



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Hvordan kan man best forstå og håndtere unnvikende personlighetsforstyrrelse og dyssosial personlighetsforstyrrelse?**

Trond Frostad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 45

Molde, 26.05.2015



# Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja     nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja     nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja     nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 26.05.2015**

Antall ord: 10713

**Hvordan kan man best forstå og håndtere  
unnvikende personlighetsforstyrrelse og dyssosial  
personlighetsforstyrrelse?**

## *Innhold*

1. Innledning	7
2. Problemstilling, definisjoner og avgrensninger	8
2.1 Bakgrunn for valg av temaet	8
2.2 Forforståelse	8
2.3 Problemstilling og avgrensninger	9
3. Metode	10
3.1 Søket	11
3.2 Kildekritikk	12

## TEORI

4. Personlighetsforstyrrelser: Et historisk perspektiv og samfunnsmessige utfordringer	12
4.1 Personlighetsforstyrrelser i et historisk perspektiv	12
4.2 Personlighetsforstyrrelser- utfordringer for den enkelte og for samfunnet	13
4.3 Omfanget av personlighetsforstyrrelser	14
5. Diagnostiske kriterier, definisjoner, DSM-IV og ICD-10	16
5.1 DSM-IV og ICD-10	16
5.2 Definisjoner og diagnosekriterier for personlighetsforstyrrelser	16
5.3 Dyssosial personlighetsforstyrrelse	19
5.3.1 <i>Definisjoner og diagnosekriterier</i>	19
5.3.2 <i>Grensediagnoser</i>	20
5.3.3 <i>Årsaksbakgrunn</i>	20
5.3.4 <i>Behandlingsmuligheter</i>	24

5.4 Unnvikende personlighetsforstyrrelse	25
5.4.1 Definisjoner og diagnosekriterier	25
5.4.2 Grensediagnoser	27
5.4.3 Årsaksbakgrunn	28
5.4.4 Behandlingsmuligheter	29
5.5 Sosiale tilpasningsvansker	29
5.5.1 Definisjoner av sosiale tilpasningsvansker	30
5.5.2 Tilknytning og mentalisering	31
5.5.3 Sårbarhet og resiliens	33
5.6 Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: Kan dette overføres til dyssosial personlighetsforstyrrelse?	34

## DISKUSJON

6. Organisering av trekk	36
6.1 Gjennomgående trekk	36
6.2 Manglende mentalisering	38
6.3 Spesifikke trekk	39

-Sammenligning av årsaksbakgrunn og karakteristika for de to typene-  
likheter og forskjeller. Sammenhenger?

6.4 Drøfting og sammenligning av årsaksbakgrunn og kjennetegn	40
6.5 Potensiale for endring	41
7. Konklusjon	42
Litteraturliste	44

## ***1.0 Innledning***

Denne oppgaven handler om to typer personlighetsforstyrrelser; Engstelig personlighetsforstyrrelse og dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Oppgaven beskriver, definerer og forklarer personlighetsforstyrrelser med fokus på engstelig og dyssosial type. Oppgaven handler om årsaksforhold, forekomst, kjennetegn og behandling, samt beskriver personlighetsforstyrrelser i et historisk og samfunnsmessig perspektiv. Sosiale tilpasningsvansker i barndom og ungdom blir deretter definert og beskrevet. Avslutningsvis drøftes sammenhenger mellom engstelig og dyssosial personlighetsforstyrrelse og sosiale tilpasningsvansker i barndommen. Jeg samler trådene fra teoridelen og kommer med egne konklusjoner med tanke på hvordan engstelig og dyssosial personlighetsforstyrrelse best kan forstås og håndteres i fremtiden.

Sosiale tilpasningsvansker i barndom kan være en årsak til utvikling av personlighetsforstyrrelser i voksen alder, Dette er derfor et tema som hører naturlig hjemme i denne oppgaven.

Engstelig og dyssosial personlighetsforstyrrelse arter seg totalt forskjellig og innebærer fullstendige motsetninger når det gjelder atferd hos målpersonene. En del av hensikten med denne oppgaven er derfor å avdekke om disse lidelsene har lik eller forskjellig årsaksbakgrunn og eventuelt hvorfor samme årsaksbakgrunn kan gi et så ulikt sykdomsbilde.

## **2.0 Problemstilling, definisjoner og avgrensninger**

### ***2.1 Bakgrunn for valg av temaet***

Temaet er valgt fordi jeg har stor interesse for å lære mer rundt årsaksforhold knyttet til personlighetsforstyrrelser. Rusomsorg og psykiatri er fagområder som ofte blir trukket frem når det gjelder behov for utvikling av behandlingstilbud og oppfølging av pasienter. Innenfor begge disse fagfeltene finnes det mange pasienter med forskjellige typer personlighetsforstyrrelser. Økt forståelse for, samt kunnskap om ulike typer personlighetsforstyrrelser, vil derfor kunne bli både etterspurt og nødvendig i fremtiden.

### ***2.2 Forforståelse***

Min subjektive oppfatning av problemstillingen kan sikkert ha kommet til å prege oppgaven selv om jeg har bestrebet meg på å være mest mulig objektiv og åpen for andre forståelser av temaet. Min hensikt med oppgaven er å tillegne meg kunnskaper om personlighetsforstyrrelser generelt samt disse to typene spesielt. Dette inkluderer kunnskaper om årsaksbakgrunn, kjennetegn, behandlingsmuligheter og prognoser. Selv om jeg bestreber meg på å være objektiv, kan det nok i enkelte tilfeller hende at teorier fra ulike bøker og kilder har større sjanse for å bli brukt dersom de stemmer overens med min egen forforståelse.

Mye av min forforståelse har sin bakgrunn i arbeidserfaring med psykisk utviklingshemmede mennesker med diagnoser for ulike personlighetsforstyrrelser. Jeg har også erfaring fra barnevernsinstitusjon der mange av ungdommene viser personlighetstrekk som passer med diagnosekriterier for forskjellige personlighetsforstyrrelser. Mange av disse ungdommene har hatt en vanskelig bakgrunn og har utviklet problemer med å forholde seg til andre mennesker på en sosialt akseptert/normal måte.



Jeg er nok også preget av informasjon fra media, der dekningen av store kriminalsaker ofte kan beskrive gjerningsmannen som en ustabil person som sannsynligvis lider av personlighetsforstyrrelser. Medieomtale av barnevernssaker beskriver ofte barn som er utsatt for omsorgssvikt eller som er traumatiserte på forskjellige måter. Disse barna har ofte utviklet sosiale tilpasningsvansker, og har som en følge av dette, store problemer med å delta i yrkeslivet eller på andre viktige samfunnsarenaer.

### **2.3 Problemstilling og avgrensninger**

Følgende problemstilling ligger til grunn for oppgaven;

*”Hvordan kan man best forstå og håndtere engstelig personlighetsforstyrrelse og dyssosial personlighetsforstyrrelse?”*

Problemstillingen danner bakgrunn for flere interessante spørsmål; -Kan ulike typer personlighetsforstyrrelser ha samme årsaksbakgrunn? Dette er en interessant diskusjon siden disse to typene personlighetsforstyrrelser arter seg totalt forskjellig. Dette blir da et spørsmål om de samme årsakene kan ha totalt forskjellige virkninger.

Og i så fall; -Hvorfor utarter personlighetsforstyrrelser med samme årsaksbakgrunn seg så forskjellig? Kan disse personlighetsforstyrrelsene i større grad forebygges? Og hvordan kan dette eventuelt gjøres?

Problemstillingen er ganske bred og omfattende og jeg har vært nødt til å lage noen avgrensninger. Sammenhengen mellom sosiale tilpasningsvansker og personlighetsforstyrrelser er et ganske omfattende tema og det ligger ikke innenfor rammene av denne oppgaven å besvare alle spørsmål rundt personlighetsforstyrrelser og tilpasningsvansker.

Avgrensningene gjelder i første rekke begrepet sosiale tilpasningsvansker og hva som ligger i dette. I oppgaven fokuseres det på teorier rundt tilknytning, emosjonelle problemer i ungdommen samt atferdsforstyrrelser.

Både atferdsforstyrrelser og tilknytningsvansker blir grundig omtalt, både i beskrivelsen av personlighetsforstyrrelsene og sosiale tilpasningsvansker i kapittel 5, samt i beskrivelsene av resiliens og mentalisering i kapittel 5.

Ifølge Kringlen (2011) har 10-15 prosent av den voksne befolkningen en eller annen form for personlighetsforstyrrelse (2011:160). Dette er derfor et viktig fagområde å skaffe seg innsikt i for medarbeidere i helsesektoren. Karterud, Wilberg og Urnes sier at antisosial personlighetsforstyrrelse er forbundet med rusmisbruk (2010:230) og at personer med antisosial personlighetsforstyrrelse; ”finnes oftere i rusbehandlingsinstitusjoner og i fengsler.” (2010:228). Etter min oppfatning er kunnskaper om personlighetsforstyrrelser derfor svært viktig for alle som kan tenke seg å jobbe innenfor rusomsorg eller psykiatri. Kunnskaper om personlighetsforstyrrelser, samt sammenhenger mellom personlighetsforstyrrelser og ruslidelser er, etter min mening viktige fagområder for både vernepleiere og andre sosialfaglige yrkesgrupper. Dette gjelder også for personlighetsforstyrrelser og sammenhenger med andre psykiske lidelser.

### **3.0 Metode**

I denne oppgaven har jeg brukt litteratursøk som hovedmetode for å finne faktainformasjon og tallmateriale om de to typene personlighetsforstyrrelse som jeg skriver om. Jeg har også hatt mail korrespondanse med forfatteren til en av bøkene jeg refererer mest til. Dette er Svenn Torgersen, som har skrevet boka ”Personlighet og personlighetsforstyrrelser”.

I arbeidet med oppgaven er det benyttet bøker og artikler som består av både kvalitative og kvantitative data. Bruk av både kvantitative og kvalitative data er viktig for å få en oversikt over samt en forståelse for problemstillingen som oppgaven handler om. Kvantitative data er i form av statistikker som er henvist til og gjengitt i faglitteraturen det vises til. Dette er blant annet statistikker over antatt omfang av de forskjellige typene personlighetsforstyrrelser, noe som er viktig for å illustrere hvorfor problemstillingen er interessant i et samfunnsmessig perspektiv. Kvalitative metoder er viktige for å kunne forstå årsakssammenhenger og hvorfor de ulike årsakssammenhengene kan gi seg forskjellige utslag.

### ***Validitet og reliabilitet***

Ifølge Svartdal (2009) dreier *reliabilitet* seg om hvor pålitelige ulike målinger er. Når det gjelder statistikker over utbredelse av personlighetsforstyrrelse, kan vi vel si at testen har høy reliabilitet dersom det er samsvar med andre befolkningsundersøkelser gjort under like forutsetninger. For eksempel bør gjenntatt testing i samme geografiske område og under samme betingelser, gi tilnærmet like resultater dersom reliabiliteten skal være høy.

