

## Personlighetsforstyrrelser

Dersom du, eller noen du er nær, sliter med depresjon, angst, rus, spiseforstyrrelser eller selvskading, kan disse symptomene ha sitt opphav i en uoppdaget personlighetsforstyrrelse. Rusavhengighet, og spesielt stoffavhengighet er i ca. halvparten av tilfellene forbundet med en personlighetsforstyrrelse.

av Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri



*Illustrasjonsfoto: Colourbox.*

Mellom 7-10 % av befolkningen har en personlighetsforstyrrelse. Mennesker med personlighetforstyrrelser er svært sjelden en fare for samfunnet, men utgjør først og fremst en fare for seg selv.

Personer med personlighetsforstyrrelser (PF) har ofte

- problemfylt atferd med selvskading
- konfliktylte relasjoner til andre
- en tendens til sosial unnvikelse og sosial isolasjon

- lav og/eller ustabil selvfølelse
- problemfylt atferd med selvmordsforsøk
- vansker med å mestre og å kontrollere følelser og impulser
- varierende følelse av å føle seg sammenhengende og hel
- vansker med å vurdere seg selv som person
- vansker med å finne mening med livet og følge opp kortsiktige og langsiktige mål
- vansker med å kjenne egne normer for hvordan en skal oppføre seg og følge samfunnets normer for akseptabel atferd
- vansker med å forstå andres opplevelse, perspektiver og motiver
- vansker med å ha flere perspektiver på sosiale hendelser
- vansker med å forstå hvordan ens egen adferd virker på andre
- problemer med å etablere og beholde nære relasjoner
- konflikter i nære forhold som kjæreste, venne- og familierelasjoner
- Listen ovenfor kan brukes som en rask klinisk sjekk på personlighetsproblemer

**Vær oppmerksom på at alle symptomene ikke trenger å være tilstede samtidig.**

### **Uhensiktsmessige trekk**

Begrepet personlighetsforstyrrelse betyr at en har utviklet personlighetstrekk som er "uhensiktsmessig" for seg selv eller menneskene rundt seg. Personer med lidelsen har gjerne problemer med relasjonen til familie, og å interagere med kolleger på arbeidsplassen eller i andre sosiale sammenhenger. Alle mennesker har «uhensiktsmessige» personlighetstrekk, som kan påvirke hverdagen negativt i større eller mindre grad, og det skal mye til før man kaller det en sykdom. Når en person først utvikler en personlighetsforstyrrelse, er det som regel mange gode grunner til det.

### **Behandlingsoptimisme**

Det har tidligere vært pessimisme rundt om personlighetsforstyrrelser kan behandles via samtaler med en fagperson, men de siste årene har man gode behandlingsresultater ved samtaleterapi. Derfor ser man nå med optimisme på behandlingen av personlighetsforstyrrelser. Traumatiske relasjoner til foreldre og andre tilknytningspersoner er noe mange med personlighetsforstyrrelse har opplevd. Dette har medvirket til problemer med mistillit og skepsis i relasjoner generelt, og bidrar også til at relasjonene til behandlere i helsevesenet ofte blir vanskelige.

### **Alvorlighetsgrader**

Det er flere alvorlighetsgrader av personlighetsforstyrrelser. Mange kan leve godt selv om de har en personlighetsforstyrrelse, mens for noen blir det vanskelig å leve et vanlig liv. Konsekvensene av personlighetsforstyrrelsen kan bli svært plagsomme, både for personen selv og for omgivelsene. Personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser (ca. 2 % av befolkningen) har gjennomgående lav livskvalitet, opplever sterk indre smerte og ustabil selvfølelse, har ofte langvarige symptomer med angst, depressivitet, rusmisbruk/avhengighet, har økt selvmordsrisiko, store problemer med å fungere i yrkesliv, familieliv og som omsorgspersoner.

