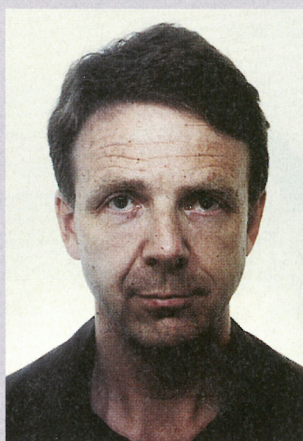


Personlighetsmessig sårbarhet

AV OVERLEGE SJUR SEIM



Sjur Seim, født 1950. Stipendiat Institutt for kreftforskning, Region-sykehuset i Trondheim 1980–1982. Assistentlege Dikemark sykehus 1982–1987. Overlege Dikemark sykehus, Alderspsykiatrisk avde-

ling 1987–1991. Overlege Ringerike psykiatriske senter og Hallingdal psykiatriske senter 1991–1993. Overlege Aker sykehus – Klinikk for psykiatri, alderspsykiatrisk avdeling 1994–2000. Overlege Modum Bads Nervesanatorium 2000–2001. Nåværende adresse: Aker sykehus, Klinikk for psykiatri, Alderspsykiatrisk avdeling.

Innledning

I en intervjuundersøkelse av 2053 innbyggere i Oslo mellom 18 og 65 år fant man nylig at 13,4% av intervjuobjektene hadde en personlighetsforstyrrelse (1). *Personlighetsforstyrrelser er delvis et storbyfenomen, og det er ikke nødvendigvis slik at alle lider så mye av å ha slike forstyrrelser. Men de gjør en person sårbar for å utvikle depresjoner, og øker risikoen for problemer av personlig og sosial art*, sa professor Sverre Torgersen i et intervju i Aftenposten om undersøkelsen (2).

Personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser er så vanlige at alle får kontakt med dette, både yrkesmessig og privat. Derfor er det nyttig og nødvendig med kunnskap på dette feltet. Det finnes en omfattende litteratur om personlighetsutforming og personlighetsforstyrrelser (3,4,5,6,7,8). Denne artikkelen presenterer noen hovedpunkter fra denne litteraturen.

Hva er personlighet ?

Personlighet kan defineres som stabile mønstre i måten en person føler, reagerer og tenker på om seg selv og om verden. Disse mønstrene preger personens grunnleggende væremåte og adferd. Personligheten formes dels av arvelige (genetiske) faktorer, dels av individets livserfaringer i samspill med andre mennesker. Begrepet *temperament* brukes om personlighetstrekk som overveiende er bestemt av arvelige faktorer. Noen sentrale temperamentsegenskaper er aktivitetsnivå, nysgjerrighet og åpenhet for nye inntrykk, tilpasningsevne, intensitet, utholdenhet og humør. Begrepet *karakter* brukes om personlighetstrekk som overveiende er bestemt av livserfaringer og måten individet har håndtert og mestret disse på. Noen sentrale karakteregenskaper er ansvarsvilje, initiativ, selvaksept, konsistens, toleranse, empati og hjelpsomhet. Temperamentet er stabilt over tid; karakteren modnes og kan videreutvikles gjennom hele livet.

Hvert individ har en unik personlighet, og for å få et nyansert bilde av det enkelte individ må hans eller hennes personlighetstrekk beskrives individuelt. De enkelte personlighetstrekkene kan samles i hovedgrupper, personlighetsfaktorer. Sentrale personlighetsfaktorer er intensitet i livsutfoldelsen, behov for kontroll, og sårbarhet og tendens til bekymring. Viktige sider ved den enkeltes personlighet kan med andre ord beskrives ved å si noe om hvor intens, kontrollert og sårbar han eller hun er. I noen tilfeller vil en slik beskrivelse passe med karakteristiske personlighetstyper som vist i tabell 1. De fleste mennesker er imidlertid ikke slike «typer», men har en individuell personlighetsprofil med trekk fra flere forskjellige personlighetstyper.

Personlighetsmessig styrke og personlighetsmessig sårbarhet

Personlighetsmessige forhold kan altså beskrives med personlighetstyper eller personlighetsprofiler. For praktisk klinisk arbeid kan det imidlertid være nyttig å beskrive personlighetsmessig styrke og sårbarhet i termer som er mer direkte knyttet til hvordan en person fungerer psykologisk på sentrale områder som realitetstesting, følelsesmessig til-

og personlighetsforstyrrelser



© Disney

Eksempler på personlighetstyper

knytningsevne, evne til å være nær egne følelser o.s.v.. Én måte å systematisere en slik beskrivelse på, er å beskrive vedkommendes *Jeg-funksjoner*. Begrepet Jeg-funksjoner har røtter tilbake til Anna Freud og den såkalte egopsykologien innenfor psykoanalytisk tradisjon. Det er flere måter å dele inn Jeg-funksjonene på. Tabell 2 viser et eksempel på en slik liste over Jeg-funksjoner. Listen er satt opp som et

Tabell 1.

