



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Forståelse av personlighetsutvikling og risikofaktorer for utvikling av personlighetsforstyrrelser.

Understanding personality development and risk factors for developing personality disorders.

Oddrun Amalie Vullum Lundquist

Totalt antall sider inkludert forsiden: 55

Molde, 24.05.23



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Gunn Eline Sundberg

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 godkjenning.

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

Dato:

Antall ord: 9932

Forord

Personlighetsforstyrrelser er blant samtidens største utfordringer for psykisk helse. Forekomsten er høy (ca. 12% i befolkningen; Volkert, Gablonski, & Rabung, 2018), lidelsestrykket er stort, ledsagende symptomlidelser er mange, belastningen på familier og samfunn er betydelig, og leveutsiktene er dårlige (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2017; Kongerslev & Simonsen, 2017; Simonsen, Meisner, Bach, & Kongerslev, 2018). Men også i befolkningen for øvrig spiller personlighet en større rolle enn tidligere for livsløpet. Når betydningen av faktorer som etnisitet, kjønn, religion, familie og klasse blir mindre, øker betydningen av personlige egenskaper for hvordan det går en i livet. Det gjelder for svært mange områder, slik som utdanning, økonomi, psykisk og fysisk helse, arbeidsførhet, livskvalitet og levelengde (Chapman et al., 2019; Hülür, 2017; Millon & Grossman, 2005).

(Karterud og Kongerslev 2019b, 1)

Sammendrag

Tema i oppgaven er **personlighet og personlighetsforstyrrelser**, med utgangspunkt i en grunnleggende personlighetsteori som forklarer det dimensjonale forholdet mellom dem. Den moderne personlighetsteorien, TAM-modellen, anvendes for å forklare den gjensidige og gjennomgående påvirkningen av temperament, attachement (tilknytning) og mentalisering som grunnelementene i personlighetsutviklingen (Karterud og Kongerslev 2019b). Bakgrunn for valg av tema og problemstilling er økt fokus på pasientgruppen, endringer i forståelse av lidelsen og at det skal lages en nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser.

Opgaven søker å belyse hvordan økt kompetanse om forhold som påvirker personlighetsutviklingen blant profesjoner og andre aktører som jobber med barn og unge kan bidra til å identifisere risikofaktorer for personlighetsforstyrrelser. Hensikt og formål med oppgaven er derfor å fremstille en grunnleggende personlighetsteori med predikativ validitet. For å besvare problemstillingen «**Hvordan kan risikofaktorer for personlighetsforstyrrelse oppdages tidligere, og hvordan kan tidlig identifisering virke forebyggende?**» inkluderer besvarelsen sentrale elementer i evolusjonsteori, tilknytningsteori, utviklingspsykologi og omgivelsenes psykososiale påvirkning på personlighetsutviklingen. På bakgrunn av denne teorien rundes besvarelsen av i en konklusjon om at tidlig identifisering er mulig, og at det forebyggende potensialet er stort.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | Introduksjon | 1 |
| 1.1 | Begrunnelse for tema og problemstilling..... | 1 |
| 1.2 | Avgrensninger | 2 |
| 1.3 | Bruksområde | 3 |
| 1.3.1 | Faglig relevans for vernepleiere..... | 4 |
| 1.4 | Metode | 4 |
| 1.4.1 | Forforståelse..... | 5 |
| 1.4.2 | Litteratursøk | 5 |
| 1.4.3 | Metodekritikk og kildekritikk | 7 |
| 1.4.4 | Feilkilder | 8 |
| 2.0 | Teoretisk referanseramme | 9 |
| 2.1.1 | Definisjoner og presisering | 9 |
| 3.0 | Personlighet | 11 |
| 3.1 | Personlighetsforstyrrelser: Fra prototyper til et dimensjonalt fenomen..... | 12 |
| 3.1.1 | Historikk og forståelse | 12 |
| 3.1.2 | Forekomst, komorbiditet og livskvalitet | 13 |
| 3.1.3 | Når bør diagnosen settes? | 15 |
| 4.0 | TAM-modellen | 16 |
| 4.1 | Temperament: Evolusjonsteori og primære emosjoner | 17 |
| 4.1.1 | Temperament | 17 |
| 4.2 | Attachement: Tilknytningsteori, og tilknytningsmønster | 21 |
| 4.2.1 | Tilknytningsmønster | 24 |
| 4.3 | Mentaliseringsteori: Selvbevissthet og indre arbeidsmodeller | 27 |
| 4.3.1 | Indre arbeidsmodeller | 29 |
| 5.0 | Belastningsforhold | 30 |
| 5.1 | Sosioøkonomiske og kulturelle forhold | 30 |
| 5.2 | Omsorgssvikt | 31 |
| 5.3 | Utviklingstraumer | 32 |
| 6.0 | Drøfting | 33 |
| 6.1 | Konklusjon | 35 |
| 7.0 | Litteraturliste | 37 |

1.0 Introduksjon

«Personlighet er et individs unike variasjon over den menneskelige naturs generelle evolusjonære utforming, tilknytningsmønster og selvreflekterende evne. Den kommer til uttrykk som et utviklende mønster av disponerende trekk, karakteristiske tilpasninger, interpersonlige relasjon og intergrative livshistorier som er innvevd i en kulturell matrix.»