Ifølge Dahlum (2015) dreier *validitet* seg om hvorvidt vi kan trekke gyldige slutninger av resultatene i en studie eller en måling.

Generelt kan vi vel si at pålitelighet og gyldighet henger sammen. Dersom vi viser til kilder med høy pålitelighet, vil gyldigheten som regel også være høy. Validiteten øker desto flere kilder og undersøkelser vi viser til med høy reliabilitet.

### ***3.1 Søket***

I arbeidet med oppgave har jeg benyttet meg av søkemotoren oria.no for å søke i bibliotekets ressurser. Blant søkeordene kan nevnes; -sosiale tilpasningsvansker, -sosial utvikling, -kognitiv utvikling, -emosjonell utvikling, -motorisk utvikling, -tilknytning, -tilknytningsforstyrrelser, -personlighetsforstyrrelser, -engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse, dyssosial/antisosial personlighetsforstyrrelse, -emosjonelle problemer, -atferdsproblemer/atferdsforstyrrelser.

Det er stor forskjell på antall treff på de ulike søkeordene. Emosjonelle problemer gir for eksempel 350 treff og atferdsproblemer 341 treff. Søk på atferdsforstyrrelser gir imidlertid bare 72 treff, mens søk på dyssosial/antisosial eller engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse gir fra 3-9 treff.

I oppgaven refereres det til flere forskjellige kilder. Dette inkluderer bøker og publikasjoner av anerkjente fagpersoner på området, som for eksempel Svenn Torgersen. I oppgaven henvises det også til flere fagartikler. Disse bidrar etter min mening, til å belyse problemstillingene og utfylle bøkene på en god måte.

### **3.2 Kildekritikk**

Litteraturen det henvises til er skrevet av anerkjente fagpersoner, og i mange tilfeller anbefalt som pensumlitteratur av høyskolen. Databasen det er søkt i er kvalitetssikret av høyskolen. Referanser i oppgaven er stort sett hentet fra primærkilder. I enkelte tilfeller henvises det til internasjonale studier, og der primærkilden står referert til i teksten. Når det gjelder henvisning til mentaliseringsbasert terapi og forskningen rundt dette, er det henvist til Fonagy og Bateman i flere av bøkene og fagartiklene som er referert til i oppgaven. Når det gjelder mentaliseringsbasert terapi, beskrevet i kapittel 6, er primærkilden (Fonagy og Bateman) søkt opp og referert til.

Søk og henvisning til primærkilder bidrar til å kvalitetssikre kildene. Dette bidrar til å sikre at kildene har høy reliabilitet.

## TEORI

### ***4.0 Personlighetsforstyrrelser: Et historisk perspektiv og samfunnsmessige utfordringer***

#### ***4.1 Personlighetsforstyrrelser i et historisk perspektiv***

Kringlen (2011:136) beskriver hvordan personlighetsforstyrrelser tidligere ble inndelt i karakternevroser eller psykopatier, og at dette var den vanlige klassifiseringen i nordisk psykiatri. Forfatteren påpeker mange personlighetstrekk som er typiske for forskjellige personlighetsforstyrrelser, som for eksempel; skyldfølelse, angst, stahet og pirkethet eller overdreven hengivenhet og ettergivenhet. Han beskriver at disse personlighetstrekkene før gikk under betegnelsen karakternevroser, mens betegnelsene psykopati eller sosiopati ble brukt; ”Når karakterforstyrrelsen var preget av trekk som uvanlig impulsivitet, kulde,

ekstrem aggressivitet, eventuelt komplisert med kriminell atferd” (2011:136). Ifølge Kringlen (2011) ble karakternevroser og psykopatier etter hvert slått sammen til personlighetsforstyrrelser.

Torgersen (2008:54-55) viser til klassifisering av trekk hos psykiatriske pasienter i Sentral-Europa rundt forrige århundreskifte, samt Sigmund Freud og den psykoanalytiske bevegelsen som kilden til den moderne forståelsen av personlighetsforstyrrelser. Torgersen skriver videre om amerikansk psykiatri og at amerikanerne var først ute med å klassifisere personlighetsforstyrrelser, i sitt diagnosesystem DSM. Han beskriver DSM systemet som; ”..avansert og banebrytende” (Torgersen, 2008:57), og at DSM systemet har influert andre diagnosesystemer over hele verden, blant andre ICD-10.

#### ***4.2 Personlighetsforstyrrelser- utfordringer for den enkelte og for samfunnet***

Både dyssosial og engstelig personlighetsforstyrrelse skaper i mange tilfeller vansker, både for personen som har personlighetsforstyrrelsen (-e), og for omgivelsene. Folk med dyssosial personlighetsforstyrrelse er, ifølge Karterud, Wilberg og Urnes (2010:228), overrepresentert i fengsler og i rusinstitusjoner, og har ofte et konfliktfylt forhold til sine omgivelser. Folk med unnvikende personlighetsforstyrrelse kan leve med mye angst og har ofte et problematisk forhold både til seg selv og omgivelsene.

Torgersen (2008) viser til Cramer mfl. (2006, 2007), som fastslår at folk med personlighetsforstyrrelser ofte har redusert livskvalitet. Det beskrives videre at; ”...personlighetsforstyrrelser er den kjente størrelsen som i sterkeste grad senker livskvaliteten” (2008:175). Forfatteren forteller at personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse oftere er berørt av negative livshendelser (lovbrudd, fengselsopphold, brudd i forhold med mer), mens personer med unnvikende personlighetsforstyrrelse oftere preges av manglende selvrealisering. Torgersen (2008) beskriver også at begge sannsynligvis opplever liten sosial støtte i sitt liv på grunn av manglende kontakt med andre samt manglende evne til å etablere varige relasjoner.

Det er vel også rimelig å anta at personer, med begge disse formene for personlighetsforstyrrelser, kan skape mye engstelse og utfordringer for personer i sin

familie og omgangskrets? Unnvikende personlighetsforstyrrelse kan føre til store bekymringer for målpersonens ve og vel, blant venner og familie. Dyssosial personlighetsforstyrrelse kan medføre problemer for omgivelsene i forbindelse med rusmisbruk, manglende omsorgsevne og manglende mentaliseringsevne. Dette kan gi seg utslag som vold og kriminalitet. Mentaliseringsevne kan ifølge Skårderud og Duesund (2014) defineres som; ”Å se andre innenfra og seg selv utenfra (Fonagy, Gergely, Jurist & Target 2002)”.

Når vi beskriver samfunnsmessige konsekvenser av dyssosial personlighetsforstyrrelse kan det være interessant å vise til en undersøkelse rundt sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap, omtalt i ”NOU 2010:3, Drap i Norge i perioden 2004-2009” (2010).

Ifølge denne rapporten har personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse større risiko for å begå drap en personer uten slik lidelse. Undersøkelsen konkluderer også med at personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse har en større risiko for drap og alvorlig vold en de fleste andre grupper av psykisk syke. Dette er vel kanskje også rimelig å anta, siden diagnosekriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse inkluderer lav terskel for vold og aggressive utbrudd samt manglende empati.

#### ***4.3 Omfanget av personlighetsforstyrrelser***

Som nevnt i kapittel 2.4 hevder Kringlen (2011) at mellom 10 og 15% av den voksne befolkningen lider av en eller annen form for personlighetsforstyrrelse. Torgersen (2008:172) sier at andelen med antisosial personlighetsforstyrrelse i den norske befolkningen ligger på ca 0,5%. Dette er vesentlig lavere en antatt forekomst internasjonalt, der forekomsten oppgis til ca 2,5%. Karterud/Wilberg/Urnes (2011:228) hevder også at antisosial personlighetsforstyrrelse avtar med stigende alder. De viser til Hare som hevder at dette skyldes mindre antisosial og kriminell livsstil med stigende alder. (Karterud/Wilberg/Urnes, 2010:228) viser også til en undersøkelse av Robins og Price som hevder at 25-30% av ungdommer med atferdsforstyrrelser før 15 års alder utvikler dyssosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder.

Når det gjelder unnvikende personlighetsforstyrrelse anslår Torgersen (2008:172) andelen i den norske befolkningen til ca 3,5%, mot internasjonalt ca 1,5%. I tillegg til dette anslår Torgersen (2008) andelen i befolkningen, med den nært beslektede avhengig personlighetsforstyrrelse, til ca 1%.

Disse tallene kan imidlertid være ganske usikre. Torgersen (2008:171) hevder at estimatene over hvor mange som lider av personlighetsforstyrrelser sannsynligvis er for lave. Torgersen (2008) sier dette blant annet skyldes at et fåtall av mennesker med personlighetsforstyrrelser søker behandling. Han sier videre at det også kan skyldes at mange mennesker med personlighetsforstyrrelser benekter problemer, og derfor vegrer seg for å besvare ulike undersøkelser som har til hensikt å avdekke utbredelsen av personlighetsforstyrrelser i befolkningen. Torgersen (2008:172) fremholder videre at ca 10% av befolkningen i Norge antas å ha personlighetsforstyrrelser. Det er også store variasjoner mellom by og land, der Oslo topper statistikken, med ca 20% av befolkningen, mens det i grisgrendte strøk antas at andelen kan være ned mot 7%. Dette kan vel kanskje skyldes at mange med personlighetsforstyrrelser, og kanskje særlig blant de dramatiske (hysterisk, emosjonelt ustabil og dyssosial (Kringlen, 2011:137)), velger å flytte fra landsbygda fordi byene tilbyr mer muligheter for å forsvinne i mengden? Dette kan ifølge Torgersen (2008:180) skyldes både at folk med en særegen personlighet kan velge å flytte for å slippe belastninger med hån og stigmatisering i et lite samfunn, men også en større frihet til å leve ut ulike særegenheter.

Torgersen (2008:180) sier også at det kan skyldes at mange lever alene i bysentrum under stressende og belastende betingelser, og at dette kan utløse personlighetsforstyrrelser.

Ifølge Torgersen (2008:173) eksisterer det også forskjeller mellom forskjellige land og kulturer. Han nevner Norge som et eksempel, der andelen engstelige, paranoide og schizoide er uvanlig høy mens andelen med personlighetsforstyrrelser av dramatisk art (hysterisk, borderline og dyssosial) er uvanlig lav. Han forklarer dette med kulturen vår og at det kan være vanligere i Norge en i andre land å være innesluttet, sjenert og lite impulsiv. Med andre ord kan det være at det er mindre aksept i Norge for å være utagerende, mens det er mer sosialt akseptert å være innesluttet og tilbakeholden i sosiale settinger? Årsaksbakgrunn for de ulike lidelsene beskrives nærmere i kapittel 5.

Torgersen (2008:176) skriver også litt om varighet og livstidsprevalens for personlighetsforstyrrelser. Ifølge ham er det rimelig å anta at ca 1/3 av befolkningen vil ha en personlighetsforstyrrelse i løpet av sitt liv. Det er altså ganske vanlig at voksne personer kan ha en personlighetsforstyrrelse i en periode av livet og at dette kan være noe som går over etter en stund.