Personlighetstyper	Personlighetsfaktorer		
	Intensitet	Kontroll-behov	Sårbarhet
1. Den selvforsynte tilskuer	Lav	Lav	Lav
2. Den usikre følgesvenn	Lav	Lav	Høy
3. Den jordnære skeptiker	Lav	Høy	Lav
4. Den sjenerte grubler	Lav	Høy	Høy
5. Den ubesværede livsnyter	Høy	Lav	Lav
6. Det variable impuls menneske	Høy	Lav	Høy
7. Det selvbevisste ordensmenneske	Høy	Høy	Lav
8. Det kompliserte følelsesmenneske	Høy	Høy	Høy

Kilde: Torgersen, S.: *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Universitetsforlaget 1995.

avkrysningsskjema der man kan notere hvor velutviklet de ulike funksjonene er. Dette gir et inntrykk av vedkommendes personlighetsmessige styrke, *Jeg-styrke* i egopsykologisk terminologi.

Tilhørighet og selvbilde

Tilhørighet til andre er et grunnleggende behov hos mennesket og en sterk motivasjonsfaktor gjennom hele livet. Evnen til å knytte seg følelsesmessig til andre mennesker er en sentral Jeg-funksjon. Hvor godt denne evnen er utviklet har stor betydning for hvordan den enkelte finner seg til rette i livet. Det er beskrevet fire grunnmønstre i måten mennesker knytter seg til hverandre på:

- Tilknytning preget av avstand og selvtilstrekkelighet.
- Tilknytning preget av nærhet og trygg gjensidighet.
- Tilknytning preget av engstelse og ambivalens, med veksling mellom klamring og avstand.
- Tilknytning preget av frykt.

Disse mønstrene utvikles tidlig i livet og dannes i samspillet mellom barnets medfødte personlighetsmessige forutsetninger (temperament) og omsorgs- og tilknytningsperso-

Vurdering av Jeg-funksjoner

	Lite utviklet			Velutviklet	
	0	1	2	3	4
1 Realitetstesting: Evnen til å skille fantasi fra virkelighet, og til å korrigere sin virkelighetsoppfatning i overensstemmelse med ny informasjon. Realitetsbrist kommer mest entydig til uttrykk i vrangforestillinger og hallusinasjoner, men kan også foreligge i mindre total grad, for eksempel som selvhønføring og (kulturinkongruent) overtro. Inhabilitet er et dagliglivseksempel på en normal begrensning i menneskers evne til objektiv realitetstesting.	☐	☐	☐	☐	☐
2 Følelsesmessig tilknytningsevne («Objekttilknytning»): Evnen til å knytte seg følelsesmessig til andre mennesker i et forhold preget av gjensidighet og stabilitet over tid. Sviktende evne til objekttilknytning kan komme til uttrykk ved at individet aldri har hatt nære følelsesmessige forhold til andre mennesker, eller ved at slike forhold har vært ustabile og preget av dominans eller underkastelse. God følelsesmessig tilknytning er kjennetegnet ved at den man er knyttet til blir enestående og uerstattelig for en i betydningen ikke utbyttbar.	☐	☐	☐	☐	☐
3 Regulering av selvfølelse: Evnen til å opprettholde en stabil selvrespekt og følelse av egenverd.	☐	☐	☐	☐	☐
4 Affektbevissthet / affektregulering / toleranse for dysforisk affekt: Følelsesmessig opplevelsesevne og uttrykkssevne; evnen til bevisst å oppleve og holde ut smertefulle følelser som angst og depresjon.	☐	☐	☐	☐	☐
5 Impulskontroll / evne til utsettelse («delay»): Evnen til å beherske sine indre, umiddelbare tilskyndelser og impulser. Evnen til å utsette tilfredsstillelse av øyeblikkets behov for å oppnå andre, overordnede og mer langsiktige mål.	☐	☐	☐	☐	☐
6 Evne til å tenke psykologisk («syntetiserende evne»): Evnen til å være nær sine egne følelser og reaksjoner, sette ord på dem, og se mønstre og sammenhenger i disse. Evnen til å lære av erfaring.	☐	☐	☐	☐	☐
7 Psykologiske forsvarsmekansimer: Et JEG-sterkt individ har modne psykologiske forsvarsmekanismer og benytter disse på en fleksibel måte, avhengig av situasjonen. Under psykisk press vil et JEG-sterkt individ fungere gradvis mindre fleksibelt og dårligere, uten at det kommer til et plutselig sammenbrudd i funksjonsevnen («Det psykologiske forsvarets avtrapping i dybden»).	☐	☐	☐	☐	☐
8 Kognitive funksjoner: Konsentrasjonsevne, hukommelse, språk, evne til abstrakt tenkning. Noen regner også sansning og motorikk til JEG-funksjonene.	☐	☐	☐	☐	☐

NB! Denne listen over JEG-funksjoner er bare en klinisk huskeliste, ikke en psykometrisk test. Betydningen av en lav score er forskjellig for de ulike items. Dersom man får inntrykk av at en person har problemer med realitetstesting, handler det ikke bare om en personlighetsproblematikk, men om en psykoseproblematikk. Det er ikke tilrådelig å operere med en sumscore, ($\Sigma_{i=1}^8 / 8$). Rent visuelt får man imidlertid et inntrykk av hvordan kryssene fordeler seg i forhold til mer eller mindre velutviklet Jeg-styrke.

