda omvårdnadsinsatser i psykiatrisk heldygnsvård för patient med allvarligt och komplext självskadebeteende. En intervjustudie kring vårdpersonalens erfarenheter*. Examensarbete i omvårdnad, avancerad nivå. Röda Korsets Högskola.
3. Perseius, K. I., Ekdahl, S., Åsberg, M. & Samuelsson, M. (2005). To tame a volcano: patients with Borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4): 160–168.
4. Perseius, K. I., Öjehagen, A., Ekdahl, S., Åsberg, M. & Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with Borderline personality disorder using dialectical behavioural therapy – the patients' and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5): 218–227.
5. Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
6. Lindholm, L. & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1354–1361.
7. North American Nursing Diagnosis Association (2014). *Omvårdnadsdiagnoser enligt NANDA – definitioner och klassifikationer 2012–2014*. Lund: Studentlitteratur.
8. Manthey, M., Ciske, K., Robertson, P. & Harris, I. (1970). Primary nursing: A return to the concept of "my nurse" and "my patient". *Nursing Forum* 9 (1): 65–84.
9. Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S. (1996). The impact of primary nursing on patient satisfaction. *Nursing Times*. 4(22):36–38
10. Falloon, I., Fadden, G., Borell, P., Kärräng, L., Ivarsson, B. & Malm, U. (1997). *Integrerad psykiatri*. Värnamo: Psykologia.

11. Brain, C. (red.) (2014). *Integrerad Psykiatri: Case management i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
12. Edberg, A. K. & Wjik, H. (2014). *Omvårdnadens grunder – hälsa och obälsa*. Lund: Studentlitteratur.
13. WHO. (1984). *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. Geneva: World Health Organization, WHO.
14. Svedberg, P., Jormfeldt, H. & Arvidsson, B. (2003). Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4): 448-456.
15. Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
16. Jansson I., Gunnarsson B., Björklund A., Brudin B. & Perseius K. I. (2014). Problem-Based Self-care Groups versus Cognitive Behavioural Therapy for Persons on Sick Leave Due to Common Mental Disorders: A Randomised Controlled Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1):127-140.
17. Crane-Ross, D., Lutz, W. J. & Roth, D. (2006). Consumer and case manager perspectives of service empowerment: relationship to mental health recovery. *Journal of Behavioral and Health Services Research*, 33(2): 142-155.
18. Berglund, N. & Borell, P. (2013). *Case management och resursgruppsarbete*. Värnamo: Psykologia.
19. Meiers, J. & Tomlinson, P. (2003). Family-nurse co-construction of meaning: a central phenomenon of family caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17: 193-201.
20. Wright, L. M. & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis.
21. Benzein E., Hagberg, M. & Saveman, B. I. (2008). Being appropriately unusual – a challenge for nurses in health promoting conversations with families. *Nursing Inquiry*, 15: 106-115.
22. Svedberg, G. (2002). *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård*. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri Karolinska Institutet (doctoral thesis).
23. Andrews, G. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy*, 4: 231-248.
24. Edvardsson, D., Sandman, P. O. & Rasmussen, B. (2005). Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19: 344-353.
25. Björkdahl, A. (2015). *Projekt Lugna Rummet 2011-2014*, slutrapport. Stockholms läns landsting.
26. Björkdahl, A., Perseius, K. I., Samuelsson, M. & Hedlund-Lindberg, M. (2016). Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, Feb 14. doi: 10.1111/inm.12205 [Epub ahead of print].

27. Helleman, M., Goossens, P. J., Kaasenbrood, A. & van Achterberg, T. (2014a). Evidence Base and Components of Brief Admission as an Intervention for Patients With Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature Perspectives. *Psychiatric Care*, 50: 65–75.
28. Helleman, M., Goossens, P. J., Kaasenbrood, A. & van Achterberg, T. (2014b). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23: 442–450.
29. Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A. & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatient wards: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 47: 909–917.
30. Megens, Y. & Van Meijel, B. (2006). Quality of life for long-stay patients of psychiatric hospitals: a literature study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13: 704–712.
31. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
32. National Institute for Mental Health in England (2003). *Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion*. www.nimhe.org.uk.

15. Psykosociala perspektiv

Sammanfattning

Personlighetsyndrom medför ofta försämrad psykosocial funktion.

- För att bedöma psykosocial funktion kan man använda olika skattningsskalor.
- Vill man göra en fördjupad bedömning av psykosocial funktion kan man ta hjälp av en arbetsterapeut eller socionom.
- En samordnad individuell plan (SIP) är viktig för samordning av insatser från exempelvis hälso- och sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa.
- Patientens syn på livskvalitet och återhämtning bör beaktas i allt psykosocialt behandlingsarbete.

Personlighetsyndrom medför försämrad psykosocial funktion, då personlighetsdragen leder till negativa konsekvenser i såväl mellanmänskliga relationer som i vardagliga aktiviteter. För att förstå ur vilka aspekter och i vilka roller som funktionen är påverkad bör man i första hand undersöka detta i samtal med patienten. Ta reda på i vilka roller som personen upplever funktionsnedsättning (dotter/son, partner, vän, arbetstagare etcetera) och i vilka aktiviteter. Undersök hur vederbörande värderar respektive roll, sina tillkortakommanden i rollen och vilken önskan om förändring personen har. Utöver samtal finns det specifika instrument för funktionsbedömning.

Instrument för att bedöma psykosocial funktion

När det gäller instrument för funktionsbedömning kan de övergripande delas in i generella (generiska) och specifika. Generiska instrument är tänkta att fungera oberoende av kontext, medan specifika instrument är utvecklade att fungera i en speciell kontext, till exempel att mäta funktion kopplad till ett visst ohälsotillstånd eller till att kartlägga ett specifikt funktionsområde som exempelvis personlig vård, relationer eller arbetsliv.

Det sannolikt mest använda instrumentet för att skatta psykosocial funktion i klinisk psykiatri är *Global Assessment of Functioning*, GAF. I DSM-IV var GAF nummer fem (V) bland de fem axlarna för multiaxial bedömning (1). I DSM-5 har det multiaxiala systemet övergivits och funktionsskattning med GAF ersatts av *World Health Organization's Disability Assessment Schedule*, WHODAS (2). WHODAS är ett generiskt bedömningsinstrument för hälsa och funktionshinder som fungerar över kulturgränser. Det är i sin tur baserat på den standardiserade, internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionsnedsättning och hälsa (*International Classification of Functioning, disability and health*, ICF) (3). Den täcker domänerna *kognition, förflyttning, personlig vård, relationer, dagliga aktiviteter och delaktighet i samhället*. Den senaste engelska versionen, WHODAS 2.0, har visat sig ha psykometriska egenskaper som gör den användbar för att mäta nivåer av hälsa och funktionsnedsättning på gruppnivå, såväl i den allmänna populationen som för att mäta effekter av interventioner i kliniska populationer. Den kan också användas som processinstrument för att spegla förändring över tid hos enskilda patienter (2). WHODAS finns i olika versioner, för att täcka olika behov när det gäller användning (självskattning, skattning via ombud och skattning via intervju). Den finns att ladda ner gratis från Socialstyrelsens hemsida (<http://www.socialstyrelsen.se>).

Andra instrument där funktion skattas brett som har visats fungera i klinisk psykiatri är *Sheehan Disability Scale*, SDS (4, 5) och *Camberwells Assessment of Need*, CAN (6), men där användandet är begränsat av konstruktör/förlag. Instrument som mäter psykosocial funktion liknar delvis instrument som mäter hälsorelaterad livskvalitet, till exempel SF36 (7) och EQ-5D (8), varför även dessa kan vara användbara.

Livskvalitet och återhämtning

I patientberättelsen om Emma, som inleder kapitlet om omvårdnad, kan vi se hur vårdlaget runt henne, förutom att de lyckades hitta strategier för det som var problematiskt, även lyckades väcka Emmas hopp och intresse för livet utanför sjukhuset genom att fokusera på livskvalitet. Därmed hjälpte de till att starta en återhämtningsprocess. Begreppet återhämtning (recovery) vid psykisk ohälsa har sitt ursprung i 1970-talets USA, då självhjälpsrörelsen, kopplad till rörelsen för mänskliga rättigheter, blev allt starkare. Självhjälpsrörelsen utmanade den psykiatriska vården i att intressera sig för människors livsomständigheter och engagera sig i deras egna önskemål och sociala och kulturella behov. Återhämtning kan beskrivas som en personlig, unik process, där man ändrar sina attityder, värderingar, mål, kompetenser och roller. Målet för återhämtning är att personer med ohälsa ska kunna leva ett tillfredsställande och rikt liv även med de begränsningar som ohälsan ger. Återhämtning har också beskrivits som en pågående process av tillväxt, upptäckt och förändring (9, 10). På grundval av en metaanalys har fem aspekter av återhämtning identifierats:

- Återhämtning som en utvecklingsprocess över tid, där man successivt tar makten över sitt eget liv.
- Motivation och stimulans att utvecklas.
- Kompetens att hantera sina symtom och sin miljö.
- Att skaffa ett socialt engagemang som innebär förändrad social status.
- Omgivningens resurser och engagemang (11).

Professionella resurser

Vill man fördjupa en funktionsbedömning kan professionella resurser som socionomer eller arbetsterapeuter bidra. De kan göra djuplodande bedömningar och initiera insatser inom de specifika områden som behöver utvecklas. Många stödinsatser kan vara kommunala, som stöd i boende och sysselsättning. Ett viktigt angreppssätt i sammanhanget är därför samverkan med kommunen. För att få en mer allsidig bedömning av en persons funktionsnedsättning kan socionomen göra en bedömning av personens hela sociala situation och hur funktionsnedsättningen påverkar perso-

nens livssituation. Socionomen kan utifrån bedömningen initiera och genomföra lämpliga insatser. Det kan vara psykosocialt stöd och behandling, information, rådgivning eller hänvisning. Arbetsterapeuten kan göra en bedömning av personens förmåga att klara av dagliga aktiviteter och initiera lämpliga insatser, till exempel att prova ut hjälpmedel, anpassa vardagsmiljön och stödja, instruera samt träna personen att klara aktiviteterna.

Då många av de aktuella stödinsatserna genomförs av kommunens socialtjänst är det nödvändigt att det finns en fungerande samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Personen kan också behöva insatser från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det är viktigt att de olika huvudmännens insatser genomförs så att de stödjer varandra. Därför behövs ofta en formaliserad samverkan exempelvis i form av samordnad individuell plan, SIP.

Rätten att få en SIP finns reglerad i både hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen. Alla som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten och dessutom behöver en plan för att behoven ska tillgodoses kan få en SIP (mer om SIP finns på www.socialstyrelsen.se och www.skl.se). I en SIP ska det ingå:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser kommunen eller landstinget ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
- vem av kommunen eller landstinget som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Samverkan i olika former samordnas inom psykiatrin med fördel av en socionom med kunskap om andra myndigheter och om lagstiftning.

För personer som får allvarliga funktionshinder till följd av psykisk ohälsa har man i öppenvården och socialtjänsten gemensamt utvecklat case-management (vård- och stödsamordning) som en speciell och avancerad kontaktpersonsfunktion, vilken har till uppgift att samordna vård och stöd med patientens önskemål i fokus (I2, I3). Även om case-management traditionellt sett varit kopplad till långvarig psykosproblematik finns det personer med personlighetssyndrom, vilkas funktionsnedsättningar gör att det erfarenhetsmässigt visat sig att de gynnas av att få en kontaktpersonsfunktion enligt *case-management*-modell.

Referenser

1. American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
2. World Health Organization (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.
3. World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
4. Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L. & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 27 (2): 93–105.
5. Hörberg, N., Kouros, I., Ekselius, L. & Ramklint, M. (2016). The Swedish version of the Sheehan Disability Scale – a valid and brief measure of functioning. *European Journal of Person Centered Healthcare*, 4(1): 1–7.
6. Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A. H., Knudsen, H. C., Vazquez-Barquero, J. L., Lasalvia, A., Padfield, S., White, I. R., & Griffiths, G. (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need – European Version. *British Journal of Psychiatry*, 177: 34–40.
7. Sullivan, M., Karlsson, J. & Ware, J. E. (1995). The Swedish SF-36 Health Survey: Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Science & Medicine*, 10: 1349–1358.
8. Brooks, R., Rabin, R., de Charro, F., (red.) (2003). *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
9. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11–23.
10. Stocks, M. L. (1995). In the eye of the beholder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19: 89–91.
11. Wilken, J. P. & Hollander, D. (2005). *Rehabilitation and recovery, a comprehensive approach*. Amsterdam: SWP Publishers.
12. Falloon, I., Fadden, G., Borell, P., Kärräng, L., Ivarsson, B. & Malm, U. (1997). *Integrerad psykiatri*. Värnamo: Psykologia.
13. Brain, C. (red.) (2014). *Integrerad Psykiatri: Case management i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

16. Vården som med- eller motkraft – patienters och närståendes perspektiv

Sammanfattning

- Det finns generellt sett mycket lite forskning kring patienters och närståendes upplevelser när det gäller personlighetssyndrom.
- Forskningen utifrån patientperspektiv kan delas in i upplevelser av själva tillståndet och upplevelser av möten med vården.
- När det gäller möten med vården beskriver patienter påfallande ofta upplevelser av att bli respektlöst bemötta.
- Närståendeupplevelser vid borderline personlighetssyndrom kännetecknas av att ständigt ”trippa omkring på tå” kring personen som är drabbad.
- I förhållande till vården beskriver närstående maktlöshet och utanförskap, man upplever att man inte räknas eller bjuds in till dialog.

Det finns generellt sett mycket lite forskning kring patienters och närståendes upplevelser när det gäller personlighetssyndrom. Ett undantag, där det faktiskt finns en del studier kring dessa upplevelser, är borderline personlighetssyndrom, kanske för att detta är ett tillstånd som ofta blir en utmaning i olika kliniska sammanhang. Texten nedan har vid sidan av referat från vetenskapliga publikationer kompletterats med upplevelser och reflexioner från en person med egen erfarenhet av att vårdas inom psykiatri.

Forskning kring patienters upplevelser

Upplevelser av tillståndet

Den egna beskrivningen av själva tillståndet rör sig kring ett antal teman som delvis anknuter till diagnoskriterier:

- att leva i ett kaos av känslor
- rädsla, ångest och extrem stresskänslighet
- tomhet, pessimism, mörker och nedstämdhet
- en ständig, stenhård kamp med sitt känsloliv
- självförakt och självhat
- skam över självskador och självmordsförsök
- skam över att leva med etiketten borderline
- ilska och sorg över att inte bli förstadd av sin omgivning och bli sedd som manipulativ och utspelande
- att dölja sitt lidande bakom en ”mask av normalitet” (1, 2, 3, 4).

Kärnan i problematiken, den känslomässiga instabiliteten, beskrivs av drabbade som att leva i ett kaos av känslor. Starka känslor som bubb- lar upp växlar snabbt och ofta oförutsägbart. Känslor som dominerar är rädsla och ångest. Dessutom beskrivs de som mycket svåra att få kontroll över (2, 3, 4). Några citat från patienter: ”Jag har känslotor- mar inom mig, arg, ledsen utan att egentligen veta varför ... det känns som om jag ska explodera.”, ”Jag får panik av alla känslor, en rädsla som sprider sig som en löpeld.”, ”Alla tror att vi skadar oss själva för att få uppmärksamhet, men det gör vi inte, vi skadar oss själva för det gör så förbannat ont.” (2). De drabbade beskriver också en annan form av lidande som kretsar kring deras mer eller mindre kroniska tomhetskänslor, vilka gränsar till och kan övergå i regelrätt depres- sion (1, 2, 3): ”Jag befinner mig i ett svart hål med slippriga väggar och någonting skrämmande och äckligt som krälar kring benen” (2).

