
Ny oppfatning av personlighetsforstyrrelser

KRONIKK

TORE BUER CHRISTENSEN

tore.buer.christensen@sshf.no

Tore Buer Christensen er ph.d., spesialist i psykiatri, overlege ved akuttseksjonen, Sørlandet sykehus og medlem av forskergruppen for personlighetspsykiatri ved Universitetet i Oslo.

TOR ERIK NYSÆTER

Tor Erik Nysæter er ph.d., psykologspesialist ved akuttseksjonen, Sørlandet sykehus og medlem av forskergruppen for personlighetspsykiatri ved Universitetet i Oslo.

Den tradisjonelle kategoriske inndeling av personlighetsforstyrrelser utfordres. Vi tror det vil bli en endring i retning av mindre fastlåste kategorier, hvor det ikke handler om hvilken personlighetsforstyrrelse man har, men hvor alvorlig den er.



Illustrasjonsfoto: iStock

Mennesker med personlighetsforstyrrelser er hyppige brukere av helsetjenester, og kunnskap om disse lidelsene er derfor viktig for alle leger. Lidelsene rammer mer enn en tidel av befolkningen (1), og omkostningene for den enkelte pasient kan være svært omfattende. Eksempelvis har pasienter diagnostisert med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i gjennomsnitt 18–19 år forkortet levetid, hovedsakelig grunnet økt risiko for selvmord, usunn livsstil og utfordringer knyttet til samhandling med alle former for helsevesen (2, 3). Selv om selve diagnosen personlighetsforstyrrelse tradisjonelt forbindes med behandlingspessimisme (4), er en rekke strukturerte og evidensbaserte behandlingsopplegg i dag tilgjengelige og virksomme.

Personlighetsforstyrrelser oppfattes ikke lenger som en kronisk lidelse, men en tilstand med relativt god prognose. Behandlingen er imidlertid langvarig og krevende for både pasient og helsevesen, og det er avgjørende viktig med diagnostiske verktøy som kan identifisere hvilke pasienter som skal få hvilken behandling.

Diagnostiseringen oppleves imidlertid komplisert for den vanlige kliniker, og utredning blir gjerne en sak for den spesielt interesserte (4).

Kritikk mot kategorier

Tradisjonelt har diagnostiseringen av personlighetsforstyrrelser vært det vi kaller *kategorisk*, dvs. at man antar at det foreligger en rekke *spesifikke* kategorier av underdiagnoser (f.eks. emosjonelt ustabil, unnvikende, antisosial, narsissistisk, osv.), der alle er beskrevet med et sett deskriptive kriterier, og med en terskel som utgjør grensen mellom normalitet og patologi/forstyrrelse.

En innvending mot den tradisjonelle modellen for diagnostisering av personlighetsforstyrrelser er at ett kriterium kan være nok til å avgjøre om man har eller ikke har en slik diagnose, hvor alvorlighetsgrad ikke er en del av

diagnosen. Denne tilnærmingen medfører også at hva som inkluderes i den tradisjonelle kategorien personlighetsforstyrrelse, er en heterogen gruppe mennesker når det gjelder sammensetning av symptomer, alvorlighetsgrad og funksjonssvikt, og som dermed har ulike behov for behandling. En mye brukt illustrasjon er at det finnes 256 forskjellige kombinasjoner av kriterier for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse [\(5\)](#).

«Den kategoriske måten å inndeles psykiske lidelser på kan være funksjonell, men spørsmålet er om dette er en valid måte å gjøre det på»

Den kategoriske måten å inndeles psykiske lidelser på kan være funksjonell, men spørsmålet er om dette er en valid måte å gjøre det på. Mange har argumentert for at personlighetsforstyrrelser best forklares som *dimensjonale fenomener*, slik vi for eksempel er vant til å tenke på grader av depresjon [\(6, 7\)](#).

To diagnosesystemer side om side

For leger utenfor det psykiatriske fagfeltet, kan det fremstå som forvirrende at man i psykiatrien benytter to diagnosesystemer side om side: Verdens helseorganisasjons *International Classification of Diseases* (ICD) og det amerikanske *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM). DSM-systemet er det dominerende klassifikasjonssystemet i psykiatrisk forskning, mens ICD benyttes i klinisk arbeid. I praksis er imidlertid forskjellene mellom disse uten stor betydning, og det er mer som forener enn som skiller de to systemene. De har begge vært gjenstand for revisjoner de siste årene; DSM-5 ble vedtatt i 2013, mens den ellefte versjonen av ICD [\(8\)](#) ble vedtatt i 2019. ICD-11 er ennå ikke innført som klassifikasjonssystem i Norge, og det er uklart når dette skjer. Begge revisjoner uttrykker vesentlige endringer i forståelsen av personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser [\(7\)](#).

