



**LISA EKSELIUS** är professor i psykiatri vid Uppsala universitet och överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Hon disputerade 1994 på en avhandling med titeln Personality disorders in the DSM-III-R. Den röda tråden i hennes fortsatta forskning har framför allt rört olika aspekter av personlighet och personlighetssyndrom.

## Personlighet och personlighetssyndrom

Personlighetssyndrom är vanliga. Människor med personlighetssyndrom är väldigt sårbara. De löper ökad risk att drabbas av andra psykiska eller somatiska sjukdomar, och för flera av personlighetssyndromen är risken för självmord kraftigt förhöjd.

Men vad är då personlighetssyndrom? För att förstå det måste man först definiera *personlighet*. Enligt Världshälsoorganisationen WHO är personlighet vårt ganska stabila mönster av tankar, känslor och beteenden. Det är unikt för var och en av oss. Man tänker sig att personligheten är uppbyggd av ett stort antal personlighetsdrag: ångest, oro, impulsivitet, att lätt bli frustrerad eller arg och så vidare.

Personligheten beror delvis på faktorer i omgivningen och delvis på våra gener. Det kan vara upp till 50 procent ärftlighet och resten omgivningsfaktorer: uppväxt, relationer till föräldrar, kamrater, skola och så vidare. Vilka gener som har betydelse för vår personlighet vet vi ännu inte mycket om.

## I 30-årsåldern blir personligheten stabilare

Personligheten formas under uppväxten och tonåren. Tidigare trodde man att den var ganska färdig när man nådde vuxenåldern, men senare forskning visar att det är först i 30-årsåldern som vi blir relativt stabila i vår personlighet.

Man kan undersöka personlighetsdrag med hjälp av olika formulär, där personen tar ställning till påståenden och man kan sätta siffror på olika personlighetsdrag. Det vanligaste sättet att mäta personlighetsdrag i dag är att utgå från Big Fiveteorin.

Personligheten är viktig för vår hälsa. Framför allt är det några drag som har stor betydelse – de vi kallar neuroticism eller ångestrelaterade personlighetsdrag. Neuroticism är förknippad med ökad risk för flera psykiska sjukdomar, och även för en del psykosomatiska sjukdomar.

## TIO OLIKA PERSONLIGHETSSYNDROM

Enligt diagnossystemet DSM finns det tio olika personlighetssyndrom. Baserat på gemensamma egenskaper delas dessa in i tre olika grupper, så kallade kluster.

**KLUSTER A** omfattar tre personlighetssyndrom: schizoid, schizotyp och paranoid. Exempel på dessa är bland annat människor som är extremt inbundna, har bisarra föreställningar eller är överdrivet misstänksamma.

**TILL KLUSTER B** räknas fyra personlighetssyndrom: borderline eller emotionellt instabilt personlighetssyndrom, antisocial, narcissistisk och histrionisk. Den här gruppen brukar beskrivas som dramatiska personlighetssyndrom.

**I KLUSTER C** hittar man mer räddhågsna människor, med ångsligt personlighetssyndrom (tidigare kallat fobiskt), osjälvständigt eller tvångsmässigt.



**EXTREMA PERSONLIGHETSDRAG.** Man räknar med tio olika personlighetssyndrom uppdelat i tre olika kluster.

## Extrema personlighetsdrag som ger lidande

Personlighetssyndrom är, enkelt uttryckt, personlighetsdrag som är så extrema att de orsakar lidande, men också påtagliga funktionsstörningar. I det mycket använda diagnossystemet DSM räknar man med tio olika personlighetssyndrom (se ruta).

Gemensamt för hela gruppen är att det handlar om mycket sårbara individer, som har ökad risk att drabbas av andra psykiska eller somatiska sjukdomar. De är också i riskzonen för att råka ut för olycksfall eller andra traumatiska händelser, och självskaðebeteende och självmordsbeteende är vanliga.

## Stor grupp i befolkningen

Personlighetssyndrom är vanliga. Förekomsten i befolkningen uppskattas till 5–10 procent. Inom primärvård finns inte många studier gjorda, men studier från Storbritannien visar att var fjärde patient som kommer till vårdcentralen har personlighetssyndrom. Inom psykiatri och beroendevården är de betydligt vanligare: Siffrorna kan ligga på från 20 till 30 procent och ända upp till 70 procent.

I DSM har man mycket strikta kriterier för att ställa diagnos. Dels gemensamma kriterier för alla personlighetssyndrom, och dels specifika för vart och ett av dem. Ett av de gemensamma kriterierna är att man har ett mönster av sätt att tänka, känna och bete sig på, som tydligt avviker från vad som förväntas i personens miljö.

Det här mönstret av personlighetsdrag ska också vara varaktigt, djupgående och oflexibelt, och dessutom orsaka påtagligt lidande eller funktionsstörningar. Man har inte en släng av personlighetssyndrom då och då. Det etablerar sig tidigt i livet och är ganska stabilt, även om det kan variera i svårighetsgrad.

## Kvalificerade och omfattande intervjuer

I diagnostiken kan man använda självbedömningsinstrument, där personen kryssar ja och nej på screeningfrågor och får beskriva sina svårigheter. Men det viktigaste är kvalificerade och omfattande intervjuer som ger god kännedom om personen. Personlighetssyndrom är allvarliga tillstånd, och en noggrann diagnos är viktigt för att skapa en bra behandlingsplan för patienten.

Det är viktigt att komma ihåg att personlighetssyndrom är tillstånd som går att behandla. Målet är att få de extrema dragen att bli mer adaptiva, att personen får mer adekvata sätt att hantera känslor och beteenden och en bättre kommunikation med sin omgivning.