Det är vanligt att psykisk ohälsa är förenat med låg självkänsla, men för dem som drabbats av borderline personlighetssyndrom be- skrivs problemen med självkänslan ofta som extrema och i termer av självförakt och självhat (1, 2). Självföraktet och självhatet be- skrivs också som kopplat till suicidalitet och självska- debeteende, där patienterna beskriver att de föraktar och hatar sig själva till den grad att de inte anser sig värda medmänsklighet och kärlek eller

emellanåt inte ens anser sig värda att leva. Suicidaliteten och självskadebeteendet ter sig dock komplext, där bakgrunden till ett enskilt självskadetillfälle eller suicidförsök är varierande. De vanligaste drivkrafterna beskrivs i termer av:

- att avleda inre smärta med yttre fysisk smärta
- självbestraffning
- att försöka fly från lidandet genom att överdosera medicin eller ta droger (utan någon intention att dö)
- att självskada för att avleda starka suicidtankar
- en stark önskan om att få dö (2).

Patienterna beskriver också hur de försöker dölja och hantera sitt lidande bakom en mask av normalitet. Inte minst beskriver man ”normalitetsmasken” som en omtanke mot sin omgivning, vilka de helst vill bespara att se deras lidande: ”Det är bara en mask som jag har använt för att dölja alla mina riktiga känslor. De gör så jävla ont. Jag ser glad ut för att andra velat se mig glad.”, ”Ni har aldrig sett mig, inte med mina känslor utan bara masken. Jag är tuff, men ganska liten och jävligt skraj” (2).

Upplevelser av möten med vården

Personer som har diagnosen borderline personlighetssyndrom gästtar frekvent olika delar av hälso- och sjukvården. Studier har till exempel visat att de besöker primärvården upp till fyra gånger så ofta som normalbefolkning (5). Bland patienter inom psykiatrisk öppenvård finns det studier som visar att 15–30 procent uppfyller kriterier för diagnosen (6), motsvarande siffra för psykiatrisk slutenvård har uppgivits vara 20–50 procent (6, 7). Inläggningar inom slutenvård är ofta förenade med självskadebeteende och suicidalitet samt samsjuklighet med framför allt ångestsyndrom (8).

Kvalitativa studier, där man intresserat sig för patienternas eget perspektiv, visar att personer med personlighetssyndrom påfallande ofta känner sig respektlöst bemötta av personal inom vården och att man inte känner sig lyssnad till. De upplever också i vissa fall att de blir stämplade som ”personlighetsstörda” eller ”borderline”, vilket uppfattas som stigmatiserande (2, 4, 9, 10): ”Jag blev diagnostiserad som personlighetsstörd ... och plötsligt kändes det som om jag slösade med deras tid” (11).

Forskning kring närstående

Om det finns lite forskning kring patientperspektivet när det gäller personlighetssyndrom så finns det än mindre forskning kring närståendeperspektivet. Precis som med patientperspektivet fokuserar de få studier som finns på borderline personlighetssyndrom och självskadebeteende. När det gäller närstående till personer med psykisk ohälsa allmänt sett vet man att deras förmåga att hantera svårigheter och skapa en ostressad hemmiljö är positivt för prognosen. Att hjälpa närstående att förbättra sina hanterandestrategier spelar därför en viktig roll för återhämtningsprocesser vid långvarig psykisk ohälsa (12, 13).

Under 1990-talet kom ett fåtal studier som pekade på positiva effekter av familjebehandling för personer med borderline personlighetssyndrom (14, 15). Studierna verkar dock inte ha uppmärksamats särskilt mycket i kliniska sammanhang. Mer uppmärksamhet har i stället andra böcker av skönlitterär karaktär fått. Det är anekdoter om nära förhållanden med personer som lider av borderline personlighetssyndrom. Dessa böcker är ofta sensationslystna och bär inte sällan titlar som använder det suggestiva begreppet ”farliga relationer”.

Det finns några få studier med fokus på närstående till personer med självskadebeteende, till exempel Rissanen m.fl. 2009 (16) och Lindgren m.fl. 2010 (17). I en behandlingskontext har man också inom till exempel dialektisk beteendeterapi (DBT) på senare tid alltmer börjat uppmärksamma närstående och deras situation. Här har man från början av 2000-talet lagt till ett särskilt program för närståendestöd som man kallar familjeband, vilket har utvärderats med positiva resultat i USA (18, 19). Resultaten talar för att man lyckas förbättra den kommunikativa kompetensen och minska konflikter och stressbelastning i familjen. I en studie som specifikt beskriver närståendeeupplevelser vid borderline personlighetssyndrom kännetecknas familjesituationen av att ständigt ”trippa omkring på tå” kring personen som är drabbad. Man är ständigt vaksam och varsam med vad man säger och gör, försöker vara väldigt försiktig för att personen i fråga bland dem inte ska få ett känsloutbrott av något slag. Hela situationen beskrivs som mycket stresskapande. Känslan av skam och skuld är också tydlig i beskrivningarna. Var det något som vi gjorde fel? Föräldrarollen beskrivs som en svår

balansgång mellan att försöka vara stödjande samtidigt som man försöker låta bli att ”leka terapeut”. I förhållande till den psykiatriska vården beskriver man en maktlöshet och ett utanförskap i det att man upplever att man inte räknas eller inte bjuds in till dialog (20).

Från patientperspektiv – Mikaelas berättelse

Hur vården kan framstå som både med- och motkraft exemplifieras nedan av en berättelse ur patientperspektiv. Mikaela Javinger är psykiatrikommunikatör, skribent och föreläsare och arbetar med bemötandefrågor och delaktighet främst inom psykiatrin.

Jag kom i kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten på grund av självskadebeteende, suicidförsök och psykosociala problem som trettonåring och vårdades under tonåren i både öppen- och slutenvård och på institutioner.

Efter att som vuxen ha fungerat hyfsat högfungerande på vissa områden och med stora svårigheter på andra, insjuknade jag som trettioåring i en djup depression. Under åren som följde vårdades jag i perioder på sjukhus både enligt HSL och LPT. Emotionellt instabil personlighetsstörning, recidiverande depressioner, hypomani, cyklotomi, rapid cycling och polymorf respektive cykloid psykos är några av de diagnoser jag fått, och slutligen bipolär sjukdom typ 2 och adhd. Efter flera år i behandling med dialektisk beteendeterapi (DBT) uppfyllde jag inte längre kriterierna för EIPS, men diagnosen återkom ändå i journaler.

Jag ser ingen enkel förklaring till min problematik och ingen teori har kunnat ge mig ett enskilt tillfredsställande svar på vad den beror på. Ett socialt och genetiskt arv, miljö, sårbarheter och olika händelser har samspelat och skapat det här trasslet som jag är, och boten är lika komplex och i tid skiftande som uppkomsten. Diagnoser har varit en hjälp till insikt, förklaring och behandling, men de ger inte särskilt mycket vägledning på resten av resan. De beskrivs helt olika beroende på vems glasögon man tittar med och polarisering mellan förklaringsmodeller kan skapa ytterligare problem att hantera sina svårigheter. Pusslet att förstå och hantera den verklighet man har består av väldigt många bitar.

Myter, fördomar och stigma kring emotionellt instabil personlighetsstörning

Jag är ambivalent till att berätta om borderlinediagnosen. Jag känner skam och obehag och samtidigt ilska: Varför ska jag inte kunna stå för något som är så vanligt, som ställt till det så för mig och som är förknippat med så mycket lidande? Varför ska jag inte våga berätta om den åkomma som många av världens patienter lider av och som fortfarande är förknippad med myter, felaktiga föreställningar och missförstånd?

Myterna som florerar kring EIPS återfinns hos både allmänheten och vården – även inom psykiatrin. Vi beskrivs inte sällan som utagerande, manipulativa, uppmärksamhetssökande, gränslösa och opålitliga. Ibland hör man att diagnosen kännetecknas av grälsjuka, effektsökande, tendens att splittra upp personal, dela upp människor i onda och goda och att hetsa upp sig över småsaker.

Nästan alla jag mött med EIPS är empatiska, rädda att sära, lyhörda för stämningar och allt annat än manipulativa – tvärtom är de ofta vanmäktiga och känslomässigt dysreglerade i stunder av lidande. Kraften i ögonblicket och de känslor man upplever kan vara så överväldigande och outhärdliga att just de färdigheter som krävs för att manipulera – strategiskt tänkande och förmåga att förutse och styra egna och andras handlingar – inte är möjliga. Att leva med EIPS handlar om intensivt smärtsamma känslor och svårigheter att reglera dem, impulsivitet och lättväckt ångest och det leder mer ofta till vanmakt än till förmåga att beräkna hur man ska agera för att få det man vill, och få det.

Självskadebeteende

Att man skadar sig för att få uppmärksamhet är en fördom. Den sortens förklaring framförs ofta på ett nedlåtande och förminsakande sätt. Man hör att om någon vill ha uppmärksamhet och därför skadar sig förstärks beteendet om man ger personen det. Att ignorera personen i samband med att den skadat sig är ett sätt att släcka ut beteendet. När har någonsin ignorans som bestraffning fungerat som ett sätt för en person att hitta nya verktyg?

Självskadande kan fylla många funktioner, se olika ut från individ till individ och från gång till gång. Det kan också se olika ut beroende på vilken diagnos man har.

Att väcka uppmärksamhet var inte skälet till att jag gjorde det. Tvärtom var det förknippat med stor skam och känsla av misslyckande och jag ville inte att någon skulle veta. Jag gjorde det för att minska outhärdlig ångest och ibland bryta dissociativa tillstånd. Det gav en renande känsla och var en självbestraffning, ett slags skuldreglering. Jag hittade inget annat sätt ut ur allt kaos och paradoxalt nog var det bitvis en konstruktiv lösning: det jag ville var att dö. Att skada mig i stället för att döda mig var en bättre lösning. Ibland ville jag både och. Kunskapen om att det inte finns någon automatisk koppling mellan självskadebeteende och emotionellt instabil personlighetsstörning (och vice versa) har gjort mycket nytta.

Det har förbättrat vården och attityder kring självskadebeteende, men det har inte minskat fördomarna och stigmat kring EIPS. Att lida av ett självskadebeteende är inte lika skamfyllt som förr, men EIPS vill man absolut inte förknippas med. Därför har den gruppen på sätt och vis lämnats ännu mer åt sitt öde i takt med att "enbart" självskadebeteende fått mindre negativ laddning. Det har blivit allt vanligare att personer i media berättar om att de haft ett självskadebeteende, men det är väldigt få med EIPS som gör det samma. Till skillnad från de flesta andra psykiatriska diagnoser har vi inte någon patientförening som driver våra frågor och trots att så många i slutenvården har diagnosen har vi väldigt få representanter i de inflytandeorgan som finns. Jag tror det beror på skam och att man lärt sig att om man berättar om diagnosen klassas man som omöjlig att samarbeta med av dem som inte vet bättre.

Majoriteten av dem som får diagnosen EIPS som unga uppfyller inte kriterierna femton år senare, men för många kvarstår problemen även om de tar sig andra uttryck med åren. Det är inte ovanligt att man senare får diagnoser som bipolär sjukdom och/eller adhd. Jag tror att de tre tillstånden är besläktade (vilket jag bland annat skriver om i min bok *Sänder på tusen kanaler – om borderline och dess nära samband med bipolär sjukdom och adhd*), men det finns även här en stigmaaspekt: att ha en bipolär sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är mindre negativt laddat än att ha en personlighetsstörning. Man möts helt enkelt med mindre misstänksamhet och bättre bemötande med en bipolär diagnos, av vilken typ det än är, än med borderline, trots att tillstånden kan överlappa varandra.

Bemötande

Att ha EIPS är för de flesta förknippat med känslor av värdelöshet och de kraftiga stämningsskiftningarna och det intensiva lidandet kan vara så smärtsamt att man inte står ut. Att då mötas av ett föraktfullt eller repressivt synsätt när man söker hjälp bekräftar bilden av att man inte förtjänar, eller kan klara att leva, och självhatet och ångesten växer.

Ett gott bemötande lindrar, lugnar och tröstar när det är som värst, och på ett djupare plan lär man sig om man möts av det att man förtjänar vänlighet och omsorg även om man inte är van att ge sig själv det.

Sårbarheten för att drabbas av överväldigande smärta, emotionellt lidande, svängningar och självmordstankar kanske finns kvar hela livet, men man är bättre rustad att ta hand om det om man lärt sig självvalidering och acceptans genom att bemötas så av andra.

Vad är ett gott bemötande?

Ett gott bemötande är för mig att bli bekräftad, sedd, respekterad och validerad. Det är en inställning som avspeglar sig i allting man gör, det handlar om hur man talar om och till varandra som människor, medarbetare och patienter, hur man tolkar någons beteende och hur man ser på någons svårigheter. Det handlar om medkänsla och att se varandra som individer, unika möten, snarare än profession och expertis där relationen är bortkopplad. Att få ett gott bemötande är förstås alltid viktigt i vården, men för personer med emotionell instabilitet i akut kris är det helt avgörande, och ett dåligt bemötande kan få katastrofala följder och på sikt bygga upp en nästan fobisk rädsla för att berätta hur man mår eller tro på att det finns hopp.

Ett möte som bygger på utforskande och ömsesidighet har bättre förutsättningar än ett som styrs av gränssättning, auktoritär eller allvetande stil och maktkamp.

Den som ska hjälpa bör ha en önskan om, och vänta på, att bli inbjuden i den andres värld för att försöka förstå dennes behov och mående, oavsett diagnos. Vårdaren behöver göra sig beredd att lyssna, vara närvarande och närma sig personens svårigheter med öppet sinne.

Vetskapen om att du kanske inte har lösningen på patientens problem kan vara smärtsam men nödvändig och lösningen kan faktiskt finnas i just det. Att erkänna att man ibland känner sig maktlös och inte vet vad man ska göra, men förmedla trygghet i att man vill ta reda på det tillsammans, är att bjuda in till kontakt. Så byggs en allians med förtroende, hopp och läkning.

Varför blir det fel?

Mina inläggningar har ofta varit traumatiska och jag tror en av anledningarna är kontrollförlust. Att bli fräntagen sin integritet, bestämmanderätt och förmåga att påverka är förfärligt, att inte ses som en kapabel person med intellektuell förmåga, även om man för stunden är i behov av vård, är förnedrande. Inte sällan är vården präglad av en tyst känsla av att man ska uppfostras och att gränssättning och regler är viktigare än själva mötet och vårdandet. Ingen annanstans ställs så höga krav på ett reglerat och " normalt " beteende än i slutenvården, trots att allt är annorlunda och inget är sig likt från andra delar i samhället. Personalen kan ha en auktoritär stil, samtidigt som man uppmuntras till delaktighet och ansvar över vård och återhämtning. Det går inte ihop. Man får ibland inte tillgång till den information man behöver för att fatta beslut, man kanske inte får komma och gå för att kunna klara de praktiska åtaganden där ute som man hade kunnat klara. Allt detta är begripligt: läkarna ska bedöma vilken skyddsgrad man behöver, missförstånd uppstår på grund av tidsbrist och bristande kontinuitet. Alla är stressade, det råder överbeläggning och kommunikationsmissar. Att patientens mående som fluktuerar gör förstås att det är svårt att göra bedömningar om till exempel suicidrisk.