Omarbeidet etter Killingmo, B.: *Rorschachmetode og psykoterapi. En egopsykologisk studie*. Universitetsforlaget 1980.

Tabell 2

nene rundt det. Erfaringene fra dette samspillet former individets grunnforventninger til kontakten med andre mennesker: Er andre mennesker distanserte og lite tilgjengelige, trygge og forutsigbare, omskiftelige og uforutsigbare eller forutsigbart farlige? Utrygghet i grunnforventningen til andre mennesker kan håndteres på vidt forskjellige måter: Ved selv å holde avstand, ved å underkaste seg andre, ved å prøve å dominere andre o.s.v. Trygghet i mellommenneskelige relasjoner kommer ikke nødvendigvis til uttrykk ved at man er spesielt utadvendt. På

den annen side kan utrygghet i mellommenneskelige forhold komme til uttrykk i en overdreven utadvendthet som mer er et uttrykk for underkastelse enn tillit. Å opparbeide tillit og fortrolighet skal ta tid.

I omtalen av personlighetsutforming ble det understreket at typebeskrivelser gir et sammenfattende, men lite nyansert bilde av et individs personlighet. For å få et nyansert bilde av en personlighet, må typebeskrivelser suppleres med en beskrivelse av individuelle personlighetstrekk. På samme måte vil en typebeskrivelse av et individs tilknytningsmønstre gi et lite nyansert bilde av hvordan vedkommende

Tilknytningsmønster og selvbylde		Positivt bilde av seg selv	Negativt bilde av seg selv
Positivt bilde av andre	Lav	Trygg tilknytning	Engstelig, ambivalent tilknytning
	Unngåelse	Avvisende, unnnvikende tilknytning	Fryktpreget, kaotisk tilknytning
Negativt bilde av andre	Høy		
	Lav		
		Avhengighet	Høy

Kilde: <http://www.personalityresearch.org/attachm,cnt.html> / norsk oversettelse ved sjs.

Tabell 3

knytter seg til andre. For å få et nyansert bilde av tilknytningsmønsteret, må man se i *hvilken grad* de fire hovedtypene gjør seg gjeldende hos vedkommende. For øvrig er det ofte en sammenheng mellom måten man knytter seg til andre mennesker på, og hva slags selvbylde man har, slik tabell 3 viser.

Følelsesmessig nærvær og følelsesmessig integrering

Selvet kan defineres som en grunnleggende opplevelse av å være en bestemt person, et unikt individ med et samlende perspektiv på verden, en følelse av sammenheng over tid, en opplevelse av å eie egne følelser og tanker, av å kunne ta initiativ og utføre handlinger man har bestemt seg for. Denne grunnleggende opplevelsen av å være et sammenhengende selv er en forutsetning for å kjenne seg i følelsesmessig likevekt. Når opplevelsen av sammenheng i selvet svikter, gir det en smertefull følelse av indre tomhet og livløshet, en fremmedfølelse og følelse av å ikke være ordentlig tilstede, en følelse av å være offer i et liv man hverken forstår eller mestrer.

Utviklingen av opplevelsen av å være et sammenhengende selv skjer i et følelsesmessig samspill med nære omsorgs- og tilknytningspersoner. Barnet lærer sin egen følelsesverden å kjenne ved å bli sett og møtt følelsesmessig. Slik følelsesmessig bekreftelse hjelper også barnet å håndtere smertefulle følelser som ellers ville vært overveldende og traumatiserende. I de første leveårene er barnets evne til å håndtere