## ***5.0 Diagnostiske kriterier, definisjoner, DSM-IV og ICD-10***

### ***5.1 DSM-IV og ICD-10***

I denne oppgaven henvises det både til det amerikanske diagnosesystemet, DSM-IV, og til det internasjonale klassifiseringssystemet ICD-10, som er utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon og som er det klassifiseringssystemet som er mest vanlig i Europa. Ifølge Kringlen (2011:48) bygger ICD-10 på det amerikanske DSM systemet. Diagnosesystemene bruker forskjellige betegnelser på den ene typen personlighetsforstyrrelser som jeg beskriver i denne oppgaven. DSM bruker betegnelsen antisosial personlighetsforstyrrelse, mens ICD-10 bruker betegnelsen dyssosial personlighetsforstyrrelse. Jeg har valgt å følge ICD-10, og bruker derfor betegnelsen dyssosial.

### ***5.2 Definisjoner og diagnosekriterier for personlighetsforstyrrelser***

Karterud, Wilberg og Urnes henviser til ICD-10, som angir følgende generelle diagnosekriterier for personlighetsforstyrrelser;

Lidelser som ikke direkte kan tilskrives større hjerneskade, hjernelidelse eller annen psykiatrisk lidelse, og som oppfyller følgende kriterier:



- a Tydelig disharmoniske holdninger og atferd som vanligvis omfatter flere funksjonsområder så som følelser, oppmerksomhet, impuls kontroll, måter å oppfatte og tenke på og måter å forholde seg til andre på
  - b Det avvikende atferdsmønstreter er vedvarende og langvarig og begrenses ikke til episoder med psykisk lidelse
  - c Det avvikende atferdsmønstreter er omfattende og klart maladaptivt i forhold til et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner
  - d Manifestasjonene nevnt ovenfor debuterer alltid i løpet av barne- og ungdomstid og fortsetter inn i voksen alder
  - e Forstyrrelsen fører til betydelig personlig lidelse, men det kan ofte først bli tydelig sent i forløpet
  - f Forstyrrelsen er vanligvis, men ikke alltid, forbundet med betydelige problemer i forhold til yrkesmessige og sosiale funksjoner
- (Karterud/Wilberg/Urnes, 2010:211)

Store medisinske leksikon har følgende definisjon på personlighetsforstyrrelser:

Personlighetsforstyrrelser, en gruppe psykiske lidelser kjennetegnet ved avvik i personlighetstrekk som viser seg i form av urimelige reaksjoner og atferd innen mange personlige og sosiale situasjoner. Noen av disse lidelsene viser seg tidlig i individets utvikling som følge av både konstitusjonelle (medfødte) faktorer og sosiale erfaringer, mens andre erverves senere i livet

Engelstad Snoek og Engedal (2008) skiller mellom personlighetsforandringer og personlighetsforstyrrelser, og gir følgende definisjon på sistnevnte:

Personlighetsforstyrrelser utvikler seg fra barndommen av og er vanlige, gjenkjennbare karaktertrekksom opptrer i en overdreven og fastlåst form og fører til uhensiktsmessig atferd (Engelstad Snoek og Engedal, 2008: 120)

Kringlen (2011) gir følgende beskrivelse av personlighetsforstyrrelser:

En personlighetsdiagnose skal bare brukes der trekkene er ekstreme og forårsaker sosial eller arbeidsmessig svikt. Det dreier seg altså om dypt rotfestete, uhensiktsmessige atferdsmønstre som vanligvis viser seg i ungdommen eller

tidligere, og som fortsetter gjennom voksen alder, selv om de blir mindre påfallende med alderen (Kringlen, 2011: 136-137)

Torgersen (2008) beskriver personlighetsforstyrrelser som ekstreme og rigide personlighetstrekk som går på tvers av kulturen vi lever i og som skaper betydelig irritasjon i omgivelsene. Forfatteren forteller videre at personlighetsforstyrrelser innebærer manglende fleksibilitet og at personlighetstrekkene; ”...fører til ubehag og lidelse for en selv eller for andre” (2008:51). Torgersen beskriver også forskjeller i hvordan personlighetsforstyrrelser blir oppfattet i ulike kulturer. Det kan for eksempel være stor forskjell i hvordan aggressivitet blir oppfattet i forskjellige kulturer. I noen kulturer kan aggressivitet være forventet i mange situasjoner, og aggressive personlighetstrekk kan derfor bli sett på som mer positive enn i andre kulturer med lavere toleranseterskel for aggressive utbrudd. Det sentrale her er imidlertid at personlighetsforstyrrelser viser seg gjennom de samme personlighetstrekkene uansett kultur. De kan stå i sterk kontrast til forventningene i en kultur, mens de samme trekkene kan være mer aksepterte i en annen kultur. Trekkene er imidlertid gjennomgående og kulturuavhengig. Torgersen skriver videre at både DSM-IV og ICD-10 har som diagnosekriterium at personlighetstrekkene både er; ”...rigid, uhensiktsmessig og uheldig for tilpasning i sosiale og yrkesmessige situasjoner” (2008:62).

I forhold til ICD-10, som angir diagnosekriteriene, ser vi at det er litt forskjellig hvordan de ulike forfatterne vektlegger de ulike diagnosekriteriene. Både Kringlen, Engelstad Snoek/ Engedal og Torgersen vektlegger at det er karaktertrekk som virker ekstreme og urimelige i forhold til andre personer og samfunnet for øvrig, og at disse trekkene medfører uhensiktsmessig atferd og problemer for den det gjelder. De vektlegger også at disse personlighetstrekkene viser seg i barndom eller ungdom. Store norske leksikon angir årsaksbakgrunn som både medfødte disposisjoner og som ervervede sosiale erfaringer. Diagnosekriteriene i ICD-10 sier også at manifestasjonen av personlighetsforstyrrelser alltid debutterer i løpet av barne og ungdomstid, noe som gjør det ekstra viktig å fokusere på atferdsforstyrrelser og sosiale tilpasningsvansker i barndom og ungdom.

## ***5.3 Dyssosial personlighetsforstyrrelse***

### ***5.3.1 Definisjoner og diagnosekriterier for dyssosial personlighetsforstyrrelse***

Torgersen henviser til ICD-10, når det gjelder definisjon på dyssosial personlighetsforstyrrelse. Han forteller at minimum tre av følgende kriterier må være oppfylt før diagnosen kan stilles;

1. Hard uberørthet av andres følelser
2. Markerte og vedvarende uansvarlige holdninger og ringeakt for sosiale normer, regler og forpliktelser
3. Ute av stand til å forbli i varige forhold, men har ingen problemer med å etablere forhold
4. Svært lav frustrasjonstoleranse og en lav terskel for aggressive utladninger, inkludert vold
5. Manglende evne til å oppleve skyld eller til å lære av uheldige erfaringer, særlig straff
6. Markert tilbøyelighet til å bebreide andre, eller til å komme med plausible unnskyldninger for atferd som har brakt vedkommende i konflikt med samfunnet

(Torgersen, 2008:78)

Torgersen (2008) viser også til DSM-IV sin definisjon av antisosial personlighetsforstyrrelse. Han beskriver at begge systemene er enige om at den dyssosiale (antisosiale) -mangler samvittighet, skyld og anger, -mangler ansvarlighet, -er impulsiv og aggressiv, -følger ikke samfunnets lover, normer og regler (2008:78).

Ifølge forfatteren er den største forskjellen mellom systemene at DSM-IV forutsetter en atferdsforstyrrelse før 15 års alder, samt at DSM-IV legger mer vekt på konsekvenser av

personligheten i form av antisosial eller kriminell atferd. ICD-10 legger vekt på personlige trekk, og beskriver i mindre grad ulike konsekvenser av personligheten.

### ***5.3.2 Grensediagnoser***

Det finnes et par diagnoser som har mange likhetstrekk med dyssosial personlighetsforstyrrelse, og jeg nevner disse kort her.

#### *Sadistisk personlighetsforstyrrelse;*

Ifølge Torgersen (2008) ble denne vurdert tatt inn i DSM-III i 1987, med diagnosekriterier som ligner mye på dyssosial. Forskjellen på dyssosial og sadistisk beskrives gjennom motivene for å bruke vold. Mens personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse har en lav terskel for å bruke vold som middel for å oppnå noe, kan en person med sadistisk personlighetsforstyrrelse ha voldsbruk som et mål i seg selv. Torgersen (2008) skriver om personer med sadistisk personlighetsforstyrrelse; "...det kan synes som om han i tillegg har en særskilt glede av å tilføre andre smerte" (2008:84).

#### *Narsissistisk personlighetsforstyrrelse;*

DSM-IV vektlegger manglende empati, samt et grandios selvbylde og en tendens til å utnytte andre som viktige diagnosekriterier for en narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Narsissistisk personlighetsforstyrrelse finnes ikke i ICD-10. Forskjellen fra en dyssosial personlighetsforstyrrelse er vel først og fremst den dyssosiales spenningsbehov. Dette inkluderer økt sannsynlighet for kriminalitet og rus samt brudd på gjeldende normer og regler. Dette gjelder ikke i samme grad for den narsissistiske personlighet, ifølge DSM-IV.

### ***5.3.3 Årsaksbakgrunn for dyssosial personlighetsforstyrrelse***

I arbeidet med denne oppgaven hadde jeg en samtale med en bekjent som er psykolog. Denne psykologen jobber på en rusinstitusjon, har lang erfaring og er i kontakt med mange av pasientene som er på institusjonen i lengre behandlingsopphold. Ifølge vedkommende

har mange av pasientene dyssosial personlighetsforstyrrelse. Vedkommende kunne ikke angi noen prosentandel og visste heller ikke om noen offisielle statistikker som viste dette. Ifølge denne psykologen hadde de fleste pasientene en bakgrunn fra voldelige og alkoholiserede hjem, og de hadde ofte vært utsatt for omsorgssvikt eller mishandling i barndommen. Livet de hadde levet hadde formet dem til den de var, og mange vanket i dag i belastede rusmiljøer, preget av holdninger om den sterkeste rett. Det er viktig å påpeke her at observasjonene denne psykologen gav uttrykk for, kun var basert på vedkommendes praksis og subjektive opplevelser av diverse pasientsamtaler.

Karterud/Wilberg/Urnes (2010:126) forteller om; ”en tendens til økt forekomst av personlighetsforstyrrelse *hos familiemedlemmer* til pasienter med personlighetsforstyrrelse.”