ICD-11

Man har i ICD-11 fjernet seg ifra den kategoriske forståelsen av personlighetsforstyrrelser. Det innebærer at mange velkjente spesifikke underkategorier «forsvinner» fra diagnosemanualen. Man har her tatt inn at psykiske lidelser i liten grad lar seg beskrive som kategoriske fenomener med klar grense mellom «frisk» og «syk», men noe man har mer eller mindre av – det man kaller en dimensjonal tilnærming (se 9). I stedet har man innført et mål på alvorlighetsgrad, basert på personlighetsfungering. Man ser her for seg at vi alle befinner oss på en dimensjonal skala: Ingen personlighetsproblemer (0) – Personlighetsvansker [\(1\)](#) – Mild personlighetsforstyrrelse [\(2\)](#) – Moderat personlighetsforstyrrelse [\(3\)](#) og Alvorlig personlighetsforstyrrelse [\(4\)](#). Personlighetsfungering måles gjennom kartlegging av hvordan pasienten ser på seg selv og andre. Her måles aspekter som identitet, evne til planlegging,

empati og funksjon i nære relasjoner, aspekter som har vist seg avgjørende for prognosen. Denne diagnostiske modellen er i tillegg trinn-basert (se tabell 1), der evaluering av personlighetsfungering utgjør *første* trinn. Om pasienten antas å ha en personlighetsforstyrrelse, vil *neste* trinn være en kartlegging av personlighetstrekk. Med personlighetstrekk menes karakteristika for hvert menneske – altså de trekk som gjerne skiller oss fra andre, inspirert av fem-faktormodellen (10), som mange vil kjenne fra NRK-podkasten ved Harald Eia og Nils Brenna (11). En viktig målsetting med utredningen vil være å utarbeide en detaljert beskrivelse av den enkelte pasients fungering og trekk, slik at behandlingen i størst mulig grad blir tilpasset hvert individ. Det skal her nevnes at målsettingen med behandling av personlighetsforstyrrelser primært tar sikte på å bedre personlighetsfungeringen, mens trekkene i mindre grad ansees som påvirkelige. Hvor alvorlig svekket personlighetsfungeringen er, vil indikere hvor omfattende behandling det er behov for.

Tabell 1

Trinnvis, dimensjonal modell for utredning av personlighetsforstyrrelser i ICD-11 og den alternative modellen i DSM-5 (8, 12)

Trinn 1:	Vurdering av personlighetsfungering
Hvis moderat eller mer alvorlig: terskel for personlighetsforstyrrelser	
Trinn 2:	Kartlegging av personlighetstrekk
Trinn 3:	Mer detaljert beskrivelse av pasientens forstyrrelse
Trinn 4:	Kontroller for øvrige generelle kriterier: at forstyrrelsen er gjennomgripende og vedvarende; at den ikke er kulturelt betinget og at den ikke er relatert til annen sykdom eller ikke skyldes rus/medisiner.

Dette innebærer altså en radikal endring, der man går bort fra de spesifikke underdiagnosene vi er vant med. En fordel med dette er at disse vanligvis har hatt høy komorbiditet (samtidige sykdommer), det vil si at hvis tilstanden er alvorlig, fyller man ofte kriteriene for flere spesifikke underdiagnoser. Den naturlige følgen av slik komorbiditet er at disse diagnosene må ha noe felles, og det er denne *fellesfaktoren* som utgjør essensen i personlighetsfungering. Når de spesifikke diagnosene fjernes i ICD-11, reduseres også problemet med komorbide personlighetsforstyrrelser. I stedet erstattes de med *alvorlighetsgrad*. Her beskrives helt sentrale, formbare aspekter ved det å være menneske, knyttet til hvordan vi ser på oss selv og andre.

«Dette innebærer altså en radikal endring, der man går bort fra de spesifikke underdiagnosene vi er vant med»

ICD har valgt å beholde én spesifikk underdiagnose: man har fortsatt en mulighet til å kode «Borderline-mønster», som noenlunde tilsvarer det man kjenner som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Det er for øvrig

interessant at man har innført en mulighet for å kode «sent innsettende personlighetsforstyrrelse» for en gruppe pasienter der dysfunksjon «kommer til syne» sent i livet.