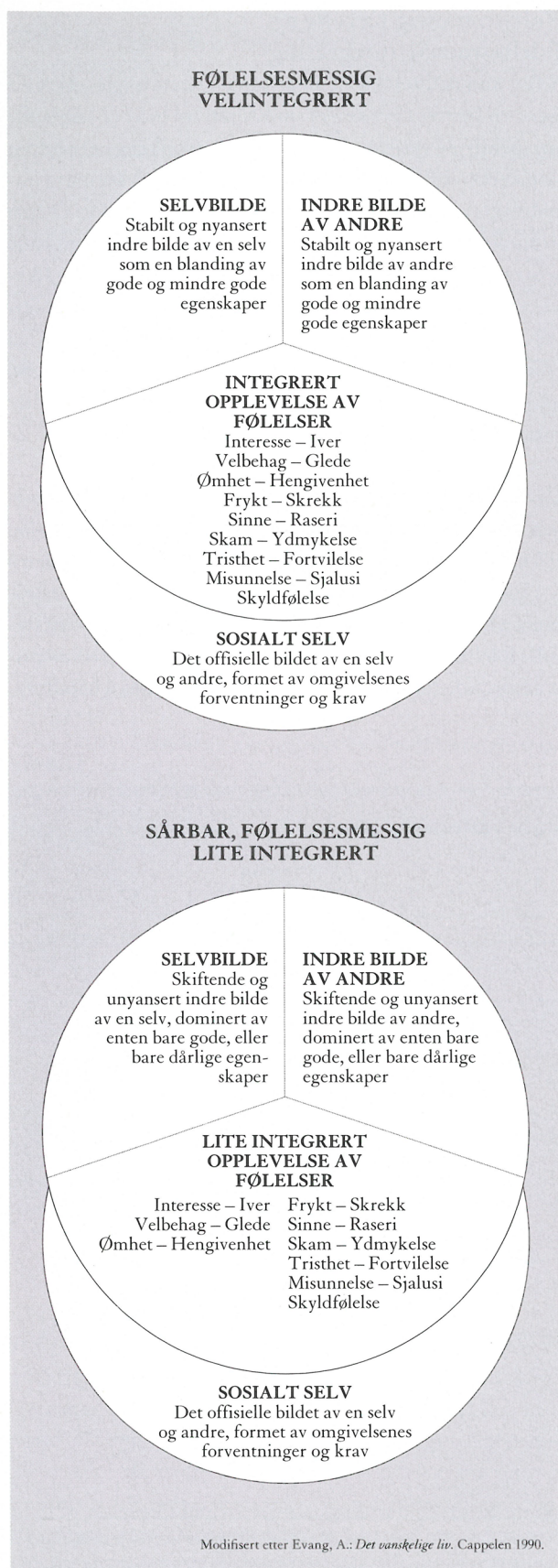
Tabell 4

Vurdering av symptomer som kan tyde på personlighetsmessig sårbarhet

	Lite uttalt			Uttalt	
	0	1	2	3	4
1 Brå skiftninger mellom uforenlige selvbylde	☐	☐	☐	☐	☐
2 Brå skiftninger i oppfatningen av andre mennesker	☐	☐	☐	☐	☐
3 Intense følelser / brå skiftninger i følelser	☐	☐	☐	☐	☐
4 Ustabil identitetsfølelse	☐	☐	☐	☐	☐
5 Vansker med konsistens i langsiktig planlegging	☐	☐	☐	☐	☐
6 Tomhetsfølelse	☐	☐	☐	☐	☐
7 Liten toleranse for smertefulle følelser som angst og depresjon	☐	☐	☐	☐	☐
8 Lett for å oppleve seg selv som offer eller skadelidende	☐	☐	☐	☐	☐
9 Tendens til impulsivitet og/eller selvdestruktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
10 Tendens til å handle ut ting isteden for å reflektere over dem eller snakke om dem	☐	☐	☐	☐	☐
11 Ønske om nærhet, men samtidig frykt for nærhet	☐	☐	☐	☐	☐
12 Tendens til å manipulere andre	☐	☐	☐	☐	☐
13 Sårbarhet for kortvarige psykotiske reaksjoner ved belastninger	☐	☐	☐	☐	☐

NB! Denne symptomlisten er bare en klinisk huskeliste, ikke en psykometrisk test. Betydningen av en høy score er forskjellig for de ulike items. Dersom en person har problemer med realitetstesting (kortvarige psykotiske episoder), kan det dreie seg om en psykoseproblematikk, ikke bare om en personlighets-problematikk. Det er ikke tilrådelig å operere med en sumscore, ($\Sigma_{13} / 13$). Rent visuelt får man imidlertid et inntrykk av hvordan kryssene fordeler seg i forhold til mer eller mindre uttalt personlighetsmessig sårbarhet.

Listen er modifisert etter Evang, A.: *Det sunnkelige liv*. Cappelen 1990.



Figur 1.
Følelsesmessig integrering og personlighetsmessig sårbarhet.

følelser og opprettholde en opplevelse av sammenheng i selvet lite utviklet. Derfor er barnet avhengig av at omsorgs- og tilknytningspersoner er mer eller mindre kontinuerlig tilgjengelige for følelsesmessig bekreftelse for at det skal opprettholde sin følelsesmessige likevekt.

Behovet for følelsesmessig bekreftelse følger mennesket gjennom hele livet. Følelsesmessig modning og selvstendighet består ikke i å bli uavhengig av andre, men i en større grad av gjensidighet og likeverd i måten man lever og omgås andre mennesker på, og dermed får dekket sitt behov for bekreftelse.