De henviser videre til Torgersen og Battaglia og hevder at dette i særlig stor grad er tilfelle for personlighetsforstyrrelsene antisosial, schizotyp og borderline. Dette kan indikere en genetisk årsaksfaktor for dyssosial personlighetsforstyrrelse. Karterud/Wilberg/Urnes (2010:126) skriver videre om personlighetstrekk; ”Det man kan si, er at den genetiske influensen er betydelig”. Forfatterne fokuserer på samspillet mellom gener og det miljøet man vokser opp i. Det hevdes også at antisosial personlighetsforstyrrelse forekommer hyppigere hos menn enn hos kvinner (2010:128). Videre henviser de til en tvillingstudie av Dónofrio og medarbeidere (2007) og forteller følgende om resultatene; ”Resultatene kan tolkes slik at gitt et negativt oppvekstmiljø, er gutter mer utsatt for å utvikle atferdsforstyrrelse (og sannsynlig antisosialitet i voksen alder) enn jenter.” (2010:131)

Torgersen (2008:206) skriver om årsakene til personlighetsforstyrrelser, og angir tre områder som forskningen har konsentrert seg om de siste årene: arvelighet, biologiske faktorer og spesielle hendelser i barndommen.

Torgersen (2008) beskriver sammenhengen mellom gener og miljøpåvirkninger og at det er to typer miljøpåvirkning som påvirker utviklingen av personligheten. Den ene typen er familiemiljøet, som blir delt av samtlige familiemedlemmer. Dette kan for eksempel være verdier og holdninger innad i familien, sosiale forhold, økonomi og boforhold eller oppdragerprinsipper i hver enkelt familie. Dette er faktorer som påvirker alle familiemedlemmer og som bidrar til å gjøre familiemedlemmer like. Den andre typen

miljøfaktorer som påvirker oss er de individuelle erfaringene som hver enkelt av oss opplever og som bidrar til å gjøre oss forskjellige. Dette kan være faktorer som påvirker den enkelte utenfor familien; i barnehagen, på skolen, på jobb og i alle sosiale settinger og arenaer vi deltar på som barn, unge og voksne. Torgersen (2008:208-) forteller også om hvilke forskningsmetoder som blir brukt for å finne ut av sammenhengen mellom gener, miljø, personlighet og personlighetsforstyrrelser. Torgersen påpeker at det forskes på likheter og forskjeller mellom eneggede og toeggede tvillinger, forskjeller og likheter mellom bortadopterte barn og deres biologiske opphav samt forskning på likheten mellom tvillinger som er skilt ved adopsjon. Ifølge Torgersen er gener og individuelle erfaringer de faktorene som sterkest påvirker vår personlighet. Han skriver:

...tvillingstudier gir noe høyere anslag når det gjelder arvens betydning for personlighetsutviklingen enn hva familie- og adoptivstudier gjør. Om vi antar at sannheten ligger noe midt imellom det resultatet disse to metodene gir, kan det hevdes at arv forklarer cirka 40 prosent av forskjellene i personligheten i vår vestlige kultur. Felles familiemiljø forklarer fem-ti prosent, mens resten, 50-55 prosent, skyldes individuelle erfaringer som ikke er en konsekvens av genene våre. (Torgersen, 2008:210)

Han skriver videre at anslaget for individuelle erfaringer kan være litt høyt på grunn av unøyaktigheter i målemetoder.

Både Karterud/Wilberg/Urnes (2010) og Torgersen (2008) konkluderer altså med at det finnes en genetisk komponent som spiller en vesentlig rolle i utviklingen av personlighetsforstyrrelser. De hevder begge at forskningen gir ganske klare indikasjoner på at dette er tilfelle. Torgersen (2008) fokuserer på at genene vil bidra til å forme oppvekstmiljøet og at dette til en viss grad kan gjøre at barn er med på å skape sitt eget unike oppvekstmiljø. Torgersen skriver; ”Vår personlighet, vår natur er utgangspunkt for vår valg og handlinger, vi former mer enn vi blir formet av de omstendigheter vi lever under” (2008:174).

Torgersen skriver også om forskningen som er gjort rundt arv (gener) og miljø, og at individuelle erfaringer kan være avgjørende for hvordan vi utvikler oss som personer, og at gen-miljø interaksjonen for disse individuelle erfaringene er spesielt viktig. Altså at vi kan ha medfødte disposisjoner for enkelte psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser, og at

dette i kombinasjon med de individuelle erfaringer vi gjør oss resulterer i hvert enkelt menneskes unike personlighet.

Her er det vel også rimelig å anta at familiemiljøet kan spille en vesentlig rolle, med følgende begrunnelse; Familiemiljøet vi vokser opp i, som for eksempel sosialt miljø, oppdragerstil, lærte verdier og normer, vil kunne ha en stor innflytelse på hvilket miljø og hvilken vennegjeng vi søker mot, omgir oss med og vokser opp i. Det vil med andre ord kunne ha en stor innvirkning på hvilke individuelle erfaringer og påvirkninger vi opplever når vi vokser opp, og individuelle erfaringer betyr, ifølge forskningen som Torgersen (2008) henviser til, ganske mye. Dette perspektivet støttes også av Karterud/Wilberg/Urnes (2010:132) som hevder at våre genetiske anlegg påvirker både mengden av negative livshendelser vi opplever, grad av sosial støtte og type oppdragelse vi får. Karterud/Wilberg/Urnes(2010:132) skriver videre; ”Til en viss grad skaper man altså sitt eget miljø”.

Biologiske påvirkninger på personligheten er også drøftet hos både Torgersen (2008) og Karterud/Wilberg/Urnes (2010).

Her vektlegges neurotransmittersubstanser i hjernen stor vekt. Dette beskrives som stoffer som bidrar til informasjonsflyt mellom nervecellene i hjernen, og der de viktigste er dopamin, serotonin og noradrenalin. Ifølge Torgersen (2008:224) fremmer dopamin glede og lystfølelse mens noradrenalin fremmer frykt, stress, engstelighet og irritabilitet. Serotonin hemmer effekten av både dopamin og noradrenalin og fører på den måten til mer moderasjon og forsiktighet.

Karterud/Wilberg/Urnes (2010:133) fokuserer på gener som svekker neurotransmitterreguleringen, og at disse genene kan gjøre oss mer disponerte for negative livshendelser og negative tilknytningsmønstre.

Torgersen skriver om MAO, et stoff som bidrar til nedbrytingen av neurotransmittere i hjernen:

MAO synes ikke å virke så enkelt som bare å minske mengden av neurotransmittere. Det synes heller som om et for lavt MAO-nivå destabiliserer neurotransmitter-aktiviteten. Et sikkert funn er at både impulsive og aggressive mennesker, så vel som antisosiale og mennesker som begår selvmord, tenderer mot å ha et unormalt lavt MAO-nivå. (Torgersen, 2008:223)

Torgersen (2008) forteller videre om mennesker med et naturlig høyt dopaminnivå som aktive og viltre, mens andre; ”søker opplevelser, stimulering, alkohol og stoffer fordi de har et for lavt dopaminnivå.” (2008:224)

Samspillet mellom våre gener og det miljøet vi vokser opp i beskrives altså av flere forskere og forfattere som en mulig årsak til personlighetsforstyrrelser. For dyssosial personlighetsforstyrrelse kan vi kanskje anta følgende sammenheng mellom genetiske anlegg, delt familiemiljø og individuelle erfaringer; Delt familiemiljø (den familien vi vokser opp i og den oppdragelsen vi får) kan føre til atferdsvansker og problemer i barndom og ungdom dersom de riktige genetiske forutsetninger er til stede. Et kaldt familiemiljø kombinert med et sosialt miljø preget av kriminalitet og rus kan for eksempel lede til atferdsvansker i barndom og ungdom, forutsatt genetiske forutsetninger, som igjen kan føre til uheldige valg og erfaringer i ungdommen, som igjen kan føre til antisosialitet i voksen alder?

Det er også verdt å merke seg at flere kilder nevner manglende tilknytning som en årsak til dyssosial personlighetsforstyrrelse. Karterud/Wilberg/Urnes (2010) skriver; ”Personer med antisosial PF har vanligvis et avvisende eller desorganisert tilknytningsmønster” (2010:230). De skriver videre at et av resultatene er redusert mentaliseringsevne, noe jeg kommer tilbake til i kapittel 5.5.2

#### ***5.3.4 Hvilke behandlingsmuligheter finnes for personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse?***

Som nevnt i kapittel 4.2 hevder Torgersen (2008) at det er ganske vanlig å gå inn og ut av personlighetsforstyrrelser. Altså at dette kan være en tilstand som varer over tid og så går over igjen. Dette er etter min mening veldig interessant i et samfunnsmessig perspektiv. Jeg tok derfor kontakt med Torgersen selv, som en del av arbeidet med oppgaven, og spurte han om dette også var tilfelle for dyssosial personlighetsforstyrrelse, som ofte blir betegnet som ett fastlåst mønster og der det er få eller ingen dokumenterte behandlingsmuligheter. Torgersen svarte bekræftende på spørsmålet om det var mulig å gå inn og ut av en dyssosial personlighetsforstyrrelse og at dette også gjaldt for alle typer



personlighetsforstyrrelser. Det interessante er vel da om det er spesielle betingelser som gjør at folk kan gå inn og ut av denne typen og om det går an å forutsi hvem som er fleksible og har potensiale til å gå ut av en slik diagnose på sikt?

Faglitteraturen det henvises til i denne oppgaven er ganske entydig på at dyssosial personlighetsforstyrrelse er vanskelig å behandle. Manglende motivasjon for behandling hos pasienter med dyssosial personlighetsforstyrrelse, blir av flere kilder oppgitt som den viktigste årsaken til at prognosene ofte er dårlig for denne pasientgruppen.

Karterud/Wilberg/Urnes (2010) forteller om manglende motivasjon for endring hos personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse. De sier videre at; ”Noen standardbehandling for antisosial PF finnes ikke” (2010:232). Forfatterne viser til Hare som forsker på behandling av antisosiale etter prinsipper fra blant annet mentaliseringsbasert terapi.

Karterud/Wilberg/Urnes (2010) forteller at enkelte med dyssosial personlighetsforstyrrelse søker seg til behandling, men at dette stort sett dreier seg om personer med borderline personlighetsforstyrrelse i tillegg. Mentaliseringsbasert terapi (MTB) forklares nærmere i kapittel 5.6. Dette er en terapiform som hevdes å ha dokumentert effekt for behandling av borderlinepasienter. I kapittel 5.6 stilles spørsmål om denne terapiformen kanskje også kan overføres til behandling av pasienter med dyssosial personlighetsforstyrrelse.

## ***5.4 Unnvikende (engstelig) personlighetsforstyrrelse***

### ***5.4.1 Definisjoner og diagnosekriterier for unnvikende personlighetsforstyrrelser***

I det forrige kapittelet beskrives karakteristika og årsaksbakgrunn for dyssosial personlighetsforstyrrelse. Fokuset rettes nå mot unnvikende personlighetsforstyrrelse, som ligger i den andre enden av skalaen for personlighetsforstyrrelser. Dette kan karakteriseres som den andre enden av skalaen fordi denne lidelsen gir seg helt andre utslag en dyssosial personlighetsforstyrrelse. Folk med dyssosial personlighetsforstyrrelse gjør seg ofte bemerket på en eller annen måte. De kommer seg ofte opp og frem i næringslivet, de har ofte familie og fremstår som vellykkede samfunnsborgere og vi hører ofte om dem i kriminalsaker som blir omtalt i media.