När man blir inlagd är man rädd, förvirrad, panikslagen och mycket känslig för intryck. Kroppsspråk, tonfall och ansiktsuttryck tolkas mer hotfullt än när man mår bra och att känna sig trygg och förstådd är en förutsättning för tillfrisknande.

Ibland är kanske tvångsvård nödvändig, men vården ska ges så värdigt som möjligt och till synes små saker gör stor skillnad. Att tillgodose de önskemål som går att tillgodose blir ytterst viktigt.

Att till exempel knacka på dörren, presentera sig, se till att patienten får information om förseningar vid planerade läkarsamtal är viktigt. Man hade också kunnat låta fikavagnen stå framme så att

man själv kan välja när man vill fika, erbjuda olika aktiviteter, ha ett rum för arbetsterapi och erbjuda samtal. Även om ingen längre psykologisk behandling kan inledas i slutenvården har man behov av att tala, men ofta uppfattas slutenvård som förvaring, där behandling i princip består av medicinering och lite mänsklig kontakt.

Att mötas av personal som kränker eller ökar på ens självförakt genom en ofta omedveten nedvärderande och oförstående attityd kan trigga självmordsimpulser och göra vården till en fara snarare än ett skydd.

De åtgärder som tas till i yttersta nödfall – jag har både blivit bältdad och tvångsmedicinerad – har jag upplevt som ett misslyckande från vården. Jag tror de hade kunnat undvikas med en mer trygg och lyhörd personal. Hur sjuk jag än varit har jag inte varit medvetet provocerande, och den jag haft aggressioner mot har varit mig själv. Jag hade behövt fokusera på att ta hand om och trösta mig själv i stället för att utsättas för tvång och hårdhänthet.

Erfarenheter av ett dåligt bemötande från psykiatrin kan vara farligt och göra att man undviker att söka hjälp trots att man behöver det. För personer med EIPS är självmordsrisken hög och för vissa fortsätter den att vara det under perioder resten av livet. Det måste helt enkelt finnas någonstans att ta vägen när man är i störst nöd utan att man ska riskera att bli ytterligare traumatiserad.

Primära och sekundära känslor, reaktioner och motreaktioner

Min teori om varför kommunikationen kollapsar handlar om bristande insikt i hur intensivt och snabbt skiftande känslor påverkar. Om man kände igen och förstod de omedelbara, primära känslorna som uppstår, i stället för vad de förvandlas till när de avlöser varandra, skulle många missförstånd undvikas.

Man kanske är rädd, men uppfattas som arg. Man är förtvivlad, men uppfattas som sluten och avvisande. Man är full av självhat och skam, men uppfattas som vresig och inte samarbetsvillig.

Man kanske inte själv vet vilka signaler man sänder eller inte sänder ut, för att man är förvirrad och förtvivlad i sitt känsllokaos.

Om personalen förstod att grunden till ett beteende alltid är begriplig, även om de inte vet exakt vilka känslor som utlöst en situation, skulle missförstånden minska. En människa som är rädd behöver ett annat slags bemötande än när den är trygg. En ledsen människa trös-

tar man, men om situationen i stället eskalerar och det till exempel leder till bältning kommer man inte att lära sig reglera känslan sorg och den blir i stället förknippad med våld, adrenalin och fara.

Det kan också vara ett glapp mellan det som syns och det inre. Man kan uppfattas som samlad, verbal och korrekt, men vara uppluckrad, fragmenterad och suicidal och sedan plötsligt brister det och rinner över av vad som kan se ut som en bagatell. Att förstå att annat kan pågå än det som syns gör det lättare att begripa och reagera på det som är bakgrunden till ett beteende och att adressera problemet rätt.

Vad har varit hjälpsamt?

En nyckel för mig var att få ett språk för mina känslor. Att lära mig översätta dem till ord har skapat möjlighet till kommunikation som inte skrämmer eller stöter bort. Jag har förstått att jag måste minska det jag känner med ungefär tusen för att det ska bli begripligt för andra. Att säga att man vill ta livet av sig kan översättas till: "Jag har ångest, är orolig och ledsen. Jag vet att det kommer att gå över, men just nu är det hemskt." Omgivningen blir mer benägen att hjälpa och bete sig empatiskt när den förstår och kan sätta sig in i min situation. Det tar tid att lära sig, det är skrämmande för man blottar sig, men samtidigt öppnar det för bra möten och möjlighet att få stöd. I DBT har jag lärt mig mycket om att identifiera känslor, förstå deras funktion och sätta ord på dem. Jag har blivit mer förlåtande och förstående mot mig själv och andra genom att hitta ett "mildare" språk, ett inkluderande språk som inte skapar en skärm, även för starka känslor. Att även om man känner självhat och förakt, äckel eller hopplöshet inte använda de orden om sig själv så hårt och skoningslöst utan mer tala i termer av rädsla, ledsenhet, osäkerhet, vilket ju är känslor vi alla har och kan identifiera oss med.

Det har inte bara hjälpt mig att må bättre när det är som svårast utan även underlättat vardagen och relationer såväl i familjen som vardagslivet och arbetslivet. Jag har kunnat stötta andra genom att för mig själv "översätta" deras självmordshot eller självaggressioner med mer begripliga allmängiltiga känslor, och har också kunnat förstå en del om varför möten med vård och myndigheter från alla håll kan bli så tokigt om man bara bemöter det som sägs och inte det som kan ligga bakom.

Att genomgå DBT-behandling var den absolut bästa hjälpen för mig och jag tror inte att jag hade överlevt utan den. Det går inte att skilja ut exakt vad i behandlingen som hjälpte, alla bitar var viktiga, från relationen till min individualterapeut till samtalsstilen, färdighetsträningen i grupp och hur behandlarna bemötte oss.

Grundinställningen att patienterna gör så gott de kan, är motiverade och vill bli bättre, inte kan misslyckas i terapin och behöver lära sig färdigheter för att stå ut, tillsammans med konkreta verktyg och känslan av att teamet ställde hårda krav men visade vägen och alltid stod på vår sida, var oerhört betydelsefullt.

DBT var en viktig byggsten. Andra saker har varit en fungerande medicinering, bra psykiater, en lättillgänglig vård, en ekonomisk grundtrygghet via en trygghetsanställning, en boendestödare som jag byggt upp en bra relation till, medvetenhet om mina svårigheter och hur jag fungerar och acceptans.

Trots det faller jag ibland, men mindre hårt och länge och med mindre risk för mitt liv än förr. Självhatet har gått över och ersatts av sorg över mycket, men också ett slags ro. Dock är färdigheterna jag lärde mig i DBT en färskvara och jag måste arbeta hela tiden för att inte falla tillbaka i de känslor som skadar mig. Jag har blivit oerhört mycket bättre, men också lärt mig stänga in mycket och vant mig vid att vissa saker kan andra inte förstå. Att tänka på självmord som en utväg gör jag fortfarande, ofta som en tvångsmässig vana. När jag har depressioner som är en konkret risk i sammanhanget kan jag numera hantera det, tack vare det jag har lärt mig. Vänta ut det och jag har bestämt mig för att inte fatta några beslut om liv eller död när jag är sjuk eller i affekt. Ofta har den akuta krisen gått över när depressioner avklingat eller en händelse lagt sig.

Framtiden

Fler metoder och behandlingar, där vården är följsam och inställd på att lyssna, stötta och erbjuda hjälp i stället för att kräva patientens följsamhet och lydnad behövs.

Ett exempel är brukarstyrda inläggningar, där man som patient själv kan skriva in sig för en kort inläggning. Att anställa personer med egen erfarenhet på avdelningar kan också vara ett sätt att öka brukarinflytandet. Kontinuerlig handledning och fortbildning av alla i personalen är nödvändigt och att bara anställa personer med

personlig lämplighet och intresse för just den här patientgruppen. Ett kontinuerligt arbete med attityder och vilken kultur man förmedlar på en arbetsplats, avdelning eller i studier behövs. Språket färgar av sig på beteende och det som sägs i fikarum och expedition präglar själva mötet mellan patienter och vårdpersonal även utanför. Alla har ansvar för i vilken anda man bemöter patienter, vilket språkbruk man har och vilka kunskaper – tysta eller uttalade – man förmedlar.

Referenser

1. Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in Nursing and Health*, 22(4): 285–293.
2. Perseius, K. I., Ekdahl, S., Åsberg, M. & Samuelsson, M. (2005). To tame a volcano : patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19 (4): 160–168.
3. Holm, A. L., Berg, A. & Severinsson, E. (2009). Longing for reconciliation: a challenge for women with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(9): 560–568.
4. Spodenkiewicz, M., Speranza, M., Taïeb, O., Pham-Scottet, A., Corcos, M., & Révah-Levy, A. (2013). Living from day to day - qualitative study on borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(4): 282–289.
5. Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R. & Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162: 53–60.
6. Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42: 1015–1021.
7. Andersson, E. & Åsberg, M. (2000). *Inventering av patienter knutna till psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm, hösten 1999*, rapport.
8. Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R. & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54 (8): 1149–1154.
9. Rogers, B. & Dunne, E. (2013). A qualitative study on the use of the care programme approach with individuals with borderline personality disorder: a service user perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(10): 38–45.
10. Wehbe-Alamah, H. & Wolgamott, S. (2014). Uncovering the mask of borderline personality disorder: knowledge to empower primary care providers. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26(6): 292–300.

11. Rogers, B. & Dunne, E. (2011). "They told me I had this personality disorder ... all of a sudden I was wasting their time": personality disorder and the inpatient experience. *Journal of Mental Health*, 20(3): 226–233.
12. Orhagen, T. (1992). *Working with families in schizophrenic disorders: the practise of psychoeducational intervention*. Linköping: Department of Psychiatry, Faculty of Health Sciences, Linköpings universitet.
13. Hansson, K. & Hedenbro, M. (2001). *Familjebehandling på goda grunder – en forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia.
14. Villeneuve, C. & Roux, N. (1995). Family therapy and some personality disorders in adolescence. *Adolescence Psychiatry*, 20: 365–380.
15. Gunderson, J. G., Berkowitz, C. & Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients: a psycho-educational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61: 446–457.
16. Rissanen, M. L., Kylmä, J. & Laukkanen, L. (2009). Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (12): 1711–1721.
17. Lindgren, B. M., Åström, S. & Graneheim, U. H. (2010). Held to ransom: parents of self-harming adults describe their lived experience of professional care and caregivers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, doi: 10.3402/qhw.v5i3.5482.
18. Hoffman, P. D., Buteau, E., Fruzzetti, A. & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42: 469–478.
19. Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: an education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16 (1): 69–82.
20. Ekdahl, S., Idvall, E., Samuelsson, M. & Perseus, K. I. (2011). A life tiptoeing: being a significant other to persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (6): 69–76.

17. Våld och kriminalitet

FAKTARUTA 8. Sammanfattning:

- De allra flesta individer med personlighetssyndrom begår inte mer brott och utövar inte mer våld än andra.
- Risken för våld och kriminalitet är förhöjd hos personer med antisocialt personlighetssyndrom och vid personlighetssyndrom med samtidiga antisociala personlighetsdrag.
- Antisocialt personlighetssyndrom i sig är inte behandlingsbart.
- Psykosociala behandlingar baserade på kognitivt beteendeterapeutiska principer kan ha en riskreducerande effekt på specifika målsymtom.
- Läkemedel riktade mot aggressivitet vid personlighetssyndrom har mycket svag evidens.

FAKTARUTA 9. Rekommendationer:

- Bedömning av risk för våld bör genomföras vid utredning av personlighetssyndrom och omfatta en screening för våldsrisk.
- Risk för våld och kriminalitet vid personlighetssyndrom kan reduceras med behandling av:
 - behandlingsbara komponenter i personlighetssyndromet
 - substanssyndrom
 - psykosjuklighet
 - uppmärksamhetsstörning (adhd).
- Risk för våld och kriminalitet vid personlighetssyndrom kan reduceras med insatser för en riskreducerande social omgivning, det vill säga drogfritt boende, undvikande av kriminellt socialt umgänge och undvikande av närhet till potentiella våldsoffer.

- Läkemedel som minskar impuls kontroll och försämrade konfliktlösningsförmåga ska undvikas. Framför allt bör GABA-erga preparat som till exempel bensodiazepiner, zopiklon, pregabalin och gabapentin undvikas.
- Som behandlare behöver man vara uppmärksam på sina egna positiva eller negativa reaktioner på patientens attityder för att inte förledas till felaktiga beslut.

Inledning

Att leva med personlighetssyndrom innebär risk för många komplikationer som till exempel förhöjd risk för självskada och självmord, liksom missbruk och annan psykisk sjuklighet. Förutom den förhöjda risken för olika tillstånd och skador som drabbar individen själv så har personer med vissa personlighetssyndrom en förhöjd risk att utsätta personer i sin omgivning för skada. En nationell tvärsnittsstudie i Storbritannien, omfattande över 8 000 individer, jämförde självrapporterat fysiskt skadligt våldsbeteende mot andra personer under en femårsperiod med individernas psykiatriska diagnoser (1). För personer utan psykiatrisk diagnos var förekomsten av självrapporterade våldshändelser <2 procent. För personer med personlighetssyndrom var förekomsten 7 procent och för dem med antisocialt personlighetssyndrom 26 procent. Risken att ha begått våldshandlingar i denna studie var för personlighetssyndrom generellt förhöjd med 2,3 gånger den förväntade och för dem med antisocialt personlighetssyndrom förhöjd med 4,3 gånger.

Flera studier bekräftar dessa resultat. En systematisk översikt av studier, inkluderande en meta-regressionsanalys, visade liknande resultat (2). I denna översikt finner man att personer med personlighetssyndrom generellt har en 3 gånger förhöjd risk för våldshandlingar jämfört med normalpopulationen, särskilt uttalat för antisocialt personlighetssyndrom. I denna studie gjordes även en beräkning av *population attributable risk fraction*, det vill säga hur stor andel av våldshandlingar i den totala befolkningen som kan attribueras till personer med personlighetssyndrom. Studien kommer fram till att cirka 19 procent av alla våldshandlingar utövas av personer med personlighetssyndrom (2). I Sverige har man funnit att 63 procent av alla utdömda våldsbrott begås av 1 procent av befolkningen, med en överrepresentation av personlighetssyndrom (3).

Vissa personlighetssyndrom är kraftigt överrepresenterade i fängelsepopulationer. I en metaanalys av studier som sammantaget har kartlagt 23 000 personer intagna i fängelse finner man att 65 procent av alla män hade personlighetssyndrom, varav 47 procent antisocialt personlighetssyndrom (4). Motsvarande siffror för kvinnor var 42 procent, varav 21 procent antisocialt personlighetssyndrom. En liknande överrepresentation ses även i den svenska fängelsepopulationen. I en rapport från Kriminalvården i Sverige finner man bland långtidsdömda personer att närmare 50 procent har ett personlighetssyndrom, varav 30 procent antisocialt personlighetssyndrom (5). I denna undersökning finner man att det bland kvinnorna är vanligast med borderline personlighetssyndrom, närmare 20 procent. En nyligen publicerad svensk systematisk studie av representativt urval av villkorligt frigivna personer samt personer med skyddstillsyn visar att cirka 20 procent hade ett borderline personlighetssyndrom. Nästan alla av dessa hade samtidigt antisocialt personlighetssyndrom och dessutom hög frekvens av missbruk och uppmärksamhetsstörningar (6).