Det finns generella strategier när det gäller behandlingsmål. Här kommer bemötandet in. Människor med personlighetssyndrom, särskilt med borderline, är nästan hudlösa och mycket känsliga för hur vi uttrycker oss och bemöter dem. Det måste man jobba noga med. Det är också viktigt att teamet tillsammans med patienten lägger upp en vårdplan, och håller fast vid den.

## Psykologbehandling är förstahandsval

Förstahandsval vid personlighetssyndrom är psykologbehandling. Det finns flera olika. Vid borderline har dialektisk beteendeterapi, DBT, blivit den dominerande behandlingen och har goda behandlingsresultat. Men det finns också andra som visar goda resultat, både vid borderline och vid några andra tillstånd.

Många av de här patienterna får många läkemedel, trots att det inte finns något specifikt läkemedel för personlighetssyndrom, säger Lisa Ekselius: *”Egentligen ska man försöka undvika läkemedel, på grund av risken för förgiftningar, överdoseringar och självmordsförsök. Dessutom finns det väldigt magra forskningsresultat som tyder på att man skulle få hjälp av läkemedel vid personlighetssyndrom.”*

## Antisocial och borderline

Två av de vanligaste personlighetssyndromen är antisocialt personlighetssyndrom och borderline. *Antisocialt personlighetssyndrom* kännetecknas bland annat av impulsivitet, aggressivitet och svårigheter att känna empati. De här personerna utsätter både sig själva och andra för stora risker.

Omkring 2 procent av befolkningen beräknas ha denna diagnos, som är mycket vanligare hos män än hos kvinnor. Man ser dem inte så mycket inom psykiatri, utan mer i kriminalvården eller rättspsykiatri.

Den vanligaste gruppen personlighetssyndrom som vårdas inom psykiatri – i synnerhet i heldygnsvården – är i stället borderline, även kallat emotionellt instabilt personlighetssyndrom. Gruppen utmärks av en påtaglig instabilitet när det gäller relationer och känslor, med snabba vändningar från eufori till djup förtvivlan. Andelen med borderline i befolkningen uppskattas till cirka 2 procent, och diagnosen är vanligare hos kvinnor än hos män.

### INFORMATION:

**ANBO**, Anhörigförening Borderline. [www.anbo.se](http://www.anbo.se)

**SHEDO** är en ideell förening för att sprida kunskap om ätstörningar och självskadebeteende, och ge stöd åt drabbade och anhöriga. [www.shedo.se](http://www.shedo.se)

## Hög dödlighet i självmord

Den här gruppen är utmanande att möta i vården, bland annat för att känslor och sinnesstämningar växlar så snabbt. Personer med borderline kan också uppträda utagerande.

*”Det är viktigt att minnas att det här beror på att personen har svårt att uttrycka sig på ett mer adekvat sätt”,* säger Lisa Ekselius. *”När vi möter dem i vården måste vi själva vara professionella, mogna och vuxna.”*

Hos människor med borderline finns också andra psykiska sjukdomar i högre omfattning. Självskador är mycket vanliga, men det är också många som drabbas av allvarliga depressioner med hög självmordsrisk.

## Olika möjligheter till förbättring

Hur är prognosen om man har personlighetssyndrom? Det finns inte så många studier av detta.

Men för personlighetssyndrom i kluster A verkar det som de flesta förblir tämligen oförändrade, eller till och med kan försämrans. Inte heller för kluster C finns det så många exempel på framgångsrik behandling – förutom vid ångsligt personlighetssyndrom.

Inom kluster B finns det däremot ganska stora möjligheter att påverka patienten i positiv riktning, framför allt vid borderline personlighetssyndrom. Man vet att det så kallade naturl-förloppet, alltså hur tillståndet utvecklas av sig själv, är gynnsamt i den här gruppen. Med adekvat behandling kan man påskynda de positiva effekterna. Men man måste komma ihåg att skydda patienterna mot sig själva när de är allvarligt suicidala. Däremot är det svårt att påverka antisociala tillstånd. Här är det viktigaste att behandla samtidig alkohol- eller drogproblematik om sådan förekommer.

## Överdödligheten är stor

Lisa Ekselius och hennes kollegor har gjort en studie av hur det har gått för människor med personlighetssyndrom som har vårdats på sjukhus, både inom psykiatri och i den somatiska vården. De tittade på en 25-årsperiod, och på alla som vid något tillfälle varit inlagda med den diagnosen.

Studien visade att det fanns en stor överdödlighet i gruppen. Det syntes i alla stora somatiska sjukdomsgrupper, men också i så kallade onaturliga dödsorsaker. Där hittar man bland annat självmord, olyckor och mord, och allra störst var självmordsrisken.

*”Det här är en sårbar grupp och tillståndet är ofta allvarligt”,* säger Lisa Ekselius. *”Vi upplever dem ofta som utmanande, och är inte alltid så rädda om dem som vi borde vara. Ju mer professionella vi kan bli i vårt bemötande, desto större nytta kan vi göra för de här patienterna.”*

### LÄS MER:

**Jörgen Herlofson, Lisa Ekselius:** *Personlighetssyndrom. I Herlofson m fl: Psykiatri* (Studentlitteratur 2016).

**Sigmund Karterud m fl:** *Personlighetspsykiatri* (Studentlitteratur 2014).

**Anna Kåver, Åsa Nilsson:** *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabilt personlighetsstörning* (Natur & Kultur 2002).

**Svenska Psykiatriska Föreningen:** *Personlighetssyndrom – kliniska riktlinjer* (Gothia Fortbildning 2017).



PSYK-E BAS

Faktabladet bygger på en föreläsning med samma namn. Föreläsningen ingår i Psyk-E bas, ett kompetenhöjningsprogram som ges som uppdragsutbildning vid Karolinska institutet.