For å kunne se og møte et annet menneske og gi det følelsesmessig bekreftelse, må man både kunne være nær sine egne følelser og kunne fornemme og romme den andres følelser. *Empati* er evnen til å fornemme, la seg berøre av, og gi gjensvar på andres følelser. Når et individ ikke får den bekreftelsen eller det følelsesmessig inntonede gjensvaret han/hun trenger, oppleves dette som en skuffelse. Reaksjonen på slike skuffelser – opplevelse av empatisk svikt – kan bli meget kraftig (raseri, selvmordstrusler) dersom den treffer en sårbar person. Legg for øvrig merke til at empati både er en måte å *forstå* andre mennesker på, og en måte å *behandle*, i betydningen *forholde seg til*, andre mennesker på.

Personlighetsmessig styrke og sårbarhet henger sammen med grad av *følelsesmessig integrering*. Følelsesmessig integrering er evnen til å holde fast ved både gode og smertefulle følelser på samme tid, slik at begge deler har følelsesmessig gyldighet, selv om den ene typen er mest fremtredende i øyeblikket. Det handler for eksempel om å kunne være sint på en man er glad i, uten at følelsen av å være glad i forsvinner. Følelsesmessig velintegrerte mennesker har en velutviklet evne til å romme motstridende følelser. Denne evnen gjør det mulig å holde fast ved mange sider av et forhold på en gang, og gjør det mulig å forholde seg nyansert til det som skjer. Dersom evnen til å kjenne motstridende følelser og romme dem samtidig er lite utviklet, blir det vanskelig å forholde seg til flere sider av et forhold på en gang. Dette fører til at man lett blir unyansert i måten å forholde seg på, og veksler mellom ytterpunkter, for eksempel mellom idealisering og devaluering, både av andre og av seg selv.

Tabell 4 ovenfor er en liste over symptomer som kan tyde på liten grad av følelsesmessig integrering og dermed betydelig personlighetsmessig sårbarhet.

Evnen til å kjenne og romme egne følelser utvikles bare i samspill med andre mennesker. Som omtalt ovenfor lærer

barnet å kjenne og mestre sine egne følelser ved å bli sett og møtt følelsesmessig av omsorgspersonene sine. På samme måte skjer videre følelsesmessig integrering og utvikling av evnen til å kjenne og romme motstridende følelser senere i livet, gjennom samspill med andre som ser og møter en følelsesmessig. For å komme videre med egen følelsesmessige integrering må man altså la andre få del i hva man føler og opplever. Dersom det man føler og opplever alltid holdes unna bak det ytre, sosiale selvet, får man bare følelsesmessige gjensvar på dette sosiale selvet. Man blir ensom med det som rører seg lenger inne, og man kommer ikke videre i sin følelsesmessige integrering. Dette betyr ikke at det sosiale selvet i og for seg representerer noe overfladisk eller uegentlig. Det betyr heller ikke at det er noe ideal å dele alt med alle. Følelseslivet har privat karakter, og det sosiale selvet gjør det mulig å være selektiv i forhold til hva og hvor mye man deler med hvem.

Figur 1 på side 10 er en skjematisk sammenfatning av disse forholdene.

Diagnostikk av personlighetsforstyrrelser¹

Personlighetsforstyrrelser er kjennetegnet ved måter å være og reagere på som gjør det vanskelig å mestre livet og knytte seg til andre mennesker på en god måte. Alminnelige symptomer ved personlighetsforstyrrelser er uvanlig store problemer med å være alene; ustabil følelsesliv med store og raske svingninger; liten evne til å holde ut smertefulle følelser som skuffelse, angst og depresjon; vanskeligheter i mellommenneskelige forhold. Det er store, normale, individuelle variasjoner i personlighetsutformingen hos ulike mennesker, og det er ingen skarp grense mellom normal personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser. Pr. definisjon foreligger det en personlighetsforstyrrelse når personlighetsutformingen er så spesiell, og den personlighetsmessige sårbarheten er så stor, at det hemmer vedkommendes livsutfoldelse og oppleves lidelsesfullt, eller det går ut over andre mennesker. I diagnoselisten (ICD-10, *International Classification of Diseases*, 10nde utgave, utgitt av Verdens Helseorganisasjon) er denne definisjonen konkretisert i spesifiserte kriterier som skal være oppfylt for at det skal foreligge en personlighetsforstyrrelse:

¹ I denne artikkelen blir det ikke gjort rede for at det er mange uavklarte nosologiske spørsmål knyttet til diagnostikk av psykiske lidelser. Noen slike forhold bør likevel nevnes. I den amerikanske diagnoselisten (DSM-IV) er det gjennomført et nosologisk skille mellom *symptomlidelser* som schizofreni og manisk depressiv sinnslidelse, og *personlighetsforstyrrelser*. Den samme tenkningen er implisitt i Verdens helseorganisasjons diagnoseliste (ICD-10), der personlighetsforstyrrelsene er samlet i et eget kapittel. Sammenhengen mellom personlighetsmessige forhold og symptomlidelser er imidlertid langt fra avklart. For eksempel er det relativt greit å diagnostisere alvorlige depresjoner og argumentere for at de representerer en egen nosologisk enhet. Når det gjelder mer lavgradige depressive symptomer er det langt mindre opplagt hva som skal tilskrives en symptomlidelse og hva som eventuelt skal tilskrives personlighetsmessige forhold. Når det gjelder diagnostikk av det som pr. i dag klassifiseres som personlighetsforstyrrelser, er det også mange uavklarte forhold. Flere har gjort seg til