### **Personlighetsforstyrrelser (PF) hos barn og ungdommer**

Personlighetsforstyrrelser begynner gjerne i barne- og ungdomsalder selv om de fleste ungdommer med symptomer på dette ikke vil ha det i voksen alder. Det er vist at ca. 20 % av barn og ungdommer som har symptomer på PF vil utvikle personlighetsforstyrrelser i voksen alder. Man er spesielt oppmerksom på at forekomsten av emosjonelt ustabil PF i

ungdomsalderen er ca 5 % og at vedvarende problemer med aggresjonskontroll, selvskading og suicidalitet, impulsivitet, sensitivitet for å bli forlatt og identitetsproblemer er tegn på vedvarende emosjonelt ustabil PF. I ICD-10 manualen er det anført at diagnosen personlighetsforstyrrelse sjelden vil være riktig før fra 16-17 års alder, men internasjonalt er det de senere årene kommet mye forskning om at emosjonelt ustabil PF kan diagnostiseres på en holdbar måte hos barn og ungdommer.

### Diagnoser

ICD-10 (WHO 1993) er det offisielle diagnosesystemet som brukes i helsevesenet i Norge. Der beskrives personlighetsforstyrrelser som "*en rekke tilstander og atferdsmønstre som er vedvarende og synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på.*"

Det handler altså om dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som viser seg gjennom rigide og fastlåste reaksjoner i personlige og sosiale situasjoner. De representerer ekstreme eller betydningsfulle avvik fra hvordan et individ i en kultur sanser, tenker, føler og, i særlig grad, forholder seg til andre. Reaksjonene er ofte, men ikke alltid, forbundet med varierende grader av subjektivt ubehag og svikt i sosiale ferdigheter. Lidelsene kan ikke direkte tilskrives større hjerneskade, hjernelidelse eller annen psykiatrisk lidelse.

**Personlighetsforstyrrelser viser seg i sen barndom eller i ungdomstiden og fortsetter å manifestere seg frem til voksen alder.**

I ICD-10 er det beskrevet 10 typer personlighetsforstyrrelser (PF):

**1. Paranoid PF** er karakterisert av gjennomgående mistillit og mistenksomhet overfor andre mennesker. Andres motiver blir fortolket som ondskapsfulle.

**2. Schizoid PF** er karakterisert av en vedvarende tendens til å holde seg vekk fra sosiale sammenhenger og et begrenset repertoar av følelsesmessige uttrykksmåter i mellommenneskelige situasjoner.

**3. Dyssosial (antisosial) PF.** Personer med denne personlighetsforstyrrelsen viser atferd fra 15-års alderen i form av et vedvarende mønster som er kjennetegnet av tilsidesettelse og krenkelse av andres rettigheter. I tillegg skal det foreligge en atferdsforstyrrelse som startet før 15-årsalderen, karakterisert ved et vedvarende atferdsmønster hvor andres grunnleggende rettigheter eller sentrale aldersadekvate samfunnsmessige normer brytes.

**For å få diagnosen (i følge DSM-IV) må personen ha minst 3 av følgende 7 symptomer og tegn:**

- 1. Følger ikke sosiale normer for lovlydig adferd ved gjentatte handlinger som gir grunnlag for arrestasjon
- 2. Vedvarende ansvarsløshet som viser seg ved gjentatt svikt i stabilt arbeid eller i økonomiske forpliktelser
- 3. Impulsivitet eller sviktende evne til å planlegge fremover
- 4. Svikefullhet, som viser seg ved gjentatt løgnaktighet, bruk av falsk navn, eller ved å lure andre for egen vinnings eller fornøynelses skyld
- 5. Uansvarlig ringeakt for egen eller andres personlige sikkerhet
- 6. Mangel på anger som viser seg ved likegyldighet for eller bortforklaring av å ha såret, mishandlet eller stjålet fra andre
- 7. Irritabilitet og aggressivitet som viser seg ved gjentatte slagsmål eller overfall