Dette står i sterk kontrast til den engstelige personlighet, som har som karakteristika å prøve å unngå oppmerksomhet. Vi kan ta utgangspunkt i ICD-10 definisjonen for engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse, som refereres til av blant andre Torgersen (2008);

Minst 4 av følgende kriterier må være tilstede:

- 1 Vedvarende og gjennomgående følelser av spenning og engstelse.
- 2 Tror at vedkommende er sosialt udyktig, uten personlig appell eller mindre verdt enn andre
- 3 Overdreven opptatthet av å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner
- 4 Lite villig til å ha noe å gjøre med andre mennesker så sant vedkommende ikke er sikker på å bli likt
- 5 Begrensninger i livsstilen på grunn av behovet for fysisk sikkerhet
- 6 Unngåelse av sosiale eller yrkesmessige aktiviteter som innebærer mye mellommenneskelig kontakt av frykt for å bli kritisert, mislikt eller avvist (Torgersen, 2008:104)

DSM-IV definerer, ifølge Torgersen (2008: 104) unnvikende personlighetsforstyrrelse på følgende måte;

Et vedvarende mønster av sosial tilbakeholdenhet, en følelse av ikke å strekke til og overfølsomhet for negative vurderinger, som starter i tidlig voksen alder, og som manifesterer seg i en rekke sammenhenger, angitt ved minst fire av følgende kriterier:

- 1 Unngår sosiale og yrkesmessige aktiviteter som innebærer mye mellommenneskelig kontakt av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning
- 2 Er ikke villig til å involvere seg med andre mennesker så sant vedkommende ikke er sikker på å bli likt
- 3 Er tilbakeholdende i intime forhold av frykt for å bli beskjemmet eller latterliggjort
- 4 Er besatt av frykten for å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner
- 5 Er hemmet i nye mellommenneskelige situasjoner på grunn av følelsen 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 tenker det kan føre en i forlegenhet

(Torgersen, 2008:104)

Vi ser at definisjonene er ganske like og fokuserer på de samme egenskapene; lav selvsikkerhet, overdreven nærtakenhet og usikkerhet i sosiale settinger. Vi ser også at DSM-IV har med et eget punkt om frykt for intime forhold. Dette er ikke inkludert i ICD-10 definisjonen. ICD-10 har imidlertid med et punkt (6) om frykt for å bli avvist i sosiale situasjoner som innebærer mye mellommenneskelig kontakt. Det er etter min mening ganske logisk at personer med denne typen personlighetsforstyrrelse også vil ha store problemer med å etablere intime forhold til andre mennesker. Det kan kanskje bli veldig slitsomt i lengden å være sammen med en person som hele tiden trenger bekreftelse på å være likt og som er ekstremt passiv og angstfylt i forhold til nye aktiviteter og sosiale settinger?

#### **5.4.2 Grensediagnoser**

##### *Avhengig personlighetsforstyrrelse:*

Inneholder mange likhetstrekk med engstelig. Forskjellene er, ifølge kriteriene til DSM-IV og ICD-10, at personer med avhengig personlighetsforstyrrelse har store problemer med å greie seg på egen hånd. De har ofte en total avhengighet til andre personer som de knytter til seg, og de søker etter forhold og relasjoner der de kan motta støtte og omsorg. Folk med engstelig personlighetsforstyrrelse greier seg ofte bra alene, og er i tillegg angstfylte og redde for å etablere relasjoner. Disse to typene personlighetsforstyrrelser kan tilsynelatende gi seg ganske like utslag som ettergivenhet, usikkerhet og overdreven nærtakenhet. Forskjellen er likevel vesentlige da den avhengige, som det fremgår av navnet er avhengig av andre og stadig på søken etter folk som vedkommende kan støtte seg til, mens den unnvikende (engstelige) er redd for avvisning og vegrer seg for å etablere relasjoner.

### **5.4.3 Årsaksbakgrunn for engstelig personlighetsforstyrrelse**

I kapittel 5.1.3 gikk jeg igjennom en del faktorer som kan bidra til utviklingen av personlighetsforstyrrelser og dyssosial spesielt. I dette kapitlet kommenterer jeg mange av de samme faktorene i forbindelse med engstelig personlighetsforstyrrelse.

Faglitteraturen som jeg henviser til i denne oppgaven er ganske entydig på at gener spiller en vesentlig rolle i utviklingen av personlighetsforstyrrelser. Det blir hevdet, som jeg beskriver i 5.1.3, at gener og individuelle erfaringer representerer det viktigste bidraget til utviklingen av personlighetsforstyrrelser. Dette må vi vel også regne med stemmer for utviklingen av engstelig personlighetsforstyrrelse. Vi har en genetisk disposisjon som, i kombinasjon med de rette miljøpåvirkninger, fører enkelte i retning av en engstelig personlighetsforstyrrelse.

Braarud og Nordanger (2011) henviser til Perry (1994) som sier at: "...nervesystemets raske utvikling i småbarnstiden innebærer en ekstra sårbarhet for intense og smertefulle stimuleringer og for fravær av stimulering" (2011:968). Forfatterne henviser videre til forskning på vold, omsorgssvikt og traumatisering som skjer i småbarnsalder, og hevder at vi i småbarnsalderen er spesielt følsomme for både god påvirkning og for ulike typer traumatisering. De viser videre til utviklingen rundt selvregulering og tilknytning, som jeg kommer tilbake til i kapittel 5.5.2.

Braarud og Nordanger viser til Cloitre et al. (2009) og Terr (1991), som forklarer hvordan utrygg tilknytning kan føre til svekkede selvreguleringsferdigheter, og at dette kan vise seg i form av;

Vekslende og motsetningsfylte følelser og atferd, som opplevelse av tomhet, vedvarende tristhet, dissosiasjon og unngående sosial atferd på den ene siden, og lett mobiliserbart sinn, hypersensitivitet for affektive stimuli, vansker med å roe seg ned, og aggressiv eller avhengig sosial atferd på den andre siden (2011:970)

Vi kan vel utfra dette anta at vold og omsorgssvikt, i kombinasjon med arv, kan føre til personlighetstrekk som beskrevet i diagnosekriteriene for engstelig personlighetsforstyrrelse. Karterud/Wilberg /Urnes (2010:254) beskriver også en utrygg tilknytning som mulig årsaksfaktor til engstelig personlighetsforstyrrelse.

En annen mulig årsaksbakgrunn for engstelig personlighetsforstyrrelse, beskrives av Torgersen (2008). Han forteller om forskjellige signalstoff (nevrottransmittere) i hjernen der balansen mellom ulike signalstoff gir et biologisk perspektiv på årsakssammenhengen for ulike personlighetsforstyrrelser. Torgersen (2008:226) sier at et lavt dopamin nivå i hjernen kan være et kjennetegn på engstelig personlighetsforstyrrelse.

Torgersen (2008) sier også at det er ting som kan tyde på at forskjellige personlighetsforstyrrelser blir påvirket av kulturen i forskjellige land. Blant annet er engstelig personlighetsforstyrrelse ganske vanlig i land med kaldt klima og en spredt bosetning, mens denne typen personlighetsforstyrrelse er mindre vanlig i andre deler av verden, der flere bor i byer og det er større rom for en mer impulsiv livsstil (2008:179).

#### ***5.4.4 Hvilke behandlingsmuligheter finnes for engstelig personlighetsforstyrrelse?***

Som nevnt i kapittel 5.1.3 er det fullt mulig å gå inn og ut av alle typer personlighetsforstyrrelser, og dette gjelder også for engstelig type. Torgersen (2008:314) beskriver den unnvikende pasienten som ideell for psykoterapeutisk behandling. Han beskriver hvordan tilnærmingen til disse personene kan gjøres gjennom å utvikle; ”et *overføringsforhold* mellom pasient og behandler” (2008:301). Dette går, ifølge Torgersen, ut på å etablere en tett relasjon til pasienten og der; ”pasienten fatter en sterk emosjonell interesse for behandleren” (2008:301). Tanken er at pasienten da identifiserer behandleren med tidligere personer i sitt liv, og på den måten utvikler en trygghet til behandleren. Stikkordene er, ifølge Torgersen, tillit og fortrolighet. Behandleren må forsøke å bruke tid på å bygge en relasjon til pasienten for deretter å kunne; ”arbeide med pasientens varhet for krenkelser og avvisning” (2008:314).

### ***5.5 Sosiale tilpasningsvansker***

Engelstad Snoek og Engedal skriver om (2008;149) sosiale relasjonsforstyrrelser, og beskriver dette som problemer relatert til manglende tilknytning til omsorgspersoner.

Borge (2010:39-) skriver om sosiale tilpasningsvansker og beskriver; ”to hovedgrupper av psykiske atferdsforstyrrelser hos barn” (2010:39). Disse to hovedgruppene er, ifølge Borge (2010), atferdsproblemer og følelsesmessige (emosjonelle) problemer. Det forklares videre; ”atferdsproblemer innebærer konflikter med omgivelsene, mens følelsesmessige problemer innebærer problemer med en selv” Borge (2010:39).

Forfatteren viser til Borge (1994b, 1996a), Nøvik (1999 og 2000), Mathiesen (2002), Vikan (1985) og Wangby ofl. (1999) som angir forekomsten av alvorlige atferdsforstyrrelser hos alle barn til 6%. Hun skriver videre (2010:40) at alvorlige tilfeller av emosjonelle forstyrrelser, i form av depressive tilstander, forekommer hos 1-3% av barn i 8-12 års alder, økende til 8% etter puberteten.

Atferdsforstyrrelser i barne og ungdomsår kan være en indikator på utvikling av problematferd i voksen alder. Engelstad Snoek og Engedal (2008) skriver;

Mange atferdsforstyrrede barn og unge utvikler senere alvorlige personlighetsforstyrrelser, først og fremst dyssosial personlighetsforstyrrelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Engelstad Snoek og Engedal (2008:148)

Karterud/Wilberg/Urnes (2010) forteller at 25-30% av ungdommer som har atferdsforstyrrelser før de er 15, utvikler dyssosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder.

Sosiale tilpasningsvansker, definert som atferdsforstyrrelser eller emosjonelle problemer, bør derfor etter min mening diskuteres i denne oppgaven. Dette fordi mange kilder peker mot ulike sosiale tilpasningsvansker i barndom og ungdom som en viktig predikator for personlighetsforstyrrelser i voksen alder.

### ***5.5.1 Definisjoner av sosiale tilpasningsvansker- emosjonelle problemer og atferdsproblemer***

Kringlen (2011) skriver om psykiske forstyrrelser hos barn, og beskriver avvik som resultat av enten indre konflikter eller et resultat av konflikter mellom barnet og miljøet. Kringlen (2011:403) skiller også mellom emosjonelle og atferdsmessige problemer. *Emosjonelle problemer* beskrives som angst, bekymring, selvsykdom, spiseproblemer eller søvnproblemer.