Samband mellan personlighetssyndrom och våld

De större epidemiologiska studier som citeras ovan (1–3) differentierar inte i någon större grad hur risken för våld skiljer sig mellan olika typer av personlighetssyndrom. Den hittills största populationsbaserade studien, *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), har i två omgångar intervjuat 34 653 individer. Utöver psykisk hälsa, missbruk, suicidalitet och våldshandlingar har man även analyserat relationen mellan specifika personlighetssyndrom och våld (7). I denna studie finner man att ett antal personlighetssyndrom innebär en förhöjd risk för våldsbenägenhet. Man har dock exkluderat personer med antisocialt personlighetssyndrom för att undvika cirkelbevis, eftersom de kriterier man använt för att klassificera våldsbenägenhet i huvudsak är hämtade från fenomen som beskriver det antisociala personlighetssyndromet (7). Detta gör att man får bedöma resultaten med viss försiktighet. Med denna analysstrategi kan man förvänta sig att de personlighetssyndrom som beskrivs med förhöjd våldsrisk i stor utsträckning har komorbida antisociala personlighetsdrag. De drag som förstärker risken för våld och kriminalitet tycks vara samtidig förekomst av antisociala personlighetsdrag och historik med uppförandestörning (8).

Faktorer som förstärker våldsrisk

Personlighetssyndrom är även starkt förknippade med ett antal axel I-störningar, till exempel psykosjukdomar och substansrelaterade störningar (1, 9).

Kombinationen av personlighetssyndrom och psykosjukdom förstärker våldsrisk avsevärt (8). I Sverige särbehandlas juridiskt ofta den kriminalitet som personer med kombinationen personlighetssyndrom och psykosjukdom döms för. De personer som begår brott med tillräckligt högt straffvärde under inflytande av så kallad allvarlig psykisk störning döms till rättspsykiatrisk vård enligt lag om rättspsykiatrisk vård (LRV), (SFS 1991:1129). Allvarlig psykisk störning är en juridisk term och omfattar huvudsakligen psykotiska syndrom. Andra diagnosgrupper inkluderas, till exempel svåra personlighetssyndrom med impulsgenombrott av psykoskaraktär och kan därför dömas till rättspsykiatrisk vård enligt samma lag. Bland de cirka 300 individer i Sverige som årligen döms till rättspsykiatrisk vård, i stället för fängelse, har en avsevärd andel utöver sin allvarliga psykiska störning även ett personlighetssyndrom (10).

Substansrelaterade syndrom är vanligt bland personer med personlighetssyndrom (1). Substansrelaterade syndrom medför i sig själv en ökad risk för våld och kriminalitet, både i allmän befolkning likväl som bland personer med tidigare kriminalitet. Bland individer med personlighetssyndrom i kombination med substansrelaterade syndrom ses i sig en kraftigt förhöjd våldsrisk (11, 12). Som ytterligare exempel på detta ses i en svensk studie att den grupp av personer, omfattande 1 procent av befolkningen, som begår 63 procent av alla utdömda våldsbrott karaktäriseras av kombinationen personlighetssyndrom och missbruk (3).

Specifika personlighetssyndroms samband med våld och kriminalitet

Antisocialt personlighetssyndrom och psykopati

Att man återfinner det antisociala personlighetssyndromet i hög omfattning i kriminalvårdspopulationer, och även en förhöjd risk att begå våldshandlingar, är inte förvånande. I kriterierna för diagnosen ingår fenomen som i sig själva är direkt kriminella eller driver kriminalitet, som till exempel normbrytande (exempelvis lagbry-

tande) beteende, bedräglighet och aggressivitet inkluderande fysiskt våld. Nära relaterat till det antisociala personlighetssyndromet är det psykopatiska personlighetssyndromet. Det psykopatiska personlighetssyndromet ingår inte i DSM-systemets kategoriseringar, men överlappar till stor del kriterierna för det antisociala personlighetssyndromet, vilket illustreras av att 30 procent av fängelseintagna med antisocialt personlighetssyndrom kan förväntas fylla kriterierna för psykopati (13). Begreppet psykopati utgår i dag huvudsakligen från Harvey Cleckleys numera klassiska beskrivningar och konceptualisering av begreppet psykopatisk personlighet (14). Psykopati är vanligt bland fängelseintagna och graden av psykopatisk personlighet är starkt kopplad till förhöjd risk att med våld skada andra (15). Robert Hare operationaliserade Cleckleys koncept och konstruerade därifrån ett strukturerat bedömningsverktyg, *Psychopathy Checklist*, PCL. PCL finns i flera reviderade versioner, PCL-R samt en kortare version PCL-SV, som båda fått en omfattande användning framför allt i kriminalvårdspopulationer. Den omfattande användningen av PCL-verktygen har över tid lett till en förskjutning av psykopatibegreppet, där fokus har hamnat mer på beteendenaspekter som impulsivitet, bristande ansvarstagande och antisociala drag än på de drag som Cleckley (14) betraktade som kärnaspekter, det vill säga brister i förmåga till empati och ånger. En senare ansats att fördjupa bedömningen av psykopati, och även få ett verktyg som bättre skulle kunna vägleda kliniker i behandlingsarbete, är verktyget *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality*, CAPP (16, 17). PCL-R är ett diagnostiskt instrument och inte ett instrument för bedömning av våldsrisk. Dock har PCL-R en relativt god förmåga att förutse återfall i allvarlig våldskriminalitet (15, 18).

Våldsriskerna vid psykopati förefaller huvudsakligen vara förknippade med de komponenter (så kallade facetter) i syndromet som beskrivs som antisociala eller livsstilsknutna, som till exempel parasiterande livsstil, impulsivitet, tidig debut av beteendeproblem och kriminalitet samt kriminell mångfald (versatility) (19, 20), det vill säga sådana aspekter av syndromet som tydligast sammanfaller med det antisociala personlighetssyndromet. PCL-R:s förmåga att predicera framtida våld minskas av både genetiska faktorer, som låg MAOA-aktivitet, liksom av ålder och alkoholkonsumtion (20). Antisocialt personlighetssyndrom liksom psykopati är, var för sig eller i kombination, förknippade med en hög vålds- och kriminalitetsrisk.

Borderline personlighetssyndrom

I diagnostiska kriterier för borderline personlighetssyndrom återfinns fenomen som instabila relationer, impulsivitet, affektiv instabilitet, intensiv ilska och problem att kontrollera ilska. Dessa fenomen är potentiellt en grund för en förhöjd risk för våld (21). Ett visst stöd för detta finns, då man funnit en förhöjd förekomst av personer med borderline personlighetssyndrom i fängelsepopulationer, framför allt kvinnliga (5, 22). Man har funnit att mängden symtom på borderline personlighetssyndrom inom en fängelsepopulation är högre bland dem som begått våldsbrott jämfört med övriga fängelseintagna (23). Man har även i en nyligen publicerad svensk studie funnit att män som står under skyddstillsyn eller nyligen frigivits från fängelse till en stor andel (19,8 procent) har borderline personlighetssyndrom, men nästan alla dessa personer hade samtidigt antisocialt personlighetssyndrom (6). I linje med detta fynd finner man i en studie av ett *community sample* att individer med kombinationen borderline personlighetssyndrom och antisocialt personlighetssyndrom har högre risk att dömas för våldsbrott (24). Däremot har man i befolkningsstudier utanför fängelsemiljöer inte kunnat verifiera att borderline personlighetssyndrom i sig skulle öka risken för våldshandlingar, när man kontrollerar för andra komorbida faktorer som samtidigt förekommande antisociala personlighetsdrag och psykopatiska drag (21). I stället påpekar man i denna metaanalys (21) att det troligen finns en mindre subgrupp av personer med borderline personlighetssyndrom som skulle vara mer våldsbenägna, men att syndromet i sig inte är relaterat till förhöjd förekomst av våld och kriminalitet.

Narcissistiskt personlighetssyndrom

Vid narcissistiska personlighetssyndrom har det diskuterats, liksom vid borderline personlighetssyndrom, att vissa av de fenomen som beskrivs i tidigare litteratur, som till exempel behovet att försvara sin överdrivna självkänsla, skulle driva aggressivitet (25). Visserligen har man i metaanalyser av ett större antal studier kunnat påvisa att vissa personlighetsdrag, som till exempel fientlighet, kan predisponera för aggressivt beteende. Men man kan inte se att de fenomen som beskrivs inom ramen för det narcissistiska personlighetsyndromet skulle bidra till våldsrisk (26). Det har inte heller kunnat påvisas i epidemiologiska studier, exempelvis NESARC (7), att det skulle föreligga en förhöjd våldsrisk.

Övriga personlighetssyndrom

Litteraturen om övriga specifika personlighetssyndroms relation till våldsrisk är ytterst begränsad. Ett par studier beskriver att personer med tidiga tecken på schizotypalt personlighetssyndrom i barn- och ungdomsåren har utsatts för psykisk traumatisering och trakasserier (27). Detta har framförts som argument för att vissa med detta syndrom i vuxen ålder kan bli reaktivt våldsamma mot andra personer (28). Trots dessa argument konstaterar en tidigare litteraturoversikt att det inte finns belägg för en förhöjd våldsrisk (29). Inte heller NESARC-studien (se ovan) (7) finner något samband mellan ett schizoid personlighetssyndrom och våld.

Bland övriga personlighetssyndrom finns inga studier som adresserar frågan om ökad våldsrisk vid specifika personlighetssyndrom. Dessutom, ett flertal av de övriga personlighetssyndromen har en symtombild som snarast är skyddande mot våldsrisk, som till exempel benägenhet att undvika kontakt med andra eller att personligheten präglas av ängslan för att ha kontakter med andra. I den mån övriga personlighetssyndrom kan förknippas med våldsrisk så förefaller våldsriskan vara knuten till samtidigt förekommande drag av antisocial personlighet (7, 28, 30).

Bedömning av risk för våld

Utvecklingen av strukturerade riskbedömningar

Att bedöma risken för att vårdsökande patienter ska begå våldshandlingar mot andra än sig själva har alltid varit en etiskt komplex fråga. När man inom psykiatriska verksamheter bedömer risken för självskada som mycket hög kan man vidta tvingande eller restriktiva åtgärder som syftar till att skydda patienten själv. När en patient bedöms utgöra en risk för andras säkerhet kan de eventuella restriktivt skyddande åtgärder man vidtar riskera att påverka patienten negativt utan att det gagnar patienten själv. Den etiska balansen blir därigenom komplicerad, det vill säga de skyddsåtgärder man vidtar gagnar andra men inte patienten.

Den etiska balansen mellan å ena sidan restriktiva åtgärder, till exempel fortsatt fängelsevistelse eller fortsatt intagning med tvång inom rättspsykiatri, och å andra sidan risken för skada på andra individer debatterades livligt i USA på 1970-talet. Det ifrågasat-

tes ur etisk synvinkel att psykiatrer och psykologer över huvud taget ägnade sig åt riskbedömningar. Frågan sattes på sin spets, då riskbedömningarna handlade om att avgöra om en psykiskt sjuk eller personlighetsstörd individ skulle fortsatt frihetsberövas eller inte av farlighets skäl (31), oavsett behandlingsbehovet. När man dessutom kunde visa att dåtidens riskbedömningar var jämförbara med att "singla slant" blev frågan ännu mer problematisk (32). Under 1980-talet utvecklades därför en hållning att avlägsna sig från de rättsosäkra och intuitiva professionella bedömningarna, utgående från den enskilde bedömande klinikerns individuella erfarenhet, till att riskbedömningar skulle vara rent empiriskt grundade. Detta ledde till utvecklingen av strukturerade och empiriskt grundade bedömningar, den så kallade andra generationen riskbedömningar (33). Det främsta exemplet på en sådan bedömningsmetod är *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (34). VRAG och liknande bedömningsmetoder utgår från empiriskt grundade korrelationer mellan historiska data om patienten och framtida allvarliga våldshandlingar. Den huvudsakliga kritiken mot detta sätt att närma sig riskbedömningar liknade delvis den tidigare kritiken. Hade en patient uppnått en viss risknivå kunde den inte förändras, eftersom det enbart var historiska data som bestämde hur stor chansen var för att en allvarlig händelse skulle inträffa. När dessa statistiska riskbedömningar tillämpades kunde personen bedömas som "farlig" utan att risken med behandling eller andra insatser utöver frihetsberövande över tid kunde omprövas. Som en reaktion på dessa statistiska riskbedömningar utvecklades den "tredje generationens" riskbedömningar. Dessa avser att inte enbart ta hänsyn till statistiska, det vill säga historiska och oföränderliga riskfaktorer, utan även till dynamiska riskfaktorer. Med dynamiska riskfaktorer avses sådana som varierar över tid och kan vara påverkbara, som till exempel psykostillstånd, missbruk och riskpåverkande insatser från behandlare och andra aktörer i samhället. En omfattande översikt av förutsättningarna för riskbedömningar av "farlighet" inom psykiatri publicerades av Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005 (35).

Den främsta representanten för den tredje generationen riskbedömningar utgörs av riskbedömningsinstrumentet *Historical, Clinical and Risk management 20* (HCR-20) (36). HCR-20 har blivit *gold standard* i framför allt fängelse- och rättspsykiatriska sam-

manhang. En välgjord riskbedömning med HCR-20, och i synnerhet dess tredje revision (HCR-20v3) (37), möjliggör förutom riskbedömning även en dynamisk planering med rehabilitering för patienten, se bilaga 1 för de item som HCR-20 innehåller.

Bedömning av risk för våld i allmän psykiatri

HCR-20 (36), med dess senare revision HCR-20v3 (37), är strukturerade verktyg för att inte enbart utvärdera patientens risk för framtida allvarliga våldshandlingar. Resultaten av dessa värderingar av en patient ger även en god grund för att kunna vidta rehabiliterande åtgärder som även kan gagna patienten. Instrumentet är arbetskrävande samt kräver speciell utbildning och kompetens. Detta begränsar användningen av HCR-20 till de kliniska situationer där man har resurser i form av tillräcklig tid för bedömning och tillgång till specialutbildade bedömare och behandlare, det vill säga framför allt rättspsykiatriska verksamheter. I många av de psykiatriska behandlingssammanhang man har utanför rättspsykiatrin, till exempel akutmottagningar och akuta vårdavdelningar, är HCR-20 svårt att använda. Inom akuta verksamheter har man i allmänhet inte den tid som krävs för att genomföra en sådan bedömning, beslut om åtgärder måste fattas innan man har kunnat genomföra riskbedömningen med HCR-20. Man måste även ta med i sammanhanget att de patienter som man möter i allmän psykiatri och akutpsykiatri inte har samma höga risk för framtida våldshandlingar som tidigare våldsutövande personer inom rättspsykiatri och fängelser. Bland akutsökande patienter vid en psykiatrisk akutmottagning var andelen individer som misstänktes för våldsbrott inom sex månader efter akut bedömning endast 3,7 procent (38), att jämföra med cirka 20 procent för en högriskgrupp bestående av tidigare dömda personer med kombinationen psykisk ohälsa och missbruk som inte sökt behandling (39, 40). Konsekvensen av detta är att även mycket goda riskbedömningar, av rent statistiska skäl, i de allmänpsykiatriska populationerna kommer att ha en hög andel av falskt positiva prediktioner. Detta innebär i sin tur att många av dem som bedöms som potentiellt farliga inte alls kommer att vara det (41). Den etiska konsekvensen av detta är att de åtgärder man ska sätta in vid förhöjd risk för våld mot andra i allmänpsykiatriska populationer måste anpassas till att inte vara oproportionerligt restriktiva.