DSM-5

For den vanlige norske kliniker kan nok DSM fremstå lite relevant, men for det psykiatriske fagmiljøet og forskere spesielt har det meste av oppmerksomheten vært rettet mot DSM-5. Revisjonen fant sted før ICD-11 ble vedtatt, og arbeidsgruppen for DSM-5 la i 2013 frem et forslag med en lignende grunnstruktur, men noe mindre radikalt. Den gang mente man imidlertid at forslaget manglet tilstrekkelig empirisk grunnlag, og det fikk status som en alternativ modell for videre utprøving og forskning (12). Erfaringene fra revisjonsarbeidet for DSM (13) samt den etter hvert omfattende forskningsaktivitet knyttet til utprøving av den alternative modellen (se f.eks. 14), var trolig en viktig årsak til at Verdens helseorganisasjon vedtok radikale endringer fra ICD-10 til ICD-11. Forskergruppen for Personlighetspsykiatri ved Universitetet i Oslo (15) har for øvrig gitt betydelige bidrag til denne forskningen, og resultatene til nå gir empirisk støtte til de nye modellene. Våre erfaringer er at pasientene opplever denne utredningen som meningsfull. De føler seg sett, og en detaljert tilbakemelding om personlighetsfungering føles både relevant og mindre stigmatiserende enn «kun en diagnose».

Klinisk praksis i Norge i 2023

Per i dag har vi altså to typer modeller som eksisterer side om side: en kategorisk modell som har lang tradisjon, og to nærmest identiske nye modeller som er tatt vel imot av forskere og klinikere, men som fortsatt er på utprøvningsstadiet. De to nye modellene har såpass mange likheter at instrumenter utarbeidet for å kartlegge den alternative modellen i DSM-5, også benyttes for ICD-11. De spesialiserte behandlingsmiljøene har vist betydelig interesse for de nye modellene, og disse benyttes i dag i utredning og behandlingsplanlegging. Man står med andre ord foreløpig med ett ben i den tradisjonelle modellen, samtidig som blikket er rettet fremover mot de nye modellene.

«De spesialiserte behandlingsmiljøene har vist betydelig interesse for de nye modellene, og disse benyttes i dag i utredning og behandlingsplanlegging»

Det foreligger ikke i dag et eget intervju for personlighetsforstyrrelser i ICD-11, men et screeningsinstrument (16) er oversatt til norsk av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). Dette kan lastes ned fra deres nettsider, der man også finner mer informasjon om de

nye diagnosesystemene og kompetanseheving knyttet til disse. Det finnes i tillegg flere instrumenter tilgjengelig som er tilpasset den alternative modellen (se f.eks. 17).

Med en sannsynlig innføring av ICD-11 i Norge, parallelt med at DSM forventes å gjøre fortløpende revisjoner, er det grunn til å tro at et endelig farvel med de spesifikke personlighetsforstyrrelsene vil komme i løpet av noen år (18). Om den alminnelige kliniker finner de nye modellene nyttige, gjenstår å se. Håpet er at denne modellen blir enklere å benytte, slik at flere pasienter får rett diagnose og riktig behandling.

REFERENCES

1. Volkert J, Gablonski TC, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2018; 213: 709–15. [PubMed][CrossRef]
2. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014; 13: 153–60. [PubMed][CrossRef]
3. Doering S. Borderline personality disorder in patients with medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosom Med* 2019; 81: 584–94. [PubMed][CrossRef]
4. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015; 385: 717–26. [PubMed][CrossRef]
5. Johansen M, Karterud S, Pedersen G et al. An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 289–98. [PubMed][CrossRef]
6. Frances A. The DSM-III personality disorders section: a commentary. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1050–4. [PubMed][CrossRef]
7. Karterud S. Hva er psykiske lidelser? *Tidsskr Nor Psykol foren* 2023; 60: 689–95.
8. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Personality disorders and related traits. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f37291724> Lest 13.11.2023.
9. Høye A. På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1329–31. [PubMed][CrossRef]
10. McCrae RR, John OP. An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers* 1992; 60: 175–215. [PubMed][CrossRef]
11. NRK. Sånn er du. https://radio.nrk.no/podkast/saann_er_du Lest 13.11.2023.

12. APA. DSM-5, in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, Va: American Psychiatric Association, 2013: 767–71.
13. Frances AJ, Nardo JM. ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 1–2. [PubMed][CrossRef]
14. Bach B, Tracy M. Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. *Pers Disord* 2022; 13: 369–79. [PubMed][CrossRef]
15. Forskergruppen for personlighetspsykiatri. NorAMP-Prosjektet. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/grupper/personlighetspsykiatri/prosjekter/noramp.html> Lest 13.11.2023.
16. Bach B, Brown TA, Mulder RT et al. Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Pers Ment Health* 2021; 15: 223–36. [PubMed][CrossRef]
17. Oslo universitetssykehus. Nasjonal Kompetansetjeneste for Personlighetspsykiatri. Utredningsverktøy. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/utredningsverktoy> Lest 13.11.2023.
18. Zachar P, First MB. Transitioning to a dimensional model of personality disorder in DSM 5.1 and beyond. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 28: 66–72. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 11. desember 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0619
Mottatt 12.9.2023, første revisjon innsendt 7.11.2023, godkjent 13.11.2023.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juni 2026.