*Atferdsproblemer* dreier seg, ifølge Kringlen, om aggressiv og antisosial atferd. ICD-10 beskriver kriterier for *atferdsforstyrrelse* (F91); ” Forstyrrelse kjennetegnet ved gjentatt og vedvarende dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen” (2015). ICD-10 angir også at dette ikke kan dreie seg om enkeltstående dyssosial atferd.

Dette stemmer overens med det Borge (2010) skriver om problemer enten i forhold til miljøet eller i forhold til seg selv. Jeg vil i derfor konsentrere meg om disse to hovedformene for sosiale tilpasningsvansker.

På den ene siden dreier det seg om atferd, i form av aggressivitet mot omgivelsene, som bryter med gjeldende normer, regler og det som anses som normalt for alderstrinnet. På den annen side er det snakk om angstfylte eller depressive tilstander som medfører betydelige problemer for det enkelte barn eller den enkelte ungdom i forhold til livsutfoldelse.

### **5.5.2 Tilknytning og mentalisering**

I det foregående har jeg bekrevet at utrygg tilknytning sannsynligvis kan være en årsaksbakgrunn for både unnvikende og dyssosial personlighetsforstyrrelse. Dette støttes blant andre, av Karterud/Wilberg/Urnes (2010), som skriver; ”Individer med personlighetsforstyrrelser har oftere utrygge tilknytningsmønstre enn andre” (2010:68).

Tilknytning innebærer strategier vi lærer oss for å forholde oss til andre mennesker på en sosialt akseptert og adekvat måte. Ifølge Bunkholdt (2000:175) er de første 2 leveårene en kritisk fase for hvilke tilknytningsstrategier barnet utvikler. Barnets tilknytning til primære omsorgspersoner lærer barnet hvordan de skal forholde seg til omverdenen og til andre personer. Ifølge Helgesen (2011) skaper en trygg tilknytning et klima og et grunnlag for at barnet kan utforske verden. Forfatteren beskriver videre at trygg tilknytning er et grunnlag for en god emosjonell og kognitiv utvikling (2011:156). Dette medfører også at barnet lærer seg å kjenne igjen og å regulere egne emosjonelle impulser. Dette kalles *selvregulering*.

Abbou/Haugland/Årnes (2009) beskriver speiling som et viktig moment i tilknytningsprosessen, og at omsorgsgiver må speile barnets følelsesuttrykk på en korrekt og markert måte for at barnet skal lære seg å kjenne igjen egne følelser og impulser. Dette vil igjen kunne føre til at barnet overfører dette til andre personer og lærer seg å kjenne igjen følelsesmessige uttrykk hos andre og å knytte disse til bestemte følelser. Barnet lærer altså å kjenne seg selv og sine emosjonelle impulser, samt å tolke mimik og følelsesuttrykk hos andre på en korrekt måte.

Sentralt i teoriene om tilknytning er at mangel på korrekt speiling av følelser, mangel på trøst eller omsorgspersoner som ikke utgjør en ”trygghetsbase” for barnet, kan medføre problemer i tilknytningsprosessen. Dette kan innebære at barnet ikke lærer regulering av egne følelser eller ikke lærer seg gode strategier for å omgås andre mennesker. I slike tilfeller snakker vi om utrygg tilknytning. Dette kan for eksempel skje dersom primær omsorgsgiver er fraværende eller truende.

Braarud og Nordanger (2011) beskriver hvordan kompleks traumatisering av barn kan lede til desorganisert tilknytning som igjen kan føre til strukturelle endringer i mellomhjernen (amygdala og hippocampus), redusert volum og avvikende regulering i deler av høyre hjernehalvdel (i deler som regulerer emosjonelle prosesser). Dette kan igjen lede til manglende kognitiv kontroll over atferd og følelser, personlighetsmessige problemer og diverse funksjonsvansker.

Karterud/Wilberg/Urnes (2010) skriver at; ”Utrygge tilknytningsmønstre er generelle risikofaktorer for utvikling av psykiske problemer” (2010:66). De beskriver videre sammenhenger mellom utrygg tilknytning og personlighetsforstyrrelser i voksen alder. Dette blir koblet til studier gjort rundt sammenhengen mellom mentalisering og utrygg tilknytning;

Det er gjort flest funn om mangelfull utvikling av mentalisering og senere personlighetspatologi hos barn som har hatt desorganisert mønster, det vil si manglende strategier for hvordan de skal håndtere sine emosjoner og forståelse av omsorgspersonene (Karterud/Wilberg/Urnes, 2010:66)

Vi ser at manglende mentalisering kan kobles til utvikling av personlighetsforstyrrelser, noe jeg kommer tilbake til i kapittel 6.



### 5.5.3 Sårbarhet og resiliens

Karterud/Wilberg/Urnes beskriver hvordan gener påvirker hvor sårbare hver enkelt av oss er for negative livshendelser og utvikling av psykisk lidelse (2010:124-130). De beskriver videre hvordan enkelte medfødte egenskaper kan bidra til å gjøre enkeltindividet mer motstandsdyktig mot psykisk sykdom. Borge (2010) skriver om ”tefloneffekten” og beskriver dette som ulike faktorer som bidrar til at skadelige miljøfaktorer tilsynelatende preller av på enkelte barn og unge, mens andre tar skade av de samme miljøbetingelsene. Ulike faktorer som bidrar til motstandsdyktighet mot skadelige miljøbetingelser og negative livshendelser beskrives som resiliens.

Borge viser til den britiske barnepsykiateren Michael Rutter’s definisjon av resiliens;

Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik. (Rutter 2000) (Borge, 2010:14)

Borge (2010) beskriver videre ulike beskyttende egenskaper hos enkelte barn som bidrar til å beskytte dem under vanskelige oppvekstforhold og som kan bidra til at de takler traumatiske opplevelser uten å få varige skader. Slike barn blir ofte betegnet som ”løvetannbarn” på norsk. Det fortelles videre om at resiliens ikke utvikles på grunnlag av egenskaper hos barnet alene, men i et samspill mellom barnet og omgivelsene. På samme måte som for personlighetsforstyrrelser, kan det altså se ut som at personlige og medfødte egenskaper kan gjøre et barn disponert for å bli resilient, men bare dersom bestemte miljømessige faktorer også virker samtidig. En viktig miljøfaktor for at resiliens skal utvikles, er sosial støtte. Dette innebærer at barna opplever støtte og oppmuntring fra venner, familiemedlemmer, trenere eller venner, og at dette bidrar til å gjøre disse barna sterkere og bedre rustet til å tåle store belastninger. I motsetning til resiliens står sårbarhet og ulike sårbarhetsfaktorer. Ifølge Borge kan sårbarhet være et noe missvisende begrep fordi graden av sårbarhet vil; ”varierte over tid, med situasjoner og personlighet” (2010:30).

Det hevdes at ingen er usårbare, men at barn reagerer forskjellig og individuelt på samme typer påkjenninger.

Hun skriver videre at det er ; ”naturlig å forsøke å finne ut hvilke beskyttelsesfaktorer som bidrar til et godt voksent liv tross en dårlig barndom” (2010:142). Det viktigste for å utvikle resiliens hevdes å være gode sosiale relasjoner eller sosial støtte.

Et annet viktig moment som kan gi resiliens, spesielt i kombinasjon med god sosial støtte, er genetik (Borge 2010:157). Samspillet mellom arv og miljø er altså viktig, også for å oppnå resiliens. Borge forteller videre at resiliens kan være situasjonsbetinget, og inneha individuelle egenskaper. Enkelte mennesker er resiliente overfor enkelte typer miljøpåvirkning, men ikke resiliente overfor andre typer påvirkning. Hun sier videre; ”Man tenker seg at et individs reaksjoner på miljøet er påvirket i en bestemt retning av hans eller hennes genetiske utrustning” (2010:159).

Man kan vel her tenke seg at personer med genetiske anlegg for atferdsforstyrrelser og antisosialitet kan bli beskyttet av et positivt familiemiljø og et positivt oppvekstmiljø med gode venner uten atferdsforstyrrelser.

Det kan vel også bety at en vanskelig familiesituasjon og en vanskelig barndom kan motvirkes av genetiske anlegg for resiliens kombinert med gode venner og god sosial støtte. Borge avslutter med blant annet å forklare at; ”En genetisk sårbarhet kommer først til syne under dårlige miljøforhold” (2010:169).

### ***5.6 Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: Kan dette overføres til dyssosial personlighetsforstyrrelse?***

I denne oppgaven henvises det blant annet til en hovedoppgave om *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse*.

Ifølge forfatterne av denne oppgaven er terapiformen spesielt egnet for borderline pasienter da disse ofte er motivert for behandling (Abbou/Haugland/Årnes, 2009:2). Dette i motsetning til personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Som beskrevet i kapittel 5.3.4 er det uvanlig at folk med dyssosial personlighetsforstyrrelse søker seg til behandling. De kommer som regel inn i et behandlingsforløp gjennom tvangsmessige pålegg og er ofte lite motiverte for endring.

Oppgaven om mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse fokuserer på å trene opp evnen til å mentalisere. Dette definerer forfatterne, Abbou/Haugland/Årnes (2009); ”som evnen til å forstå seg selv og andre gjennom å oppfatte og tolke egen og andres mentale tilstand (Bateman, Fonagy, Skårderud & Karterud 2007).”

Fonagy og Bateman (2010), henviser til tilknytningsteorier som et grunnlag for mentaliseringsbasert terapi.

Mentaliseringsevnen og evnen til å føle empati er svekket hos personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse. Dette er et viktig diagnosekriterium både i ICD-10 og i DSM-IV. Abbou/Haugland/Årnes (2009) beskriver mentaliseringbasert terapi som inndelt i tre faser. Fase en består av informasjon om behandlingen til pasienten samtidig som pasient og terapeut gjennomfører en evaluering av pasientens; ”mentaliseringsevne og personlighetsfungering” (2009:14).

I fase to jobber terapeuten med pasientens evne til refleksjon. Målsetningen er å gjøre pasienten bedre rustet til å tolke andres følelser og tanker. I siste fase legges planer for oppfølging og videre progresjon, i samråd med pasienten.

En viktig grunn til at jeg velger å ta med teori om mentaliseringsbasert terapi, er at det er en ganske stor komorbiditet blant mennesker med personlighetsforstyrrelser. Mange personlighetsforstyrrelser overlapper hverandre og det er ganske vanlig at pasienter med personlighetsforstyrrelser har flere typer. Ifølge Karterud/Wilberg/Urnes (2010); ”er antisosial PF positivt forbundet med narsissistisk, borderline og histrionisk PF..” (2010:231). Ifølge mailkorrespondanse med Svenn Torgersen er det mulig å pendle mellom dyssosial personlighetsforstyrrelse og engstelig personlighetsforstyrrelse, og fleksibiliteten med tanke på variasjon i personlighetstrekk kan i noen tilfeller være stor. Siden det er ganske vanlig å ha kryssdiagnosene dyssosial og borderline og å pendle mellom disse tilstandene, kan dette tyde på at mange mennesker med dyssosial personlighetsforstyrrelse på et eller annet tidspunkt er motivert for behandling da de føler på problematiske sider ved egen personlighet. I så fall kan denne terapiformen kanskje være effektiv i forhold til mange pasienter med diagnoser for både dyssosial og borderline?