För att möta kraven på en strukturerad riskbedömning i allmänpsykiatriska sammanhang har det norska instrumentet V-RISK-10 utvecklats och validerats (38, 42-44). Det utgår från den tredje generationens riskbedömningsverktyg. Det ger med sin screeningfunktion en bild, även för den relativt oerfarne kliniker, över vilka riskfaktorer man behöver ta hänsyn till i sin handläggning. Instrumentet är validerat på psykiatrisk akutmottagning (38), vid inläggning av patient på psykiatrisk akutavdelning (43) samt vid utskrivning från akutavdelning (44). Instrumentet är dessutom självinstruerande och kan användas av kliniker inom psykiatri utan omfattande specialutbildning (38), bilaga 2.

Behandling vid risk för våld vid personlighetssyndrom

Psykosociala behandlingar

Ett antal behandlingsprogram riktade mot aggressivt och våldsamt beteende finns. Dessa program är i allmänhet inte specifikt riktade till gruppen individer med personlighetssyndrom utan riktar sig oftast till personer inom kriminalvård och då oftast inte specifikt mot våldsriskerna utan mot kriminaliteten i sig. Eftersom allvarligt våldsutövande personer i hög utsträckning återfinns i kriminalvårdspopulationer är det relevant att nämna några av dem, eftersom personlighetssyndrom, framför allt det antisociala, utgör en så stor andel av kriminalvårdspopulationen (se till exempel Fazel & Danesh [4]).

Kognitiva beteendeterapeutiska metoder riktade mot kriminalitet

Kognitivt beteendeterapeutiska behandlingsmetoder betraktas som de mest framgångsrika i fråga om att reducera återkommande kriminalitet, framför allt hos personer med kriminell identifiering (45). Dessa behandlingsprogram baseras på antagandet att personer med återkommande kriminalitet, inklusive våldsutövande, har kognitiva förvrängningar och brister som leder till kriminellt tänkande, som till exempel självrtäffärdigande av egna handlingar, fel-tolkning av sociala signaler, brister i moraliska resonemang, mönster av dominansbeteende med mera. Exempel på specifika program är *Reasoning and Rehabilitation program*, *Moral Reconation Therapy*, *Anger Control Training* och *Moral Education*. I metaanalyser av denna typ av program ser man inga tydliga skillnader mellan program-

men utan snarare att de kognitivt beteendeterapeutiska principerna har effekt under förutsättning att programmen är väl implementerade med god programföljsamhet (45). I Sverige är utbudet av denna typ av program begränsat och har huvudsakligen erbjudits inom kriminalvård. Resultaten i Sverige har inte varit uppmuntrande. Kriminalvården gjorde nyligen en utvärdering av sitt eget program *Aggression Replacement Therapy* (ART) (46). Man fann att de klienter inom Kriminalvården som fullföljt programmet var mer kriminella jämfört med dem som inte fullföljt programmet (47). Troligen handlade de negativa resultaten om antingen bristande programtrohet eller att metoden tillämpats på fel klientgrupp, eftersom ART och andra kognitivt beteendeterapeutiska program i sig har evidens för att minska aggressivt beteende (45, 48, 49). Även om väl implementerade program baserade på kognitiv beteendeterapi förefaller ha en effekt på kriminalitet generellt, så förefaller dessa inte ha någon specifik effekt på våldsproblematik för personer med antisocialt personlighetssyndrom (50).

Behandling riktad mot antisocialitet i relation till våld och kriminalitet

Bland personer med personlighetssyndrom är det antisociala personlighetssyndromet, liksom förekomsten av antisociala drag hos personer med andra personlighetssyndrom de viktigaste prediktorerna för våldsbeteende och framtida antisocialitet. Tidiga interventioner för barn (upp till 10 års ålder) i form av att bland annat lära självkontroll har visat sig minska kriminalitet och andra problembeteenden under senare ungdomsår (51) och kan därigenom möjligen minska uttryck för antisocialt personlighetssyndrom senare i livet.

Dessvärre finns det ingen evidens för någon positiv effekt av behandling riktad mot antisocialiteten i sig, varken farmakologiska eller psykoterapeutiska (50, 52, 53). Detta har lett till en allmän behandlingss pessimism, framför allt vid hög grad av psykopati. Behandlingss pessimismen handlar troligen om att det i princip inte finns några som helst kontrollerade behandlingsstudier av psykopati, det vill säga om det skulle finnas effektiva behandlingsformer så finns det ingen evidens för dem (54). Däremot finns epidemiologiska data som talar för att det antisociala personlighetssyndromets

uttryck avtar med stigande ålder (55, 56). Flera uppföljningsstudier talar för att antisociala symtom hos individer med psykopati (57) eller antisocialt personlighetssyndrom förbättras spontant över tid från ungefär 35 års ålder (till exempel [58]). Framför allt förefaller impulsivitet och överträdande av normer minska, medan interpersonella aspekter som självupptagenhet, empatibrister och manipulativa drag förefaller vara oförändrade över tid (59).

Behandling av missbruk och annan komorbiditet

Även om de mest kriminogena dragen bland personlighetssyndromen, det vill säga de antisociala, i sig inte är behandlingsbara så förekommer ofta en komorbiditet med andra syndrom. Inom ramen för det ovan nämnda NESARC-projektet har man funnit att omfattningen av både våldsutövande mot andra liksom annat kränkingsbeteende (*major violation of others rights*) hos personer med antisocialt personlighetssyndrom över tid är relaterat även till andra faktorer, som samsjuklighet med substansrelaterade störningar, uppmärksamhetsstörning och samtidigt förekommande annat personlighetssyndrom, det vill säga samsjuklighet som i sig är behandlingsbar (60). Antagandet från denna studie är att behandling av komorbiditet, som missbruk, andra personlighetsstörningar och adhd skulle minska uttrycken för antisocialitet och kriminalitet och stöds av uppföljningsstudier av patientgrupper med hög förekomst av personlighetssyndrom, missbruk och kriminalitet (39, 61). Därför är det rimligt att fokusera behandling av personer med antisocialt personlighetssyndrom eller antisociala personlighetsdrag på behandlingsbara komorbida tillstånd, som missbruk, uppmärksamhetsstörningar och samtidigt förekommande annat personlighetsyndrom och att minska risken för våld och kriminalitet genom att verka för att dessa personer inte lever och vistas i instabila miljöer.

Vid behandling av personer med antisocialitet uppkommer ofta frågan om uppmärksamhetsstörningar. Inte sällan har patienten själv en övertygelse om att hen har detta. Inte sällan har även vård- och myndighetsgrannar den frågeställningen. Vid utredning av vuxna med uppmärksamhetsstörningar behöver man vara noggrann, inte bara med de testningar på aktuell uppmärksamhetsproblematik som utbildade psykologer bör genomföra. Man måste ha en tillförlitlig barndomsanamnes, eftersom uppmärksamhetsproblemati-

ken ska ha debuterat i barndomen. I detta sammanhang går det inte att endast förlita sig på den antisociala personens egen anamnes som inte sällan färgas av manipulerande omskrivningar för att erhålla centralstimulerande läkemedel. För att kunna säkerställa att uppmärksamhetsstörning föreligger måste man ha kollateral anamnes från föräldrar, skolpersonal, barnpsykiatri eller institutionsobservationer. I bedömningen är den viktigaste differentialdiagnostiska frågan att särskilja uppmärksamhetsproblem i barndomen från uppförandestörning. Uppförandestörning är en central och obligatorisk del i diagnostiken av det antisociala personlighetsyndromet. Om detta på grund av brist på information eller manipulerad information feltolkas som uppmärksamhetsstörning kan patienten få en felaktig behandling med centralstimulerande läkemedel som över tid ställer till med mer skada. Vid behandling av uppmärksamhetsproblem i denna population bör man vara uppmärksam på att centralstimulerande läkemedel kan vara attraktiva missbruksmedel. Läkemedelshantering måste därför vara noggrant övervakad för att förebygga läckage och försäljning. Preparatval bör fokusera på preparat med fördröjd utsöndring. Vid administreringen måste kontroll och uppmärksamhet riktas mot intag av andra beroendeframkallande substanser.

Substansrelaterade störningar av alla de slag är vanliga i populationer med antisocialitet och våldsrisk och måste identifieras, eftersom samtidigt missbruk ökar risken för våldsbeteende. I princip gäller samma behandlingsprinciper som vid behandling av substansrelaterade störningar i andra populationer. Här hänvisas till de omfattande och lättillgängliga behandlingsprogram som finns. Skillnaden i strategier är att i de antisociala populationerna utgör substansintag en av de viktigaste våldsriskhöjande faktorerna och måste därför hanteras oavsett patientens egen grad av motivation för förändring, eftersom andras personliga säkerhet kan äventyras. Ofta har dessa patienter en låg egen motivation att avstå från alkohol och droger, vilket gör det höggradigt motiverat att frekvent använda sig av drog- och alkoholkontroller med urinprover och disulfiram, som villkor för annan behandling eller som villkor i påföljder från domstol, för att minska risken för återfall i våld och kriminalitet.

Läkemedelsbehandlingar

Läkemedelsbehandling fokuserad på reduktion av återkommande aggressivitet inom ramen för personlighetssyndrom har en svag och ofta motstridig evidens. Läkemedelsbehandling bör betraktas som ett tillägg till annan behandling och andra socialt rehabiliterande åtgärder.

Läkemedelsstudier riktade mot aggressivitet har i allmänhet inte specifikt fokus på våld och kriminalitet vid personlighetsstörning. Det finns studier som indikerar att stämningsstabiliserande (liti-um) och vissa antiepileptiska läkemedel kan ha en ospecifik effekt på återkommande och impulsivt aggressivt beteende (62–65). Vissa atypiska neuroleptika, till exempel olanzapin, har visat sig ha ospecifika aggressivetsreducerande effekter (64–66). I gruppen antidepressiva läkemedel finns viss evidens för att SSRI-preparat kan ha effekt på impulsiv aggression eller aggressivitet som följd av affektiv instabilitet (64, 65, 67). Denna evidens har dock ifrågasatts, då andra studier har rapporterat förhöjd förekomst av allvarligt våld (68, 69).

Även om bensodiazepiner i akut psykiatri har en viktig plats för att minska akut agiterat beteende så är det kontraindicerat att använda bensodiazepiner vid återkommande aggressivitet vid personlighetssyndrom. I en systematisk översikt fann man att användning av bensodiazepiner över längre tid ökar risken för aggressivt beteende, i synnerhet vid personlighetssyndrom (70). Bensodiazepiner och opioider förefaller dessutom generellt öka risken för allvarligt våld (68, 71). Rimligen gäller detta även för andra läkemedel med bensodiazepinliknande effekter, det vill säga GABA-erga substanser som till exempel pregabalin, gabapentin, zopiklon med flera. Dessa läkemedel bör undvikas vid behandling av personer med personlighetssyndrom och samtidig impuls- och aggressionsproblematik.

Att möta och behandla personer med personlighetssyndrom och våldsrisk

När man inom psykiatrisk vård möter individer med personlighetssyndrom är det viktigt att ta ställning till våldsrisk. Detta görs bäst under ett utredande skede, där man bör inkludera anamnes om framför allt hot- och våldshistorik samt missbruk, gärna med ett enkelt screeningförfarande, till exempel V-RISK-10 (42), som bör inkludera kollateral information från närstående, annan sjukvård och kriminalvård. En viktig vattendelare i anamnesen är en historia av tidigt debuterande våld och kriminalitet, som i allmänhet är en indikator på antisocialitet. Bland personlighetssyndromen är det, som konstaterats ovan, personer med antisocialt personlighetssyndrom eller personer med antisociala eller psykopatiska drag i tillägg till ett annat personlighetssyndrom som har en förhöjd våldsrisk. Om screeningen med rimlig säkerhet resulterar i låg risk behöver man inte ta hänsyn till våldsrisk i sin fortsatta behandlingsplanering.

Om man däremot finner riskfaktorer av betydelse behöver man ta ställning till behandlingsinsatser som reducerar risken för att patienten ska utsätta andra för skada. Man bör vara medveten om att de personer som har en viss överrisk inte generellt ska betraktas som "farliga" om det inte är fråga om omfattande antisocialt personlighetssyndrom i kombination med andra våldsrisker, som till exempel missbruk, psykossjukdom, psykopati med mera. För de personer inom allmän psykiatri som har riskfaktorer av måttlig grad bör man därför planera riskreducerande åtgärder som inte är orimligt restriktiva till sin karaktär utan även har betydelse för en förbättrad livskvalitet för patienten. Förutom att erbjuda behandling för behandlingsbara komponenter i individens specifika personlighetssyndrom, till exempel emotionell instabilitet, behöver man identifiera behandlingsbar komorbiditet, som substansproblem och uppmärksamhetsstörning. Man måste även avstå från farmakologisk behandling som kan öka risken för framför allt impulsiva våldshandlingar. Man behöver ofta samarbeta med socialtjänsten om patienten inte själv har möjlighet att befinna sig i en social miljö som reducerar risken för aggressivitet, det vill säga arbeta för att patienten kan befinna sig i ett meningsfullt, drogfritt sammanhang och boende.

Den viktigaste insatsen är att avstå från behandlingar som ökar våldsriskerna och erbjuda behandlingar för komorbida tillstånd, det

vill säga framför allt uppmärksamhetsstörningar, psykosgenombrott och missbruk som försenar den spontana minskningen av uttrycken för antisocialitet. Att stävja missbruk är troligen den mest våldsriskreducerande åtgärd man kan vidta. Diagnostik och kontroll av missbruk för personer med hög våldsrisk är central.

I mötet inför bedömning och behandling av patienter med personlighetssyndrom med förhöjd risk för våld och kriminalitet behöver man vara medveten om att dessa personer ofta har olika grader av antisocialitet och psykopati. Det är viktigt att göra sig medveten om den påverkan som de psykopatiska symtomen har på behandlaren. Ofta finns olika grader av ytlig charm och manipulation, som får behandlaren att förledas att "följa med" i patientens ibland orimliga önskemål. När man är under direkt inflytande av patientens projektiva, charmerande och manipulativa beteenden i behandlingssituationen kan det vara mycket svårt att ta korrekta kliniska beslut. Samtidigt finns bland patienter med tillräckligt mycket av psykopatiska drag en potentiell aggressivitet som kan drabba behandlaren, inte bara som konkreta hot eller hotfulla uttalanden utan oftare som insinuanta kommentarer om behandlarens inkompetens och "ovilja" att hjälpa till. Inte sällan kan den ytliga charmen vara förledande och få behandlaren att följa patientens direkt eller indirekt uttryckta önskemål om att utverka omotiverade insatser i form av recept, sjukskrivning, intyg eller kontakt med andra vårdgivare, för att uppnå mål som inte är rehabiliterande utan i längden oftast leder till en förvärrad situation. Det förrädiska i dessa situationer är att man, så länge man "följer med" i patientens manipulerande personlighetspatologi, har en till synes "tacksam och följsam" patient som uttrycker sitt företroende och sin beundran för mig som behandlare. Om man däremot tar beslut som inte följer patientens antisociala agenda kan man ofta uppleva en missnöjd och ibland kränkande och hotfull patient. Sådana situationer kan vara mycket svåra att hantera i konsultationsrummet. Om man på förhand vet att man kan komma att leverera sådana beslut bör man förbereda konsultationen genom att till exempel inte vara ensam i rummet med patienten.