Generelle kriterier for personlighetsforstyrrelser:

- G1. Markerte avvik i individets mønstre i opplevelsesmåte og adferd.
- G2. Avviket viser seg i adferd som er dysfunksjonell i mange sammenhenger.
- G3. Adferden under pkt. 2 er subjektivt plagsom og/eller negativ for omgivelsene.
- G4. Avviket er stabilt, har vart over lang tid, og debuterte i ung alder.
- G5. Avviket er ikke uttrykk for en annen psykiatrisk lidelse.
- G6. Avviket skyldes ikke en hjerneorganisk lidelse.

Hvis de generelle kriteriene for en personlighetsforstyrrelse er oppfylt, går man gjennom de individuelle kriteriene for spesifikke personlighetsforstyrrelser, og stiller eventuelt en personlighetsforstyrrelsesdiagnose. Tabell 5 på neste side viser en forenklet oversikt over de spesifikke personlighetsforstyrrelsene.

Selv om man har diagnostiske kriterier, eventuelt også strukturerte intervjuer, å støtte seg til, er det mange usikkerhetsfaktorer i den praktiske diagnostikken. Psykiatriske symptomlidelser som depresjon og angst preger måten man fremstår på personlighetsmessig, så det er vanskelig å bedømme personlighetsmessige forhold når pasienten er svært deprimert eller har mye angst. På den annen side kan depressive symptomer og angst være fremtredende ved mange psykiske lidelser, inklusive personlighetsforstyrrelser. Dertil kan depresjon og angst opptre som egne lidelser hos pasienter med personlighetsforstyrrelser. Differensialdiagnostikken er derfor vanskelig. Fra et behandlingsmessig synspunkt er det viktig ikke å overse diagnoser som det finnes spesifikk og effektiv behandling for. Generelt er dette oftere tilfelle for symptomlidelser som depresjon og angst enn for personlighetsproblematikk. Er man i tvil om pasientens plager skyldes en symptomlidelse eller er uttrykk for personlighetsproblematikk, bør man derfor i første omgang behandle det som en symptomlidelse.

talsmann for at dagens *kategorielle* diagnostikk med spesifiserte personlighetsforstyrrelser bør erstattes av en *dimensjonal* diagnostikk med personlighetsforstyrrelsesprofiler. Med dagens diagnostiske kriterier vil ofte pasienter som fyller generelle kriterier for en personlighetsforstyrrelse, fylle kriterier for flere spesifiserte personlighetsforstyrrelser. Videre ser det ut til at det å ha en personlighetsforstyrrelse er mer stabilt over tid, enn hvilken spesifikk personlighetsforstyrrelse man har. Den praktiske konsekvensen av disse diagnostiske usikkerhetsmomentene er at man både bør være forsiktig med å stille personlighetsforstyrrelsesdiagnoser, og være forsiktig med hvor mye man legger i det når en pasient har fått en personlighetsforstyrrelsesdiagnose. I klinisk arbeid har forfatteren hatt god erfaring med en dimensjonal tilnærming der beskrivelse av personlighetsmessig sårbarhet vektlegges mer enn en eventuell personlighetsforstyrrelsesdiagnose, uten at dette har fritatt fra å forholde seg til formelle diagnostiske kriterier.

Klinisk inndeling av personlighetsforstyrrelser (DSM IV)

GRUPPE A PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSER MED EKSENTRIK PREG	PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE	FREMTREDENDE PERSONLIGHETSTREKK
	<i>Paranoid personlighetsforstyrrelse</i>	Mistenksomhet; selvhenvøring; uberettiget tendens til å føle at andre har onde hensikter.
	<i>Schizoid personlighetsforstyrrelse</i>	Indifferens til mellommenneskelige relasjoner; «ensom ulv».
	<i>Schizotyp personlighetsforstyrrelse</i> (klassifiseres som en symptom-lidelse i ICD-10, F21)	Eiendommelige idéer, fremtoning og adferd.
GRUPPE B PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSER MED DRAMATISK PREG, USTABILITET OG KONTROLLERIST	<i>Dyssosial personlighetsforstyrrelse</i>	Manglende samvittighet og evne til empati; uansvarlig og antisosial adferd; irritabilitet og aggressivitet.
	<i>Følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse</i>	Manglende stabilitet i selvilde, stemningsleie og mellommenneskelige relasjoner; manipulerende, selvmordstrusler og parasuicidal adferd.
	<i>Dramatiserende personlighetsforstyrrelse</i>	Overdrevne, overfladiske følelsesuttrykk; søker stadig oppmerksomhet og anerkjennelse.
	<i>Narsissistisk personlighetsforstyrrelse</i> (denne diagnosen er ikke med i den offisielle ICD-10 klassifikasjonen)	Overdreven, men skjør selvfølelse; overfølsomhet for andres vurdering; selvcentrert; tendens til depresjon.
GRUPPE C PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSER PREGET AV ENGSTELSE OG AVHENGIGHET	<i>Tvangspreget personlighetsforstyrrelse</i>	Tendens til perfektjonisme, rigiditet og formalisme; unngår eller utsetter beslutninger; overdrevent samvittighetsfull.
	<i>Engstelig / unnvikende personlighetsforstyrrelse</i>	Fryktsom, konfliktsky; utilpass i sosiale sammenhenger; sårbar for kritikk.
	<i>Avhengig personlighetsforstyrrelse</i>	Uselvstendig, overlater til andre å ta avgjørelser, avhengig og underkastende adferd.