Ifølge Torgersen er det kun en liten del av pasienter med dyssosial personlighetsforstyrrelse som er stabile i denne diagnosen på lang sikt.

Karterud/Wilberg/Urnes beskriver at mentaliseringsbasert terapi kan være aktuelt for

dysosiale pasienter; ”med lav psykopatifaktor” (2010:442). Dette kan kanskje indikere at personer med sadistiske personlighetstrekk er mer stabile og vanskeligere å behandle. Sadistisk personlighetsforstyrrelse og sadistiske personlighetstrekk beskrives av Torgersen (2008:88) som stabile og at mulighetene for endring er små. Ifølge forfatteren vil imidlertid trekkene kunne svekkes med årene.

## DISKUSJON

### ***6.0 Organisering av trekk***

#### ***6.1 Gjennomgående trekk***

Skårderud og Duesund (2014) angir problemer med følelseskontroll som et viktig kjennetegn på mennesker med personlighetsforstyrrelser. Følelseskontroll tilsvarer begrepet selvregulering, som er beskrevet i kapittel 5.5.2.

Mange kilder trekker frem vanskeligheter med å regulere både følelser og impulser, som viktige og gjennomgående trekk ved personlighetsforstyrrelser. Vanskeligheter med å forholde seg til andre mennesker på en sosialt akseptert måte, samt manglende mentalisering blir ofte oppgitt som gjennomgående trekk. Et mønster av rigide og lite fleksible personlighetstrekk og handlingsmønstre er også gjennomgående trekk ved personlighetsforstyrrelser. I henhold til kapittel 5.2 er trekkene ofte av en slik karakter at de skaper problemer for den enkelte i forhold til yrkesmessige og sosiale aktiviteter.

Torgersen (2008) skriver om 4 dimensjoner som beskriver og forklarer vår personlighet. Forfatteren forteller at mennesker med personlighetsforstyrrelser ofte representerer ytterpunktene i disse dimensjonene, og kan av og til ha ekstreme skårer på alle dimensjonene. Torgersen (2008) skriver også at folk flest ofte plasserer seg omtrent midt på de fleste dimensjonene, men kan være; ”over eller under gjennomsnittet på minst en av dimensjonene. Da er det denne dimensjonen som karakteriserer dem fremfor de andre” (2008:49). Torgersen (2008) beskriver følgende personlighetsdimensjoner:

*-Sårbarhetsdimensjonen;* Grad av selvtillit, grad av selvstendighet og avhengighet til andre mennesker, følelsesliv (aggressivitet, angst, positiv eller negativ affekt med mer).

Torgersen (2008) beskriver at folk som skårer høyt på denne dimensjonen ofte har lav selvtillit, liten gjennomføringsevne, er ofte avhengig av andre, svært nærtagende og er redd for å ta sjanser. Folk som skårer lavt har høy selvtillit, stor tro på seg selv, er selvstendige og villige til å ta risiko.

*-Intensitetsdimensjonen;* grad av affekter (sinnsstemning)- sterke/svake, aggressiv og pågående eller passiv, intense følelser eller preget av lite behov for opplevelser. Folk som skårer høyt på denne dimensjonen er ofte temeramentsfulle, viser følelser lett, er impulsive og svært sosiale. Folk som skårer lavt blir beskrevet som rolige og sindige. De har ofte mindre sosiale behov og er lite spenningsøkende.

*-Kontrolldimensjonen;* Kontroll av følelser, tanker og behov kontra manglende kontroll og stor grad av impulsivitet. Grad av behov for å kontrollere omgivelsene og andre mennesker. Folk som skårer høyt her har god kontroll over sine følelser og det kan være sjelden at følelser kommer til uttrykk. Folk på den andre enden av skalaen blir ofte oppfattet som svært åpne, og de kan ha få hemninger når det gjelder å utlevere personlige og private spørsmål til omgivelsene. Folk med høy skåre er ofte svært opptatt av detaljer og kan ha vanskeligheter med å slippe opp og å ta ting ”som de kommer”.

*-Realitetssvakhetsdimensjonen;* Torgersen beskriver mennesker med en høy skåre på denne dimensjonen som preget av; ”en relativt kronisk realitetsusikkerhet” (2008:42). Torgersen beskriver videre at personer som skårer høyt på denne dimensjonen har problemer med å regulere indre impulser, er sårbare for ytre stimuli og har vanskeligheter med å tolke ytre stimuli. De har også et usikkert selvilde, opplever en usikker identitet og kan stille spørsmål rundt hvem de egentlig er. Personer som skårer høyt på denne dimensjonen har ofte vanskeligheter med å omgås andre mennesker, noe som kan føre til at de isolerer seg. Problemene kommer særlig til uttrykk i nære relasjoner og i intime forhold, mens en yrkesmessig situasjon med klare oppgaver og ansvarsområder kan fungere bra.

Torgersen (2008) beskriver at folk flest skårer lavt på *realitetssvakhetsdimensjonen*, mens folk med personlighetsforstyrrelser som regel skårer høyt

## **6.2 Manglende mentalisering**

Både dyssosial og engstelig personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av en manglende mentaliseringsevne, selv om dette nok er mer fremtredende hos personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Dyssosial personlighetsforstyrrelse har, blant annet, manglende empati som diagnosekriterium. Manglende evne til å ta på seg eller til å føle skyld og anger er også, ifølge diagnosekriteriene, et viktig kjennetegn ved denne personlighetsforstyrrelsen. Denne tendensen til å bagatelisere eller unnskyldte egne handlinger, selv om de ofte kan være i konflikt med folk flest sine holdninger til rett og galt, kan tyde på en manglende evne til å ”se seg selv”. Med dette menes at personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse kan ha problemer med å se egen oppførsel i perspektiv, samt manglende evne til å oppfatte hvordan egen oppførsel påvirker omgivelsene. Det kan imidlertid også innebære en likegyldighet til hvordan egne handlinger påvirker omgivelsene, eller en likegyldighet til hvordan egne handlinger påvirker andre mennesker. I begge tilfeller tyder dette på en manglende mentaliseringsevne.

Dette kan kanskje også gjelde for personer med unnvikende personlighetsforstyrrelse. Diagnosekriteriene for både DSM-IV og i ICD-10 vektlegger en overdreven fokus på egen person i form av et negativt selvbylde og der fokus er rettet mot frykt for avvisning og kritikk samt oppfatning av egen person som lite tiltrekkende og upopulær. Et stort og negativt fokus på egen person kan kanskje indikere et manglende fokus på andre og dermed manglende innlevelse i andres menneskers problemer? Det kan også representere en feilaktig og oversensitiv oppfatning av egen person. På samme måten som at mange personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse kan ha en litt overdreven tro på egne ferdigheter, kan den engstelige tilsvarende ha en systematisk undervurdering av egne ferdigheter og egne evner i mellommenneskelige relasjoner. Ifølge Karterud, Wilberg og Urnes (2010) kan engstelige i noen tilfeller være preget av; ”...negative oppveksterfaringer, eksempelvis skam og skyldinduserende foreldre” (2010:254), og at

dette kan medføre lav selvtillit og introversjon. De skriver videre at dette kan; ”dekke over en underliggende grandios selvoppfatning og ekshibisjonisme” (2010:254).

Dette kan kanskje tyde på et genetiske forutsetninger, i noen tilfeller, kan være like for begge typer?

På den annen side kan kanskje engstelige ha et totalt forskjellig genetisk utgangspunkt. For eksempel dersom omsorgssvikt og manglende tilknytning leder til introversjon og sinne mot egen person, mens de samme miljøbetingelser også kan lede til antisosialitet.

Dette stemmer imidlertid godt overens med det Torgersen (2008) forteller om. Mange kan ha tendenser til både unnvikende og dyssosial personlighetsforstyrrelse, men da gjerne i kombinasjon med borderline personlighetsforstyrrelse. Ustabilitet i affekter og et ustabil selvilde er også et av kjennetegnene på borderline personlighetsforstyrrelse.

### ***6.3 Spesifikke trekk***

Dyssosial og engstelig personlighetsforstyrrelse representerer ytterpunktene innenfor dimensjonene som er vist til i 6.1 og som beskriver personligheten. De representerer også ytterpunktene i skalaen over forskjellige personlighetsforstyrrelser. Dyssosial er preget av manglende empati, hensynsløshet, behov for spenning og stimuli samt manglende respekt for samfunnets spilleregler. På den andre siden er engstelig personlighetsforstyrrelse preget av usikkerhet, redsel og frykt for avvisning, isolasjon og angst. Blant spesifikke trekk for den dyssosiale kan også nevnes tilbøyeligheten til å manipulere omgivelsene. Dette står i sterk kontrast til den engstelige som er redd for avvisning og derfor er tilbakeholdende og reservert i sosiale settinger. Dette kan kanskje ha en felles årsaksbakgrunn gjennom et ønske om å kunne kontrollere omgivelsene. Den ene gjennom manipulasjon, den andre gjennom isolasjon?

I det følgende vil jeg drøfte hvilke likheter som finnes mellom disse to typene og om dyssosial og engstelig personlighetsforstyrrelse kan ha samme årsaksbakgrunn.

Jeg ser også litt nærmere på sammenhengen mellom sosiale tilpasningsvansker og personlighetsforstyrrelser, samt prognoser og potensiale for endring.

## ***-Sammenligning av årsaksbakgrunn og karakteristika for de to typene- likheter og forskjeller. Sammenhenger?***

### ***6.4 Drøfting og sammenligning av årsaksbakgrunn og kjennetegn***

I kapittel 5.5 beskrives atferdsproblemer kontra emosjonelle problemer. I henhold til dette kan det stilles spørsmål om de samme årsakene kan føre til enten atferdsforstyrrelser, der aggresjonen blir vendt utover og mot omgivelsene, eller emosjonelle problemer der aggresjonen vendes innover mot individet selv.

Antisosial og engstelig personlighetsforstyrrelse har totalt forskjellige symptomer og diagnosekriterier. Det er likevel mye som tyder på at disse formene ofte kan ha en felles årsaksbakgrunn, og spørsmålet blir da hvorfor samme årsaksbakgrunn kan gi totalt forskjellige utslag og symptomer?

Som tidligere nevnt skriver både Torgersen og Karterud/Wilberg/Urnes (2010) at personlighetsforstyrrelser i mange tilfeller kan være forbigående tilstander. Det kan være en fase i livet der enkelte personlighetstrekk, av ulike årsaker, fremstår som ekstreme og gjør at enkelte i en periode tilfredstiller kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. Dette innebærer altså at personlighetstrekk som fører til en diagnose for personlighetsforstyrrelser, ikke nødvendigvis er like fastlåste som mange har hevdet. Ifølge min korrespondanse med Torgersen, kunne dette kanskje spesielt være aktuelt i forhold til pendling mellom ulike personlighetsforstyrrelser. Altså at noen til enhver tid kvalifiserer til en diagnose for personlighetsforstyrrelser, men at typen personlighetsforstyrrelse kan variere over tid. Noen kan også ha flere personlighetsforstyrrelser samtidig, men det vil variere hvilken personlighetsforstyrrelse som dominerer.