Ofta kan man efter en konsultation med en patient med antisociala och/eller psykopatiska drag, efter att i sin journal noterat den sakliga anamnesen, finna att historiken rent sakligt är helt annor-

lunda än den man själv har upplevt i behandlingsrummet. Därför kan det vara till hjälp att i sin verksamhet ha rutiner som ger tid för reflektion utanför behandlingsrummet, som till exempel: "Vi har en rutin som säger att vi inte kan skriva ut sådana läkemedel efter första konsultationen" eller: "Sjukskrivningar här görs endast efter att de diskuterats på 'behandlingskonferens' ". Denna typ av "regler" kan hjälpa läkaren som behandlare att få ett reflekterande utrymme efter konsultationen tillsammans med kollegor eller på annat sätt.

Denna hållning är lättare att upprätthålla i verksamheter som regelmässigt i sin målgrupp möter patienter med antisociala och psykopatiska personlighetsdrag, till exempel akuta psykiatriska verksamheter, beroendevård och rättspsykiatrisk vård. För allmänpsykiatriska mottagningar eller primärvård, där dessa patienter generellt sett utgör en minoritet av patientunderlaget, är det inte alltid rimligt att ha samma generella och strikta regler av den typ som nämnts ovan. I sådana verksamheter kan man omedvetet begå "fel" i fråga om vilka recept eller andra "förmåner" man bör ge. När man som läkare/behandlare i efterhand uppfattar vad som skett bör man försöka se sitt handlande som ett uttryck för att patientens personlighetssyndrom påverkat mig som behandlare. Och i stället för att själv uppleva ilska eller känsla av förnedring eller förnekelse som behandlare bör man hänvisa patienten till verksamheter som har mer systematisk erfarenhet av dessa typer av personlighetspatologi.

Arbete med personlighetssyndrom generellt är med varje patient ett långsiktigt projekt. För patienter med våld, kriminalitet och aggressivitet är långsiktigheten central, men svår att upprätthålla. Även om man inte kan förvänta sig att antisocialiteten till sin karaktär förändras av våra behandlingsinsatser så mildras uttrycken över tid. Man behöver ofta samarbeta med socialtjänst om patienten själv inte har möjlighet att befinna sig i en social miljö som reducerar risken för aggressivitet, det vill säga arbeta för att patienten kan befinna sig i ett meningsfullt, drogfritt sammanhang och boende utan att exponeras för droghandel eller potentiella våldsoffer. För patienter som har övervakning och skyddstillsyn behöver man ha ett samarbete med Frivården som kan erbjuda fokuserade behandlingsprogram vid missbruk eller våldsproblematik. Frivården kan även, för patienter som har föreskrift om behandling i sin dom, tvinga patienten att stanna kvar i utredning och behandling.

Uttrycken för personlighetsyndrom med antisocialitet berör oftast många behandlings- och samhällsområden. Därför behöver man lägga ned mycket tid och arbete på att koordinera och skapa en samsyn mellan de behandlare och myndigheter som är involverade. Samsynen måste omfatta vilka insatser som bör genomföras och av vem, till exempel utredningar, behandling, kontroll av drogintag med mera. Dessutom måste samsynen omfatta vilka åtgärder som är olämpliga, som exempelvis olämplig läkemedelsbehandling. Lika viktigt är att de olika parterna har en samsyn på personlighetsproblematikens betydelse i samspelet mellan behandlare och patient samt mellan olika behandlare, för att minska risken för att behandlingsinsatser går om intet på grund av manipulation. Med åtgärder av detta slag kan man minska risken för våld och kriminalitet (68).

Referenser

1. Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P. et al. Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *Brit J Psychiatry*. 2006; 189: 12–9.
2. Yu, R., Geddes, J. R., Fazel, S. Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *J Pers Disord*. 2012; 26(5): 775–92.
3. Falk, O., Wallinius, M., Lundstrom, S., Frisell, T., Anckarsater, H., Kerekes, N. The 1 % of the population accountable for 63 % of all violent crime convictions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49(4): 559–71.
4. Fazel, S., Danesh, J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet (London, England)*. 2002; 359(9306): 545–50.
5. Johansson, D., Dernevik, M., Johansson, P. (2010). *Långtidsdömda män och kvinnor i Sverige. Kriminalvårdens riksmottagningar 1997–2009*. Norrköping: Kriminalvårdens Utvecklingsenhet.
6. Wetterborg, D., Langstrom, N., Andersson, G., Enebrink, P. Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Compr Psychiatry*. 2015; 62: 63–70.
7. Harford, T. C., Yi, H. Y., Grant, B. F. Other- and self-directed forms of violence and their relationships to DSM-IV substance use and other psychiatric disorders in a national survey of adults. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(7): 731–9.
8. Volavka, J., Swanson, J. Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA*. 2010; 304(5): 563–4.

9. Samuels, J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011; 23(3): 223-33.
10. Sturup, J., Kristiansson, M. [Severe mental disorder—difficult forensic psychiatric evaluation. Differences between Swedes and immigrants and between women and men analyzed]. *Läkartidningen*. 2007; 104(22): 1702-6.
11. Grann, M., Danesh, J., Fazel, S. The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC psychiatry*. 2008; 8: 92.
12. Eronen, M., Angermeyer, M. C., Schulze, B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33 Suppl 1: 13-23.
13. Coid, J., Ullrich, S. Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Compr Psychiatry*. 2010; 51(4): 426-33.
14. Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity. An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*, 5th ed. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co.
15. Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., Thornton, D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behav Sci Law*. 2000; 18(5): 623-45.
16. Sorman, K., Edens, J. F., Smith, S. T., Svensson, O., Howner, K., Kristiansson, M. et al. Forensic mental health professionals' perceptions of psychopathy: a prototypicality analysis of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality in Sweden. *Law Hum Behav*. 2014; 38(5): 405-17.
17. Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D., Clark, D. A. Reconstructing psychopathy: clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *J Personality Disorder*. 2004; 18(4): 337-57.
18. Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
19. Olver, M. E., Wong, S. C. Short- and long-term recidivism prediction of the PCL-R and the effects of age: a 24-year follow-up. *Personal Disord*. 2015; 6(1): 97-105.
20. Tikkanen, R., Auvinen-Lintunen, L., Ducci, F., Sjöberg, R. L., Goldman, D., Tiihonen, J. et al. Psychopathy, PCL-R, and MAOA genotype as predictors of violent reconvictions. *Psychiatry Res*. 2011; 185(3): 382-6.
21. Allen, A., Links, P. S. Aggression in borderline personality disorder: evidence for increased risk and clinical predictors. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(1): 62-9.
22. Sansone, R. A., Sansone, L. A. Borderline personality and criminality. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009; 6(10): 16-20.
23. Raine, A. Features of borderline personality and violence. *J Clin Psychol*. 1993; 49(2): 277-81.
24. Howard, R. C., Huband, N., Duggan, C., Mannion, A. Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample. *J Pers Disord*. 2008; 22(6): 589-603.

25. Baumeister, R. F., Smart, L., Boden, J. M. Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychol Rev.* 1996; 103(1): 5-33.
26. Bettencourt, B. A., Talley, A., Benjamin, A. J., Valentine, J. Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2006; 132(5): 751-77.
27. Lentz, V., Robinson, J., Bolton, J. M. Childhood adversity, mental disorder comorbidity, and suicidal behavior in schizotypal personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2010; 198(11): 795-801.
28. Raine, A., Fung, A. L., Lam, B. Y. Peer victimization partially mediates the schizotypy-aggression relationship in children and adolescents. *Schizophr Bull.* 2011; 37(5): 937-45.
29. Loza, W., Hanna, S. Is schizoid personality a forerunner of homicidal or suicidal behavior?: a case study. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2006; 50(3): 338-43.
30. Rasmussen, K., Storsaeter, O., Levander, S. Personality disorders, psychopathy, and crime in a Norwegian prison population. *Int J Law Psychiatry.* 1999; 22(1): 91-7.
31. Steadman, H. J., Coccozza, J. J. (1974). *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance.* Lexington, MA, USA: Lexington Books.
32. Ennis, B. J., Litwack, T. R. Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. *California Law Review.* 1974; 62(3): 693-752.
33. Monahan, J. The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry.* 1984; 141(1): 10-5.
34. Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L. Violent recidivism of mentally disordered offenders. The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior.* 1993; 20: 315-35.
35. Grann, M. (2005). *Riskbedömningar inom psykiatrin. Kan våld i sambället förutsägas?* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
36. Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing the risk for violence.* Vancouver, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
37. Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence - User guide.* Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
38. Pollak, C., Holmén, C., Palmstierna, T. *Assessment of violence risk in the psychiatric emergency room by using the V-RISK-10 checklist.* Manuscript in preparation. Stockholm County Council, 2015: 11.
39. Gumpert, C. H., Winerdal, U., Grundtman, M., Berman, A. H., Kristiansson, M., Palmstierna, T. The Relationship Between Substance Abuse Treatment and Crime Relapse Among Individuals with Suspected Mental Disorder, Substance Abuse, and Antisocial Behavior: Findings from the MSAC Study. *Int J Forensic Mental Health.* 2010; 9(2): 82-92.

40. Palmstierna, T., Gumpert, C. Missbruksvård för kriminella med psykiska problem tycks minska risken för återfall i brott. *Läkartidningen*. 2010; 107(38): 1.
41. Palmstierna, T. Only about 1 in 30 predictions of assault by discharged psychiatric patients will be correct. *BMJ*. 1999; 319(7219): 1270.
42. Bjorkly, S., Hartvig, P., Heggen, F. A., Brauer, H., Moger, T. A. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry*. 2009; 24(6): 388-94.
43. Hartvig, P., Roaldset, J. O., Moger, T. A., Ostberg, B., Bjorkly, S. The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context. *Eur Psychiatry*. 2011; 26(2): 92-9.
44. Roaldset, J. O., Hartvig, P., Bjorkly, S. V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2011; 26(2): 85-91.
45. Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., Wilson, S. J. (2007). *Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders*. Oslo: The Campbell Collaboration.
46. Goldstein, A. P., Glick, B., Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
47. Danielsson, M., Fors, A., Freij, I. (2011). *Behandlingsprogrammet ART i Kriminalvården. Utvärdering av återfall i brott 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvårdens Utvecklingsenhet.
48. Hatcher, R. M., Palmer, E. J., McGuire, J., Hounscome, J. C., Bilby, C. A. L., Hollin, C. R. Aggression replacement training with adult male offenders within community settings: a reconviction analysis. *J Forensic Psychiatry Psychol*. 2008; 19(4): 517-32.
49. Hornsveld, R. H., Kraaiaam, F. W., Muris, P., Zwets, A. J., Kanters, T. Aggression replacement training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. *J Interpersonal Violence*. 2015; 30(18): 3174-91.
50. Davidson, K. M., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I. et al. Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2009; 39(4): 569-77.
51. Piquero, A. R., Jennings, W. G., Farrington, D. P. (2010). *Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviors*. Oslo: The Campbell Collaboration.
52. Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Vollm, B. A., Ferriter, M. et al. *Psychological interventions for antisocial personality disorder. The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(6): Cdo07668.
53. Bateman, A. W., Gunderson, J., Mulder, R. Treatment of personality disorder. *Lancet (London, England)*. 2015; 385(9969): 735-43.
54. Hart, S. D. *Treatment of psychopathy. The way forward*. 2nd Bergen conference on the treatment of psychopathy. Bergen, Norway, 2011.

55. Swanson, M. C., Bland, R. C., Newman, S. C. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Antisocial personality disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994; 376: 63-70.
56. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994; 51(1): 8-19.
57. Maddocks, P. D. A five year follow-up of untreated psychopaths. *Brit J Psychiatry.* 1970; 116(534): 511-5.
58. Black, D. W., Baumgard, C. H., Bell, S. E. A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry.* 1995; 36(2): 130-40.
59. Gutierrez, F., Vall, G., Peri, J. M., Bailles, E., Ferraz, L., Garriz, M. et al. Personality disorder features through the life course. *J Pers Disord.* 2012; 26(5): 763-74.
60. Goldstein, R. B., Grant, B. F. Three-year follow-up of syndromal antisocial behavior in adults: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2009; 70(9): 1237-49.
61. Durbeej, N., Palmstierna, T., Rosendahl, I., Berman, A. H., Kristiansson, M., Gumpert, C. H. Mental Health Services and Public Safety: Substance Abuse Outpatient Visits Were Associated with Reduced Crime Rates in a Swedish Cohort. *Plos One.* 2015; 10(9): 17.
62. Jones, R. M., Arlidge, J., Gillham, R., Reagu, S., van den Bree, M., Taylor, P. J. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Brit J Psychiatry.* 2011; 198(2): 93-8.
63. Huband, N., Ferriter, M., Nathan, R., Jones, H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2010(2): Cdo03499.
64. Latalova, K., Prasko, J. Aggression in borderline personality disorder. *Psychiatr Quart.* 2010; 81(3): 239-51.
65. Goedhard, L. E., Stolker, J. J., Heerdink, E. R., Nijman, H. L., Olivier, B., Egberts, T. C. Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67(7): 1013-24.
66. Citrome, L., Volavka, J. The psychopharmacology of violence: making sensible decisions. *CNS Spectr.* 2014; 19(5): 411-8.
67. Volavka, J., Citrome, L., Huertas, D. Update on the biological treatment of aggression. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006; 34(2): 123-35.
68. Tiihonen, J., Lehti, M., Aaltonen, M., Kivivuori, J., Kautiainen, H., L. J. V. et al. Psychotropic drugs and homicide: A prospective cohort study from Finland. *World Psychiatry.* 2015; 14(2): 245-7.

69. Molero, Y., Lichtenstein, P., Zetterqvist, J., Gumpert, C. H., Fazel, S. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Violent Crime: A Cohort Study. *PLoS medicine*. 2015; 12(9): e1001875.
70. Albrecht, B., Staiger, P. K., Hall, K., Miller, P., Best, D., Lubman, D. I. Benzodiazepine use and aggressive behaviour: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48(12): 1096-114.
71. Lundholm, L., Haggard, U., Moller, J., Hallqvist, J., Thiblin, I. The triggering effect of alcohol and illicit drugs on violent crime in a remand prison population: a case crossover study. *Drug Alc Dependancy*. 2013; 129(1-2): 110-5.
72. HCR-20. *Bedömning av risk för framtida våld. Manual med instruktioner och kommentarer*. Sundsvall: Rättspsykiatriska kliniken, Landstinget Västernorrland, 2003.

18. De fyra berättelserna – riktlinjerna i praktiken

Joakim

Kort sammanfattning av patientberättelsen

Joakim läste filosofi vid högskolan och hade svårigheter att klara studierna. Han hade under uppväxten varit ett ensamt barn som undvikit sociala sammanhang. Som vuxen var han fortfarande ensam och beskrev uppenbara svårigheter att anpassa sig i sociala sammanhang.