Tabell 5

Behandling ved personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser

Et godt behandlingsopplegg begynner med utredning og diagnostikk. Tradisjonell medisinsk utredning har ofte vært overveiende problemorientert. Når det gjelder behandling ved personlighetsproblematikk, er det viktig å legge minst like stor vekt på å kartlegge pasientens ressurser og mestringmuligheter. Pasienter som kommer til behandling på grunn av personlighetsmessige forhold har ofte nokså sammensatte problemstillinger. Behandlingen blir derfor sammensatt, og ofte vil flere instanser være inne i bildet (Primærlege, psykiatrisk sykepleier i kommunen, arbeidskontor, trygdekonto, sosialkontor, 2. linje-tjenesten, pårørende, ...). Behandlingen kan dreie seg om tilrettelegging av ytre forhold, om arbeid med pasientens nære relasjoner og nettverk, eller om intrapsyriske forhold hos pasienten. Behandlingsmålsetningen kan være mer eller mindre ambisiøs: *Symptomlindring* er alltid et mål, men det kan være vanskeligere å ta stilling til hvor fort man skal oppnå symptomlindring, og med hvilke midler (Når er det indikasjon for å dempe angst med benzodiazepiner, ...). *Bedre mestring* av egen personlighetsmessig sårbarhet er likeledes et selvsagt mål (Er det andre og bedre måter å håndtere det på når du ...). For noen pasienter er det også mulig å få *større selvinnsikt*, men dette er ikke noen automatisk målsetning ved enhver personlighetsproblematikk. Mulighetene for å nyttiggjøre seg større selvinnsikt er bedre hvis selvinnsikten ledsages av større selvaksept. Det kan imidlertid kreve mye følelsesmessig støtte over lang tid å ta sin

egen personlighetsmessige sårbarhet innover seg. Behandleren må med andre ord gjøre seg opp en mening om pasienten vil kunne nyttiggjøre seg større selvinnsikt før han eller hun gjør dette til en del av behandlingsmålsetningen. Bedring i betydningen *økt følelsesmessig integrering* og redusert personlighetsmessig sårbarhet er et ærgjerrig mål, og vil ofte kreve langvarig og spesialisert behandling.

Et tilbakevendende tema i behandlingen av pasienter med personlighetsproblematikk er spørsmålet om bruk av medikamenter. Temaet er behandlet i flere av referansene på litteraturlisten, og vil ikke bli gjennomgått her. Generelt er å si at det ikke finnes medikamentell behandling som er spesifikk for personlighetsforstyrrelser som sådan. Som andre kan pasienter med personlighetsproblematikk ha nytte av psykofarmaka for spesifiserte psykiske symptomer. Effekten er imidlertid ikke alltid like god, og noen av pasientene har lett for å få uttalte bivirkninger. Forskrivning av medikamenter til pasienter med personlighetsforstyrrelser må derfor følges nøye opp.

Psykiatrisk behandling har et spesifikt *intervensjons-* eller *tiltaks-* aspekt, og et uspesifikt, allmennmenneskelig *relasjons-* aspekt. De spesifikke tiltakene knytter seg til pasientenes spesifikke symptombilder og individuelle livsomstendigheter. Tiltakene kan spenne over et vidt register, kognitiv terapi ved angstlidelser, medikamentell behandling av me-

lankolier og psykoser, skjerming ved maniforme tilstander, sosialpsykiatriske tiltak o.s.v.. Mye av behandlingseffekten er imidlertid knyttet til de uspesifikke, relasjonelle faktorene som kommer til uttrykk i kvaliteten på pasient/behandler-kontakten. Dette relasjonsaspektet kan (og bør) ivaretas i all samhandling med pasientene. Det er ivaretagelsen av dette uspesifikke relasjonsaspektet som gjør et tiltak til psykiatrisk behandling i egentlig forstand. Det handler om empati, d.v.s. å ta inn og la seg berøre følelsesmessig av pasientens situasjon og lidelse, uten å miste grensen mellom seg selv og pasienten. Et annet uttrykk for formidlingen av en slik empatisk grunnholdning er *følelsesmessig bekræftelse*:

- Å bekrefte er å høre og se med hjertet
- Å bekrefte er å forstå følelsesmessig
- Å bekrefte er å formidle til den andre en følelse av å bli forstått, tatt alvorlig, respektert
- Å bekrefte er å stadfeste den andres subjektive opplevelse og gi den gyldighet
- Å bekrefte er å gi opplevelse mening ved å dele den
- Å bekrefte er et bærende element i all psykiatrisk behandling
- Å bekrefte er et bærende element i all menneske«behandling»

Personlig slitasje og personlig vedlikehold i arbeidet med mennesker med personlighetsproblematikk

Arbeid i omsorgsykker innebærer nær kontakt med andre mennesker, både pasienter og medarbeidere. Når personlig kontakt innebærer følelsesmessig nærhet, både til seg selv og andre. På den ene siden er dette en berikelse og et privilegium. På den annen side er dette krevende og utfordrende, særlig når det dreier seg om intense og smertefulle følelser. Dette er ofte tilfelle i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser, spesielt når det dreier seg om høy grad av personlighetsmessig sårbarhet og personlighetsforstyrrelser. Pasienter med høy grad av personlighetsmessig sårbarhet eller personlighetsforstyrrelser er følelsesmessig lite integrerte. De har problemer med å romme sine egne smertefulle følelser, og trenger andre for å ta imot og romme disse følelsene. Omsorgsarbeidere blir ofte mottakere av slike smertefulle følelser. Når en følelsesmessig velintegrert person har det vondt og ber om hjelp, vekker det som regel medfølelse og ønske om å hjelpe. Når en person som er følelsesmessig lite integrert har det vondt og overveldes av dette, får mennesker omkring vedkommende ofte en følelse av at han eller hun ikke ber om hjelp, men at han eller hun *forlanger* hjelp. Dette vekker lett en følelse av å bli misbrukt eller manipulert, og man står igjen med en følelse av å være mislykket og udugelige. I det første tilfellet har et menneske

bedt et annet om å dele smerten, i det andre tilfellet har et menneske prøvd å bli kvitt smerten ved å transportere den til en annen.

I nært samarbeid mellom mennesker skjer det hele tiden en utveksling av følelser. Samarbeidet fungerer godt og er gjensidig berikende når denne utvekslingen skjer i form av å *dele*. Ved å dele det som skjer, får begge parter en gjensidig følelsesmessig bekræftelse. Samarbeidet blir vanskelig, frustrerende og oppsplitende når denne utvekslingen skjer i form av (forsøk på) transport av smerte til andre. Istedenfor en gjensidig bekræftelse, blir det et ensidig forsøk på å bli av med sin egen smerte.

Det er nødvendig å arbeide med sin egen følelsesmessige integrering for å håndtere dette på en god måte. Å arbeide med sin egen følelsesmessige integrering vil si å være nær sine egne følelser, og dele dem med andre. På den måten blir man bedre i stand til å romme både sine egne, sine medarbeideres og sine pasienters følelser. Men ingen kan romme hverken egne eller andre menneskers følelser alene over tid. Mennesket er skapt til sosialt fellesskap og er avhengig av å dele sine opplevelser med andre jevnlig. Derfor er det viktig at det settes av tid til å dele følelser og opplevelser, slik at man kan gi hverandre gjensidig bekræftelse, og på den måten avlaste hverandre følelsesmessig, og bidra til hverandres videre følelsesmessige integrering og personlighetsmessige modning.

Referanser

1. Torgersen S, Kringlen E & Cramer V: *The prevalence of personality disorders in a community sample*. Archives of General Psychiatry 2001 June;58(6):590-6.
2. Gravdal T: *En av syv i Oslo i ubalanse*. Aftenposten 15.06.01. <http://www.aftenposten.no/forbruker/helse/d216328.htm>
3. Dahl A A: *Personlighetsforstyrrelser*. Kapittel 19, side 385-417 i: Dahl A A, Eitinger L, Malt U Fr & Retterstøl N: Lærebok i psykiatri. Gyldendal 1994.
4. Dahl A A & Dalsegg, A: *Sjarmør og tyrann. Et innsyn i psykopatenes og ofrenes verden*. Tano Aschehoug 1997.
5. Evang A: *Det vanskelige liv. Om nærhet og vekst, smerte og livsvilje*. Cappelen 1990.
6. Karterud S Urnes Ø & Pedersen G.(red.): *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Pax 2001.
7. Monsen J: *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*. Utdrag fra klinisk psykologi. Tano 1990.
8. Torgersen S: *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Universitetsforlaget 1995.
9. Lingjærde O: *Bruk av psykofarmaka ved personlighets- og atferdsforstyrrelser, og ved aggressivitet*. Kapittel 19, side 599-607 i: Lingjærde O: Psykofarmaka. Medikamentell behandling av psykiske lidelser. Høyskoleforlaget 2001.
10. Nissen T: *Medikamentell behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighet*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2000; 120: 2135-41.