Som tidligere beskrevet i denne oppgaven er det svært mye som tyder på at gener er et viktig grunnlag for utvikling av personlighetsforstyrrelser. Vi kan kanskje tenke oss at dyssosial og engstelig personlighetsforstyrrelse kan ha et felles genetisk grunnlag, men at hvilken retning man går i avgjøres av miljømessige betingelser, livshendelser og ulike ytre



påvirkninger. Dette kan da kanskje også gjelde senere i livet? Altså at omstendigheter og begivenheter kan føre den dyssosiale over i engstelig retning eller omvendt?

Som nevnt i kapittel 4, hevder Torgersen at man påvirkes sterkt av den kulturen man lever i. Han forklarer at Norge har en høyere andel av personer med unnvikende personlighetsforstyrrelse i forhold til enkelte andre land, og en lavere andel av personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse. Torgersen forklarer dette med kulturelle forhold og at det er mer aksept i Norge for å være tilbakeholdende og innsluttet enn i mange andre land. Dette kan kanskje bidra til at enkelte barn og unge, som enten er predisponert for utvikling av personlighetsforstyrrelser eller som utsettes for ulike risikofaktorer i oppveksten, kan bli sosialisert inn i et introvert mønster, og der aggresjon og frustrasjon vendes innover mot individet selv, og slår ut i usikkerhet og angst. Det kan da tenkes at enkelte personer med de samme predisposisjoner, i enkelte andre kulturer, kan bli sosialisert inn i et mønster der aggresjon og utagerende livsførsel er mer akseptert, og at disse personene i en annen kultur får antisosiale tendenser heller for unnvikende? Ifølge Torgersen (2008:179) kan det kanskje også skyldes gen-influerte personlighetstrekk, som har utviklet seg over lang tid. For eksempel at aggressivitet, konkurransementalitet og impulsivitet lønner seg mer i land med tettere befolkning, og at innadvendte personlighetstrekk historisk passer bedre i Norge med spredt bosetting og kaldt klima.

### ***6.5 Potensiale for endring***

Ifølge korrespondansen med Torgersen har bare 10% av pasienter med personlighetsforstyrrelse den samme personlighetsforstyrrelsen etter 10 år. Dette viser stort potensiale for endring, noe som kan være gunstig i et samfunnsmessig perspektiv da disse lidelsene kan medføre store samfunnsmessige kostnader og konsekvenser, i form av kriminalitet samt ressurser til behandling og utredning. Det kan også medføre store lidelser for den det gjelder og for personer rundt den det gjelder.

Det kan også tenkes at dagens diagnosesystem ikke gir et fullgodt bilde av tilstandene? Kan det for eksempel være slik at enkelte trekk er av mer forbigående karakter, og utløst av ytre omstendigheter, mens andre personlighetstrekk er av varig karakter og med lite endringspotensiale? Dette vil i så fall kunne ha stor betydning for hvilke typer behandling som blir anbefalt og benyttet overfor de ulike typene personlighetsforstyrrelser.

Økt fokus på forebygging av personlighetsforstyrrelser vil kunne gi store samfunnsmessige gevinster i fremtiden, og øke potensialet for endring hos den enkelte. For å kunne gjøre dette er det sannsynligvis nødvendig å komme inn på et tidligst mulig tidspunkt med effektive tiltak. I den forbindelse kan det være nyttig å fokusere mer på sammenhengene mellom sosiale tilpasningsvansker i barndom og utviklingen av personlighetsforstyrrelser. Resiliens, som beskrevet i kapittel 5.5.3, kan være et viktig moment i dette arbeidet. Dersom hjelpeapparatet kan komme inn på et tidlig tidspunkt overfor barn med atferdsforstyrrelser eller emosjonelle problemer, kan kanskje faktorer som bidrar til resiliens tilføres. Dette kan være sosial støtte i form av støttekontakter eller hjelp til å bygge nettverk, samt hjelp til å fullføre skolegang. På den måten kan både emosjonelle problemer og atferdsforstyrrelser i barndommen brukes som indikatorer for senere utvikling av personlighetsforstyrrelser. Dette kan bidra til at hjelpeapparatet kan komme inn tidlig med tiltak.

## **7.0 Konklusjon**

Vi har sett at gener spiller en sikker rolle for utvikling av personlighetsforstyrrelser. Det er noe mer usikkert hvordan ulike miljøbetingelser spiller inn, men gen- miljø interaksjoner ser ut til å være utslagsgivende for utviklingen av både atferdsforstyrrelser og emosjonelle problemer i barndom, samt personlighetsforstyrrelser i voksen alder.

I og med at de fleste glir inn og ut av en personlighetsforstyrrelse, og at fleksibiliteten i noen tilfeller er så stor at man beveger seg fra dyssosial til engstelig, er det etter min mening særdeles viktig å finne gode måter å trene opp mentaliseringsevnen på for disse pasientene. Utfordringen vil da være å fange opp pasienter som ikke ønsker behandling, samt å greie å motivere pasienter som i utgangspunktet ikke er motiverte for behandling. Personer med engstelig personlighetsforstyrrelse er ofte mer mottakelig for behandling, da de ofte opplever problemer i forhold til eget liv. Det er kanskje enklere å komme i posisjon overfor disse pasientene.

I fremtiden kan vi kanskje i større grad greie å skille varige personlighetstrekk og midlertidige og mer fleksible tilstander? Dette kan føre til at behandlingsmetodene blir mer effektive og målrettede.

I forhold til dyssosial personlighetsforstyrrelse kan det kanskje være fornuftig å videreutvikle analyseverktøy for å avdekke hvem som har dyssosial med tendenser til borderline personlighetsforstyrrelse. Disse vil kanskje tidvis være mottakelig for eksempelvis mentaliseringsbasert terapi. Dette vil kunne øke potensialet for endring hos enkelte. Dette vil også kunne gi store gevinster sett fra et ruspolitisk perspektiv, siden dyssosial personlighetsforstyrrelse ofte henger sammen med rusmisbruk.

På den andre siden kan dette kanskje føre til at personer som befinner seg i den andre enden av skalaen -dyssosial kombinert med sadistisk personlighetsforstyrrelse- kan få et dårligere tilbud. Det kan føre til at enkelte pasienter blir gitt opp av behandlingsapparatet og ”stemplet” som uheldelig. Dette siden dyssosial i kombinasjon med sadistiske personlighetstrekk beskrives som en mer fastlåst form som er vanskelig å behandle. Dette er etisk betenkelig, men kan kanskje løses ved at man setter inn større ressurser på forskning for å finne effektive behandlingsmuligheter for alle typer personlighetsforstyrrelser. Dersom noen av disse pasientene blir ”gitt opp” av behandlingsapparatet, kan dette medføre store samfunnsmessige kostnader. Det kan også medføre store kostnader for den enkelte dersom samfunnet ikke greier å finne effektive behandlingsmetoder.

Økt satsning på forskning rundt årsaksbakgrunner for personlighetsforstyrrelser vil sannsynligvis være gode investeringer sett fra et samfunnsmessig perspektiv. Det er viktig å finne ut hvordan ulike risikofaktorer slår ut, samt hvordan vi kan forebygge disse lidelsene mest mulig effektivt.

Realistiske forventninger til hvem som kan behandles med spesifikke behandlingsmetoder, samt økte kunnskaper om når den enkelte er mottakelig for behandling vil kunne være viktig for å utvikle bedre behandlingsmetoder. Tiltak på et tidlig stadium for å forebygge sosiale tilpasningsvansker i barndom vil være et viktig bidrag i et samfunnsmessig perspektiv.

## Litteraturliste:

Abbou, Joachim, Haugland, Kjell Magnar, Årnes, Herman, Vår 2009, *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse- hva finnes av empirisk støtte for denne behandlingsformen?*, Universitetet i Bergen, det psykologiske fakultet

Braarud, Hanne Cecilie, Nordanger, Dag Øystein, 2011, Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse, *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, Vol 48, nr 10, s 968-972

Bunkholt, Vigdis, 2000, *Utviklingspsykologi*, Universitetsforlaget: Oslo

Dahlum, Sirianne, snl.no, *validitet*, <https://snl.no/validitet> (lest 13.05.15)

Engelstad Snoek, Jannike, Engedal, Knut, 2008, *Psykiatri- Kunnskap, Forståelse, Utfordringer*, Akribe Forlag; Oslo

Fonagy, Peter, Bateman, Anthony, 2010, *World Psychiatry- Official journal of the world psychiatric association (WPA), Mentalization based treatment for borderline personality disorder*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/> (lest 15.05.15)

Helgesen, Leif A., 2011, *Menneskets dimensjoner- Lærebok i psykologi*, Høyskoleforlaget AS; Kristiansand

Helmen Borge, Anne Inger, 2010, *Resiliens- risiko og sunn utvikling*, Gyldendal Norsk Forlag AS; Oslo

Helsedirektoratet.no, 2015, ICD-10, 10 revisjon, *atferdsforstyrrelser*, <https://finnkode.helsedirektoratet.no/-/icd10/ICD10SysDel/2599551/flow> (lest 15.05.15)

Karterud, Sigmund, Wilberg, Theresa, Urnes, Øyvind, 2010, *Personlighetspsykiatri*, Gyldendal Norsk Forlag AS; Oslo

Kringlen, Einar, 2011, *Psykiatri*, Gyldendal Norsk Forlag AS; Oslo

Malt, Ulrik, snl.no- *definisjon personlighetsforstyrrelser*,  
<https://sml.snl.no/personlighetsforstyrrelser> (lest 16.11.14)

Regjeringen.no; *NOU 2010:3, Drap i Norge i perioden 2004-2009; 6. Sammenhenger mellom psykisk lidelse og drap*, [www.regjeringen.no/nb/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/?docId=NOU201020100003000DDDEPIS&ch=1&q=sammenhenger%20mellom%20psykiske%20lidelser%20og%20drap&redir=true&ref=search&term=sammenhenger%20mellom%20psykiske%20lidelser%20og%20drap](http://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/?docId=NOU201020100003000DDDEPIS&ch=1&q=sammenhenger%20mellom%20psykiske%20lidelser%20og%20drap&redir=true&ref=search&term=sammenhenger%20mellom%20psykiske%20lidelser%20og%20drap) (lest 24.02.2015)

Skårderud, Finn, Duesund, Liv, 2014, *Mentalisering og uro. Norsk pedagogisk tidsskrift*, Nr 03/2014, idunn.no (lest 24.02.2015)

Svartdal, Frode, snl.no, *reliabilitet*, <https://snl.no/reliabilitet> (lest 13.05.15)

Torgersen, Sverre, 2008, *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*, Gyldendal Norsk Forlag AS; Oslo (lest 24.02.15)