### 4. Emosjonelt ustabil (borderline) PF:

Personlighetsforstyrrelsen viser seg i form av et vedvarende mønster av ustabilitet i mellommenneskelige forhold, selvilde og affekter og markert impulsivitet som starter i tidlig voksen alder og manifesterer seg i en rekke sammenhenger. **For å få diagnosen (i følge DSM-IV) må minst 5 av følgende 9 symptomer være tilstede:**

- 1. Desperate anstrengelser for å unngå en reell eller innbilt fare for å bli forlatt
- 2. Et mønster med ustabile og intense mellommenneskelige forhold (kjennetegnet ved vekslning mellom ekstremer av overidealiserings og devaluering)
- 3. Markert og vedvarende ustabil selvbylde eller følelse av eget selv
- 4. Impulsivitet på minst to områder som er potensielt selvødeleggende (f. eks. sløsing med penger, seksualitet, alkohol eller stoffmisbruk, vill bilkjøring, overspising)
- 5. Gjentatte selvmordsforsøk, demonstrasjoner, trusler, eller selvskading
- 6. Affektiv ustabilitet på grunn av markert tendens til følelsesmessige reaksjoner (f. eks. intens episodisk dysfori, irritabilitet, eller angst som vanligvis varer noen få timer og bare sjelden mer enn noen få dager)
- 7. Kronisk følelse av tomhet
- 8. Upassende, intenst sinne eller vansker med å kontrollere sinne (f. eks. hyppige raserianfall, vedvarende sinne, gjentatte slåsskamper)
- 9. Forbigående stressutløste paranoide tanker eller alvorlige dissosiative symptomer

**5. Dramatiserende (hysteriform) PF:** karakterisert av overdreven emosjonalitet og jakt på oppmerksomhet.

**6. Tvangsmessig PF** som er karakterisert av orden, perfektjonisme og mental og mellommenneskelig kontroll på bekostning av fleksibilitet, åpenhet og effektivitet.

**7. Engstelig (unnvikende) PF.** Denne personlighetsforstyrrelsen er den vanligste i befolkningen (ca. 4 %), i kliniske utvalg opp mot 25 - 40 %, og er karakterisert av et omfattende mønster av sosial hemming, følelse av utilstrekkelighet og hypersensitivitet i forhold til andre. Personen er ofte preget av engstelse og anspenhet. **For å få diagnosen (i følge DSM-IV) må minst 4 av følgende 7 symptomer og tegn være tilstede:**

- 1. Unngår sosiale og yrkesmessige aktiviteter som innebærer mye mellommenneskelig kontakt, av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvísning
- 2. Er ikke villig til å involvere seg med andre mennesker så sant vedkommende ikke er sikker på å bli likt
- 3. Er tilbakeholden i intime forhold av frykt for å bli beskjemmet eller latterliggjort.
- 4. Er besatt av frykten for å bli kritisert eller avvíst i sosiale situasjoner
- 5. Er hemmet i nye mellommenneskelige situasjoner på grunn av følelse av utilstrekkelighet
- 6. Ser på seg selv som sosialt udyktig, som en som mangler personlig appell, eller er mindre verdt enn andre
- 7. Er uvanlig nølende når det gjelder å ta sjanser eller å involvere seg i enhver ny aktivitet, fordi vedkommende kan tenke at det kan føre en i forlegenhet

**8. Avhengig PF** er karakterisert av vedvarende og overdrevent behov for å bli tatt vare på og som fører til underdanig, klengete atferd og frykt for atskillelse.

**9. Andre spesifikke personlighetsforstyrrelser** som ikke passer noen av de overnevnte. **Her er narsissistisk PF inkludert.** Narsissistisk PF er karakterisert av grandiositet (i fantasi eller atferd), behov for å bli beundret og manglende empati.

**10. Uspesifisert PF, blandede og andre PF.** Dette er en restkategori hvor man finner trekk fra flere PF, men ikke nok til å kunne diagnostisere en spesifikk PF.