Kliniska intryck och diagnostiska hypoteser

Klinisk signifikans. Det första mötet med Joakim resulterade i ganska många frågetecken beträffande problemens art och svårighetsgrad. Har Joakim en kliniskt signifikant problematik som motiverar en fortsatt kontakt eller är hans svårigheter snarare normalförväntade hos en person med en ganska excentrisk läggning?

Symtombilden är oklar. Joakim tycker inte att han har vare sig ångestsymtom eller symtom på depression. Det stämmer också med den bild som psykiatern får under samtalet. Däremot blir psykiatern fundersam när Joakim säger att han kan påverka vädret med sin tankekraft. Joakim svarar undanlidande och diffust när han blir ombedd att förklara hur det går till att påverka vädret med tankarna. Hans resonemang i övrigt är väsentligen adekvata, om än excentriska. Psykiatern noterar ändå en viss vaghet, liksom att Joakim förefaller avvaktande i samtalet. Kanske maskerar han psykotiska symtom, till exempel rösthallucinos?

Funktionsförmågan verkar vara nedsatt. Joakims presenterade problem är svårigheter att klara av studierna. Förklaringsvärdet av en diagnostiserbar psykiatrisk problematik kan emellertid variera mycket. Andra faktorer kan ha väl så stor betydelse som förklaring till funktionssvårigheter av det här slaget. Vid bedömning av funktionsförmåga ska inte bara art och grad av psykisk sjuklighet beaktas utan även personens aktuella livssituation och de faktiska brister, missförhållanden eller problem som kan föreligga där. Det kan också vara så att personen av olika skäl har hamnat i ett sammanhang där hen inte passar in och att hen skulle fungera mycket bättre i en annan kontext. Bristande motivation kan också vara en betydelsefull förklaring till låg funktionsförmåga. Beror kort sagt problemen på att patienten inte kan eller på att hen inte vill göra det som förväntas? Att föra en dialog kring temat motivation kan dessutom vara ett bra sätt att öppna resonemang om vad patienten värdesätter i livet.

Den relationella kapaciteten har stor betydelse för hur livet gestaltas för oss. Joakim har stora begränsningar vad gäller sociala relationer och har enligt vad som framkommit alltid haft det. Det här märks också under samtalet med psykiatern. När sådana begränsningar förelegat under uppväxtåren får det till följd att vardagliga copingfärdigheter, som har betydelse för problemlösningsförmåga, arbets- och samarbetsförmåga samt sociala och nära relationer förblir delvis outvecklade. För Joakims del innebär det också att han saknar ett socialt nätverk som skulle kunna vara ett stöd för honom när studierna går dåligt.

Differentialdiagnostiska hypoteser baserade på den aktuella kliniska bilden kan vara nedanstående:

- tidiga tecken på psykosinsjuknande
- symtomfattig schizofreni
- autism
- personlighetssyndrom, schizoid form
- personlighetssyndrom, schizotyp form
- personlighetssyndrom, ängslig form
- excentrisk personlighet, ej psykiatrisk diagnos.

Reflektion

Joakim har remitterats från Studenthälsan för psykiatrisk bedömning. Behandlingsbar pågående symtomatologi saknas så gott som helt. Men situationen är oroande och det är viktigt att få en fungerande kontakt med Joakim. Vad som orsakar svårigheterna att klara studierna går inte heller att svara på utan fördjupad utredning. Joakim förefaller inte nöjd med det svaret, men accepterar en återbesöksstid om två veckor.

Utredning samt tidiga insatser

Vid återbesöket kompletterar psykiatern anamnesen med att efterfråga psykisk sjukdom i släkten, eventuella förlossningskomplikationer respektive andra händelser med inverkan på CNS under tidig barndom. Vidare går psykiatern tillsammans med patienten igenom A- och B-modulerna i SCID-I för att få en bättre bild av eventuell bipolaritet samt eventuell förekomst av psykotiska symtom. Utfallet är negativt. Alkohol- och droganamnes följs upp via F-modulen i SCID-I. Inte heller där framkommer något anmärkningsvärt.

Av de olika diagnostiska hypoteserna bedömer psykiatern att autismsdiagnos kan uteslutas på klinisk grund – Joakim uppvisar inga signifikanta svårigheter som är typiska för autism, vad gäller social kommunikation eller socialt samspel, och inte heller några begränsade, repetitiva mönster i beteende, intresse eller aktivitet. Däremot är han färdig och verkar besvärad av situationen. Enligt vad han själv säger så har han alltid varit sådan.

Differentialdiagnostiskt kvarstår i första hand frågeställningen ifall huvudproblematiken handlar om personlighetspatologi eller om det rör sig om tidiga tecken på psykosinsjuknande. Det här är en viktig differentialdiagnostik, eftersom det har betydelse för utformningen av insatser från vårdens sida. För att bedöma förekomst av kliniskt signifikant personlighetspatologi är en SCID-II intervju lämpligt. Närståendeanamnes är dessutom ofta väldigt klagande. En PANSS-intervju för att få en ingående bild av eventuell psykosproblematik står också på agendan.

Psykiatern är orolig för att Joakim ska avbryta kontakten, som enligt Joakim ”inte ger så mycket”. Han tycker inte att han får någon hjälp med sina studieproblem.

Strategin blir nu att gå vidare med personlighetsutredning via

den allmänpsykiatriska mottagningen, där Joakim haft sina första två besök och parallellt med detta etablera en kontakt med det särskilda vårdteam som är inriktat på att följa personer med tidiga tecken på psykosinsjuknande. Det här motiveras inför den något skeptiske Joakim med att man har ambitionen att utforma en så specifik insats som möjligt, vilket kräver mer ingående kännedom om hans problem. Men viktiga teman som har betydelse för energi och koncentrationsförmåga i vardagen kan belysas redan nu. Psykiatern syftar på dagliga rutiner inkluderat sömn, kost och motion. Det visar sig att kanske framför allt kostvanorna lämnar en hel del övrigt att önska. Inte heller motionsvanorna är acceptabla. Joakim och psykiatern gör tillsammans ett planeringsschema för en normal vecka med fokus på levnadsvanorna. Det här verkar Joakim kunna intressera sig för och tid för ett tredje besök hos psykiatern bokas in.

Fördjupad utredning och ytterligare insatser

Vid det tredje besöket summerar de gemensamt vad som framkommit och diskuterar förslag på fortsatt utredning och fortsatta åtgärder. Psykiatern betonar betydelsen av en daglig livsstil som inte leder till energitapp i onödan. Joakim får klart för sig vilken betydelse hans egna insatser har för måendet.

Psykiatern föreslår därefter dels att Joakim ska träffa en psykolog på mottagningen för en SCID-II-intervju, dels att Joakim ska träffa en medarbetare i det särskilda team som ansvarar för längre tids kontakter för en PANSS-intervju. Där ska de mer ovanliga tankegångar Joakim har belysas mer ingående.

Joakim uppskattar att man ställer upp för honom och genomgår de kompletterande undersökningar som planerats. PANSS-intervjun gav inga hållpunkter för psykotisk problematik. Vid SCID-II-intervjun uppfattade psykologen Joakim som något nedstämd och var därför särskilt noga med att få tydliga exempel på Joakims problematik från olika perioder i hans liv. De generella kriterierna för personlighetssyndrom är uppfyllda, liksom de specificerade kriterierna för schizotyp form. Dessutom är flera kriterier för både den schizoida och den ångsliga formen uppfyllda liksom även spridda kriterier från flera andra former av PS.

Joakim erbjuds en stödande kontakt vid det särskilda vårdteamet. Man beslutar gemensamt om tre rubriker för kontakten tills

vidare: 1) fortsatt stöd för den dagliga livsföringen med fokus på kost och motion, 2) undersöka möjligheterna till särskilt studiestöd, till exempel att få hjälp med studieteknik och eventuellt anpassad studiegång, samt 3) kontakt med Joakims familj för mer ingående bakgrundsbeskrivning samt för att undersöka möjligheterna till mer aktiv kontakt för Joakims del, med exempelvis systemen.

Agnes

Kort sammanfattning av patientberättelsen

Agnes hade sökt akut på kirurgakuten efter att ha skurit sig och träffade där AT-läkaren Erik som tog väl hand om henne. Tidsmässigt fanns en koppling till att hon kommit in på konstskola. Hon hade en stödkontakt på en psykiatrisk mottagning hos Anna och hade haft mycket kontakt inom psykiatrin.

Mötet

Agnes blev mött som en medmänniska i en svår situation av jourläkaren på kirurgakuten. Han tog också reda på att Agnes kontakt inom psykiatrin hade försökt nå henne och inte, som Agnes antog, hade tröttnat på henne. Detta var avgörande för hennes förtroende för vården och möjligheterna att få hjälp. Denna grundhållning var möjlig, eftersom psykiatrin hade hållit kurser för sjukhusets AT-läkare (och nästa vecka skulle akutpersonalen få denna utbildning). På den psykiatriska kliniken hålls regelbundet workshops i bemötande vid personlighetsyndrom.

Den diagnostiska processen

Agnes hade vårdats för svårbehandlade depressioner, ångest och periodvis missbruk. När hon kom tillbaka till sin stödperson Anna hade de en ganska ingående diskussion utifrån hur Agnes uppfattade sina svårigheter och vad som plågade henne mest. Det visade sig framför allt handla om hur hon aldrig kan lita på sig själv och hur hon mår från ett ögonblick till nästa. Det gör att hon "kaosar ur" och helt tappar kontrollen över sitt beteende. Allt kommer där efter att handla om att få stopp på allt, nästan till vilket pris som helst. Anna föreslog att de skulle göra en utökad utredning utifrån misstanken om att hon beskriver allvarliga personlighetsproblem,

som det finns bra hjälp för. En mer allmän psykiatrisk basutredning hade de gjort tidigare.

Agnes fick sitta i ett rum på mottagningen och fylla i ett antal självskattningsformulär; DIP-Q, NEO-PI-R, DSHI-9, EQ-5D och CGI fick hon också fylla i. Efter en kaffepaus blev hon intervjuad med frågorna för kluster B och C i SCID-II-intervjun.

Veckan efter gick de igenom både självskattningen och intervjun. DIP-Q visade tydliga drag av problem som täcktes in väl i SCID-intervjun och talade starkt för borderline personlighetsyndrom. DSHI-9 blev på ett sätt plågsam att titta på, eftersom det blev tydligt hur mycket och ofta hon faktiskt skadade sig själv. I EQ-5D kunde hon se att hon skattade sin egen livskvalitet som väldigt låg, faktiskt lägre än hur exempelvis svårt reumatiskt sjuka patienter i genomsnitt skattade sig själva.

NEO-PI-R hade varit svår att fylla i men rolig också. Och det var intressant att gå igenom profilen, där man dels kunde se att hon hade en mycket hög känslomässig instabilitet (hög neuroticism) och låg nivå på målmedvetenhet. Det visste hon nog rätt väl. Men både Anna och Agnes kunde se att hon också hade höga poäng på glädje och utåtvändhet. Hon hade också mycket höga poäng på öppenhet. Var det här något som kunde förklara hennes konstnärlighet och kanske också något att ta hjälp av som resurser i behandling? Diskussionen kring detta formulär blev ett sätt att börja på en vårdplan, där Agnes själv fick skriva upp vilka mål hon ville ha för behandling.

Utvecklingsanamnes

Även om Anna tyckte att hon kände Agnes ganska väl, valde hon att göra en mer noggrann utvecklingsanamnes. Det framkom att Agnes hade vuxit upp i en familj, där prestation hade värderats väldigt högt. Båda föräldrarna var akademiker som gjort karriär och haft svårt att riktigt räcka till för barnen. De båda äldre syskonen hade följt sina föräldrar i fotspåren och hade nu både framgångsrika karriärer och familj. Agnes, som var något av ett sladdbarn, hade också varit duktig i skolan fram till cirka 14 års ålder. Hon hade inga problem att koncentrera sig och hon hade inte stuckit av på något annat sätt. Sommaren mellan årskurs 8 och 9 hade hon varit på en språkresa och året därefter varit utbytesstudent i USA.

Agnes ville aldrig prata om tiden där, men nu berättade hon att hon snabbt hade fått kontakt med och provat droger och även utsatts för övergrepp av äldre killar på den *high school* där hon gick. Hon hade börjat få allt svårare med maten, hade blivit alltmer nedstämd och familjen som hon bodde hos hade signalerat sin oro och strax efter jul hade hon fått återvända hem. Agnes hade talat om halvåret i USA som sitt ”personliga misslyckande”, men aldrig riktigt talat med någon om vad som hänt. Hon kunde dock inte riktigt komma tillbaka till studierna och betygen rasade. Sista året i gymnasiet hade hon dock lyckats fokusera så pass att hon fick avgångsbetyg och behörighet till högskolan.

Att måla och skapa konst hade varit ett stort intresse från tidiga år, men föräldrarna hade uppfattat det som något hon gjorde vid sidan av och att hon snart skulle hitta sitt kall i någon form av akademisk utbildning.

Självskadebeteende

I utredningen ägnade de ganska mycket tid att tala om Agnes självskadebeteende. Precis som många andra med liknande svårigheter kunde hon skada sig på olika sätt, till exempel genom att rispa och skära i huden, ofta helt utan självmordsavsikt. Men hon kunde även vara ambivalent kring om hon vill leva eller dö. Ibland var självskadebeteendet ett sätt att undvika självmordshandlingar. Det som vid ett tillfälle ”bara” handlade om att skada sig utan att ha någon självmordsavsikt kunde vid andra tillfällen handla om ett självmordsförsök och en önskan om att få slut på allt.

Självskadebeteenden måste därför alltid bedömas ifall de gjorts med självmordsavsikt eller utan, och varje ny självdestruktiv handling måste alltid bedömas på nytt och en självmordsriskbedömning alltid göras. Vad man gör i behandlingsväg är beroende på resultatet av denna bedömning.

Anna och Agnes talade om vikten av att fråga kring omständigheterna som drev fram självskadebeteendet, vad hände efteråt och hur upplevs det just nu. I takt med att Agnes lärde sig mer i DBT kunde hon lära sig att alltmer självständigt göra händelseanalyser, för att bättre förstå självskadebeteendets funktion.

Det kan vara väldigt svårt att bedöma självmordsrisk, särskilt hos en person med både icke-suicidalt självskadebeteende och suicidalt

beteende. Det är att rekommendera att vid svåra bedömningar be en senior kollega att göra en samtidig bedömning.

Agnes och Anna gick tillsammans in på nationella självskadeprojektets hemsida; <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se>. Där finns nationella rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Här finns också tre fritt tillgängliga frågeformulär som kan användas vid bedömning av självskadebeteende; Deliberate Self Harm Inventory (DSHI), vilket efterfrågar olika självskadebeteenden och hur ofta de förekommit, Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM), vilket undersöker frekvens och funktioner av beteendet, och slutligen Inventory of Statements About Self-injury (ISAS), som mäter olika funktioner och frekvensen av olika typer av självskadebeteenden.

Behandling

Anna tog kontakt med den psykolog som höll i DBT-behandlingen på mottagningen och Agnes kunde börja rätt snabbt. Samtidigt fick hon träffa läkaren som rensade i medicinlistan, trappade ner och ut Sobril. Under ett halvår följde man även CDT och drog-screening för att stötta henne i drogfrihet.