Schizotyp lidelse regnes ikke som PF i ICD-10, men i DSM-systemet. DSM-systemet brukes som diagnosesystem i USA. **Schizotyp PF** er karakterisert av sosiale og mellommenneskelige mangler kjennetegnet ved sterkt ubehag ved og redusert evne til nære forhold. Dessuten forekommer tankemessige (kognitive) forstyrrelser og eksentriske oppførsel. Denne personlighetsforstyrrelsen har et nært sleksskap til schizofreni, men personer med schizotyp personlighetsforstyrrelse har ikke vrangforestillinger, de har en intakt realitetssans.

Personer med personlighetsforstyrrelse har ofte symptomer fra flere enn en personlighetsforstyrrelse og kan ha flere samtidig.

## Henvising, vurdering og utredning

De fleste henvisninger til spesialisthelsetjenesten kommer fra fastlege, og det finnes enkle kartleggingsverktøy som kan benyttes for å gi indikasjon på om det dreier seg om personlighetsforstyrrelse.

**Et godt utprøvd instrument er IOWA (Iowa Personality Disorder Screening). Instrumentet er enkelt å administrere og gjennomføres på under 5 minutter. IOWA har i kliniske undersøkelser vist seg å være et pålitelig og gyldig instrument for å kartlegge sannsynlighet for personlighetsforstyrrelse. IOWA består av et selvutfyllingsskjema med 11 spørsmål, hvor en skåring på over 4 ja-svar tyder på personlighetsforstyrrelse og bør lede til en viderehenvisning.** IOWA gir indikasjon på at det foreligger personlighetsforstyrrelse eller der sykehistorien gjør at man mistenker slik lidelse

**Langvarige relasjonsproblemer og/eller betydelige problemer med emosjonsregulering bør uansett resultere i en henvisning til spesialisthelsetjenesten fra fastlegen.**

Det typiske er at en pasient har vært behandlet for en symptomlidelse, for eksempel angst, depresjon eller spiseforstyrrelser, men har fått tilbakefall. Da er det ofte relevant å rehenvisse for en grundigere personlighetsvurdering med henblikk på personlighetsforstyrrelse. Hvis pasienten ikke har tegn på en alvorlig personlighetsforstyrrelse med alvorlig selvskading, selvmordsproblematikk eller betydelig funksjonsnedsettelse (langvarig sykemelding, alvorlige relasjonsproblemer, GAF vurdert til under 55), og pasienten ønsker psykoterapi, kan pasienten henvises direkte til avtalespesialist(psykolog eller psykiater) for psykoterapi. Ved tegn på alvorlig personlighetsforstyrrelse bør pasienten henvises psykiatrisk poliklinikk ved DPS for utredning og eventuell behandling.

Psykologer og psykiatere er ansvarlig for utredning og diagnostisering av pasienter med mistanke om personlighetsforstyrrelse. Utredningsprosedyrene varierer noe ved de ulike enhetene men utredningen skal foretas av behandler som har gjennomgått opplæring av personlighetsutredning.

Utredningen skal gjennomføres i løpet av de første tre månedene etter behandlingsstart.

**Utredningen bør, for alle pasienter henvist med mulig**

**personlighetsproblematikk, inkludere:**

1. GAF-vurdering
2. Ved depressive symptomer: MADRS
3. MINI PLUS-Mini International Neuropsychiatric Interview
4. IOWA Personality Disorder Screening
5. SCID II Structured Clinical Interview (DSM-IV axis II) brukes der

**Vil du lese mer?**

**Professor Sigmund Karterud om personlighetsforstyrrelser**

[\(/pasient /diagnoseogsykdommer /Sider/personlighetsforstyrrelser.aspx\)](#)

**Wikipedia om personlighetsforstyrrelser** (<http://no.wikipedia.org/wiki/Personlighetsforstyrrelse>)

[\(/pasient /diagnoseogsykdommer /Sider/personlighetsforstyrrelser.aspx\)](#)

PUBLISERT 27.03.2012 13:42 | ENDRET 30.04.2015 15:40