Tillsammans arbetade de också fram en krisplan. Mycket i den handlade om vad hon själv skulle kunna göra för att hantera sina känslomässiga svängningar eller ta hjälp av sina nära. I takt med att Agnes lärde sig alltmer i DBT-behandlingen kunde hon fortlöpande revidera krisplanen. Den inbegrep också möjligheten för Agnes att ringa till avdelningen om hon hamnade i en krissituation, som hon inte kunde hantera på egen hand eller med hjälp av sina nära. Då kunde hon lägga in sig och stanna högst 3 dygn och bara vara, eller få samtala med någon av sjuksköterskorna eller skötarna på avdelningen. Agnes hade tidigare varit med om att tvångsbehandlas några gånger och det var mycket viktigt för henne att veta att hon själv hade kontroll över när och hur länge hon skulle stanna på sjukhus. Det blev också ett sätt att söka hjälp utan att behöva gå via akutmottagningen eller att komma efter att hon skurit sig.

Uppföljning och avslutning

Två år efter att de börjat utredningen kom Agnes till Anna och Erik, AT-läkaren på kirurgakuten, med en inbjudan till sin första

konstutställning på skolan där hon gick. De gjorde också om SCID-intervjun och NEO-PI-R. Hon kunde se att hon inte längre uppfyllde diagnoskriterier för borderline personlighetssyndrom. Hon hade fortfarande hög grad av neuroticism, men målmedvetenhet var mycket högre. Och hennes upplevda livskvalitet var så mycket bättre. Anna, som också skattat CGI, kunde se att Agnes egentligen inte längre behövde ha fortsatt kontakt inom psykiatri. De kom överens om att avsluta, men att hon när som helst kunde höra av sig om hon skulle hamna i kris.

Christer

Kort sammanfattning av patientberättelsen

32-årig Christer är dömd till skyddstillsyn och i domen står att han ska underkasta sig nödvändig medicinsk behandling. Han kommer med önskemål om behandling med metylfenidat för adhd. Dessutom önskar han själv få Stesolid. När han initialt nekas läkemedel blir han upprörd och lämnar mottagningen.

Aspekter på handläggning

Christers problematik är sannolikt mer omfattande än vad remis-sen anger. Diagnostiskt behöver man göra flera överväganden och hitta mer information. Den tidiga sociala problematiken och tidiga kriminaliteten indikerar att det kan finnas ett antisocialt personlighetssyndrom, men det behövs ytterligare information och intervjuer. Han kan även ha en uppmärksamhetsstörning som kvarstår i vuxen ålder, men även här behövs kompletterande uppgifter. Narkotikakriminaliteten indikerar att han troligen har, eller har haft, ett substanssyndrom. Alla dessa aspekter måste beaktas och bedömas eftersom de, om de hanteras var för sig, inte kan förväntas leda till positiva resultat.

Om Christer har ett antisocialt personlighetssyndrom så är det i sig inte behandlingsbart. Men om han samtidigt har obehandlad uppmärksamhetsstörning och okontrollerade substanssyndrom, så förvärrar det situationen och ökar risken för att Christer ska återfalla i impulsivt våldsbeteende och narkotikarelaterad kriminalitet.

Samverkan mellan myndigheter

I den omedelbara situationen på mottagningen kan det se omöjligt ut att nå patienten med diagnostisk utredning och adekvat behandling. För att komma åt att utreda och behandla Christer så krävs ett samarbete med de myndigheter och vårdgivare som Christer behöver, respektive *måste* ha kontakt med (det vill säga Frivården). Eftersom han är dömd till skyddstillsyn med behandlingsföreskrift har han av domstolen dömts att gå i behandling i stället för att få en påföljd i fängelse. Detta innebär att han, för att inte hamna i fängelse, måste kunna styrka att han faktiskt följer en behandlingsplanering.

Du behöver informera Frivården om vad som är en medicinskt rimlig planering. Frivården ska då, under det år som skyddstillsynen pågår, övervaka att Christer följer den planen. Om han inte gör detta så kan han av Frivården och Övervakningsnämnden varnas och, om han inte följer en behandlingsplan, kan ärendet återgå till åklagaren och i slutänden kan hans påföljd omvandlas till det fängelsestraff som annars skulle dömts ut.

Eftersom Christer dessutom har kontakt med socialtjänsten för försörjningsstöd och boende inom socialtjänstens regi har socialtjänsten rimliga krav på Christer att dels komma i behandling som skulle kunna göra honom mer ekonomiskt autonom, dels vara säkra på att han inte missbrukar i det boende han har. Från sjukvården kan vi inte tvinga patienten att acceptera ett rimligt utrednings- och behandlingsförslag. Däremot har Christer rimliga förväntningar på boende och försörjningsstöd och då har socialtjänsten i sin tur rimliga förväntningar på att han följer en medicinsk behandlingsplan.

Med en fungerande samverkan mellan psykiatri/beroendevård, Frivård och socialtjänst kan man hjälpa Christer att bättre upprätthålla drogfrihet och blir adekvat utredd och eventuellt behandlad för till exempel adhd, om han har det. Christer själv skulle må och fungera bättre med adekvat behandling. Dessutom minskar behandling även risken för återfall i kriminalitet.

Andreas

Kort sammanfattning av patientberättelsen

I första kapitlet kunde du läsa om Andreas, 19 år, med egentlig depression och social fobi. Trots behandling med SSRI och KBT blev han inte bättre. Andreas var en så kallad ”hemmasittare”, som sedan lång tid haft hög skolfrånvaro och nu inte kom i väg till skolan över huvud taget. Sammantaget väcker detta misstanke om en komplicerande personlighetsproblematik. Därför behövs en fördjupad utvecklingsbedömning.

Utvecklingsanamnes

Fallet Andreas illustrerar en ung man med livslång social ångest. I barndomen beskrivs han som ett barn med ett ”reaktivt temperament” och uttalad beteendehinhibition. Båda dessa termer beskriver medfödda och/eller tidiga tecken på ängslighet hos små barn. Den tidigt uttalade blygseln är ännu ett sådant tecken. Han utvecklar även ångestproblematik redan som barn, initialt i form av separationsångest, senare även social fobi. Eftersom han undviker svåra situationer som att gå bort, gå på kalas, svara på frågor och hålla muntliga framställningar, så ökar detta hans ångest. Att undvika blir hans beteendesvar när han känner oro. Andreas har hamnat i en ond cirkel, där hans beteendesvar förstärker hans ångest. Under uppväxten kommer han på grund av sitt undvikande att uppleva allt fler misslyckanden, uppleva sig som sämre än sina kamrater. Han utvecklar fobiska personlighetsdrag, som till sist är så uttalade att hans självbild blivit oerhört negativ, tror sig inte om att klara något och hans undvikande har då utvecklats till ett fobiskt personlighetsyndrom (jämför med engelskans ”avoidant personality disorder”).

Att hantera samsjuklighet

Redan vid den första bedömningen fanns det uppgifter som talade för en personlighetsproblematik. Det var trots detta rimligt att starta med behandling av de övriga psykiatriska syndromen som förelåg, depression och social fobi. Dels kan depressionen färga hur patienten ser på sig själv, vilket kan vara en ”state”-effekt, dels påverkar pågående depression oftast behandlingsutfall för andra tillstånd negativt. Med depression kan även suicidrisken vara ökad.

Därför är det klokt att börja med att behandla depression. Samsjuklighet mellan fobiskt personlighetsyndrom och social fobi är hög. Vid personlighetsyndromet är ångesten mindre fysisk och mindre utlöst av specifika situationer. Dessutom beskriver patienten mer bristande tilltro till sin egen förmåga och sitt värde. En social fobibehandling kan hjälpa, men är inte tillräcklig för de fobiska personlighetsdragen. I en KBT-behandling får dock patienten kunskap om hur tankar, känslor och beteenden hänger ihop, vilket blir en bra bas för fortsatta insatser. Därför var den initiala social fobi-behandlingen också rimlig. I den primära bedömningen missade man att efterfråga självskadebeteende. Vid fobiskt personlighetsyndrom förekommer självskadebeteende, oftast i känsloreglerande syfte, men även som självbestraffning. Det är viktigt att alltid efterfråga och att undersöka förekomst av självskada och om självskadan görs med eller utan suicidal avsikt. Detta kan underlättas genom att man ber patienten fylla i självbedömningsinstrument.

Diagnostik

I den fortsatta diagnostiken av personlighetsyndrom kan man välja att låta Andreas fylla i ett SCID-II personlighetsformulär hemma och sedan intervjua honom på mottagningen med SCID-II-intervjun. Då väljer man att gå igenom de syndrom för vilka han screenat positivt. Det optimalaste är att fråga alla frågor som rör syndromet, även de som föll ut negativt. Däremot inga frågor alls för de syndrom som screenades negativt, även om enskilda frågor kan ha bejakats. Ett annat alternativ är att gå igenom hela intervjun utan föregående screening. Det är viktigt att kontrollera för påverkan av depression, till exempel genom att låta honom fylla i en depressionsskattningsskala. Om han har uttalade symtom vid intervjutillfället måste man fråga efter varje bejakat kriterium om detta gäller även då han inte är deprimerad.

Bemötande och behandling

Då man undersöker och behandlar patienter med kluster C personlighetsdrag, det vill säga som är ängsliga, undvikande och ofta självnedvärderande, är det viktigt att ta hänsyn till deras svårigheter. Man behöver förmedla empati genom att ha förståelse för de svårigheter de upplever. Det är också viktigt att förmedla hopp om

möjlighet till lindring av lidandet. Även om det inte finns evidensbaserad behandling för alla personlighetssyndrom anser man att fobiskt personlighetssyndrom har nytta av KBT och social fobibehandling, som modifieras och anpassas till patienten. Det krävs en längre behandlingstid än vid social fobi. Det är önskvärt att kombinera denna behandling med rehabiliterande åtgärder, som arbets träning eller anpassad skolgång.

Andreas fick en sådan KBT-behandling. Samtidigt fick han en praktikplats på ett lager och läste upp ett gymnasieämne i taget via Hermods.

HCR-20

Historical, Clinical and Risk management 20 (HCR-20) (36, 37, 72, kapitel 17)

HISTORISKA ITEMS	KLINISKA ITEMS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidigare våldshandlingar. 2. Tidig debut i våldshandlingar. 3. Instabilitet i förhållanden. 4. Problem på arbetsmarknaden. 5. Alkohol- eller drogmissbruk. 6. Psykisk sjukdom. 7. Psykopati. 8. Tidig missanpassning. 9. Personlighetssyndrom. 10. Tidigare misskötsamhet vid permission. 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Brist på insikt. 12. Negativ attityd. 13. Psykiatriska symtom. 14. Instabilitet. 15. Dålig behandlingsbarhet.
	<p data-bbox="681 809 992 833">RISKHANDLÄGGNING ITEMS</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Orealistisk framtidsplanering. 17. Brist på professionell tillsyn. 18. Brist på stöd och hjälp. 19. Brist på samtycke och motivation. 20. Stress.

Checklista våldsrisk V-RISK-10

Samla in information om var och en av de tio riskfaktorerna. Under var och en av punkterna finns beskrivet exempel på information av betydelse för skattningen. Markera i vilken grad det är rimligt att riskfaktor föreligger för denna patient.

Nej = föreligger inte. **Kanske/måttligt** = föreligger troligen eller i måttligt allvarlig grad. **Ja** = föreligger definitivt i allvarlig grad.
Vet inte = för lite information för att kunna bedöma.

	NEJ	KANSKE/ MÅTTLIGT	JÄ	VET INTE
<p>1. Tidigare och/eller aktuellt våld Med allvarligt våld avses fysiskt angrepp (inkluderande användande av olika vapen) riktat mot annan person för att tillfoga allvarlig fysisk skada. Ja: Patienten ska ha gjort minst tre måttligt allvarliga våldshandlingar eller en allvarlig våldshandling. Måttlig eller mindre allvarlig aggressionshandling som sparkar och knuffar som inte försakar allvarlig eller bestående skada hos offret anges med <i>Kanske/måttligt</i>.</p>				
<p>2. Tidigare och/eller aktuella hot (verbala/fysiska) Verbala: Uttalanden eller utrop och liknande som innebär hot om att tillfoga andra personer fysisk skada. Fysiska: Rörelser och gester som varslar om fysiskt angrepp.</p>				
<p>3. Tidigare och/eller aktuellt missbruk Patienten har en historia med missbruk av alkohol, läkemedel och/eller narkotika (t.ex. amfetamin, heroin, hasch). Missbruk av lösningsmedel eller lim inkluderas. För att ange ja ska patienten ha (eller haft) omfattande och allvarligt missbruk/beroende med nedsatt funktion i arbetsliv, skolgång, hälsa och/eller fritid.</p>				
<p>4. Tidigare och/eller aktuell allvarlig psykisk sjukdom Här anges om patienten har eller har haft ett psykotiskt tillstånd (t.ex. schizofreni, paranoid psykos, bipolär sjukdom, annan affektiv psykotisk sjukdom). För personlighetsstörning, se riskfaktor 5.</p>				
<p>5. Personlighetsstörning I detta sammanhang räknas de excentriska (schizoida, paranoida) samt de impulsiva och utagerande (emotionellt instabila, antisociala) personlighetsstörningarna.</p>				

<p>6. Bristande insikt i sjukdom och beteende Här avses i vilken grad patienten saknar insikt om sin sjukdom eller personlighetsstörning i relation till medicineringsbehov, sociala konsekvenser eller beteende kopplat till sjukdom eller personlighetsstörning.</p>					
<p>7. Misstänksamhet Patienten ger uttryck för misstänksamhet gentemot andra personer, verbalt eller på andra sätt. Patienten förefaller vara "på sin vakt" mot omgivningen.</p>					
<p>8. Bristande inlevelseförmåga (empati) Patienten förefaller känslokall och utan inlevelse i andra personers tanke- och känslomässiga förhållanden.</p>					
<p>9. Orealistisk planering Denna riskfaktor mäter i vilken grad patienten själv har realistiska planer inför framtiden (inom eller utanför vårdavdelning). Har patienten t.ex. realistiska föreställningar om vad han/hon kan förväntas få för stöd från familj och professionellt respektive socialt nätverk? Det är viktigt att värdera om patienten är samarbetsvillig och motiverad att fullfölja behandlingsplaneringen.</p>					
<p>10. Framtida stressituationer Här värderas huruvida patienten kan komma att utsättas för påfrestningar och belastande situationer i framtiden i relation till hans/hennes förmåga att hantera dessa. T.ex. (i såväl sluten- vård som öppenvård) oförmåga att klara gränssättning, närhet till potentiella våldsoffer, alkohol- och drogpåverkan, hemlöshet, vistelse i miljöer där våld förekommer, tillgång till vapen etc.</p>					

SAMLAD BEDÖMNING:

Baserad på klinisk bedömning, annan tillgänglig information samt checklistan:

Hur bedömer du våldsriskern?	LÅG	MÄTLIG	HÖG
Förslag till åtgärder efter en samlad klinisk bedömning:	INGA ÅTGÄRDER BEHÖVS		MER INCIÄNDE VÅLDSRISKBEDÖMNING BEHÖVS
Behövs det förebyggande åtgärder?	NEJ	JA	