(Karterud og Kongerslev 2019b, 6)

Alle har en personlighet, og den angår alle. Den preget livsløpet og det som inngår i livsløpet ditt. De fleste har en ide om hva personligheten er, og begrepet brukes gjerne i dagligtale for å beskrive hvordan noen er, tenker eller føler. Personlighetsforstyrrelser beskrives gjerne som forstyrret personlighet, eller avvik i personligheten. Denne forståelsen bygger på en forståelse av personligheten som et dimensjonalt fenomen hvor personlighetsforstyrrelse viser til uhensiktsmessige variasjoner av denne.

1.1 Begrunnelse for tema og problemstilling

Bakgrunnen for denne oppgaven er endringene i forståelse av personligheten og personlighetsforstyrrelser som variasjoner av det samme dimensjonale fenomenet. Personlighetsutviklingen foregår i barndommen, og legger som sagt grunnlaget for hvordan vi tenker, føler og handler, både ovenfor oss selv og andre. De fleste teorier om personlighetsutviklingen er begrenset til områder i utviklingen eller forbeholdt et fagområde. For å vise viktigheten av en grunnleggende forståelse for personlighetsutviklingen vil oppgaven gå ut på å forklare hvordan forståelse for TAM-modellen, som er en moderne personlighetsteori, er nødvendig for alle som jobber med mennesker, spesielt barn og unge. Hvordan personlighetsutviklingen foregår, hvilke behov barna har, hvilke forhold som påvirker dem og ikke minst hvordan variasjoner kan fortelle oss mye om prosessene som barna har gjennomgått.

Temaet for oppgaven er derfor **personlighet og personlighetsforstyrrelser**, med fokus på påvirkende forhold under oppveksten, og avvik som påvirker det dimensjonale forholdet i begrepene. For å se på dette temaet har jeg valgt å benytte en moderne personlighetsteori kalt «TAM-modellen» (Karterud og Kongerslev 2019b) som viser hvordan personligheten formes og påvirkes gjennom prosessene i barnets temperament, tilknytning og mentalisering. Teorien har i større grad enn tidligere teorier og bidrag samlet teoretisk forståelse for både personlighet og personlighetsforstyrrelser gjennom evolusjonsteori, utviklingspsykologi og tilknytningsteori. Endringer i forståelse og kunnskap over de siste årene har ført til flere store endringer som skal innføres i årene som kommer, deriblant endringene i diagnostisering. Og utarbeidelse av en nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av personer med personlighetsforstyrrelser for å sikre prioritering av pasientgruppen.

Underprioritering av lidelsen og pasientgruppen er fortsatt et problem, da spesielt følgene det får ved at de som lider ikke blir oppdaget og får riktig behandling tidlig nok. Tatt i betraktning at forekomsten av personlighetsforstyrrelser i den generelle befolkningen er estimert til rundt 12%, har det allerede og vil få store konsekvenser på individnivå og samfunnsnivå, om det ikke prioriteres. Problemstillingen i denne oppgaven er derfor spisset inn til; **Hvordan kan risikofaktorer for personlighetsforstyrrelser oppdages tidlig, og hvordan kan tidlig intervensjon virke forebyggende?**

Problemstillingen har som formål å sammenfatte hvordan ansatte innenfor helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge med kunnskap om personlighetsutviklingen og personlighetsteori kan bidra til tidlig oppdagelse og forebyggende tiltak tidlig i forløpet.

1.2 Avgrensninger

På grunn av omfang har jeg valgt å begrense oppgaven til personlighetsutviklingen og påvirkende faktorer i barndommen, med fokus på temperament, tilknytning og mentalisering fra fødsel til 4-årsalderen. Unntak fra dette er når oppgaven viser de ulike følgene av denne utviklingen, følger av å ha personlighetsforstyrrelse utover ungdomsalder

og voksenlivet, for å vise til lidelsen i livstidsperspektiv. Omfanget av det som inkluderes i utvikling av personligheten er også for det meste begrenset til medfødte egenskaper og evolusjonært betingede behov som påvirkes gjennom psykososiale forhold. Biologiske prosesser eller genetiske årsaker nevnes kun kort. Disse begrensningene er tatt med utgangspunkt i oppgavens formål og hensikt, for økt kompetanse blant ansatte i helse- og sosialfag som jobber med barn og unge. Å fokusere på de psykososiale forholdene gir et bedre utgangspunkt for å forstå de dynamiske prosessene rundt barnet, slik de presenteres gjennom transaksjonsmodellen, og hvordan disse påvirker personlighetsutviklingens byggesteiner i TAM-modellen. Jeg vil derfor også se på påvirkningen av psykososiale forhold som påvirker utviklingen ved å påvirke familien, f.eks. sosial ulikhet i helse som følge av sosioøkonomisk status.

1.3 Bruksområde

Problemstillingen er utformet med hensikt å belyse en grunnleggende forståelse for de ulike forholdene som bidrar til utviklingen av personligheten. For å fremme en like grunnleggende forståelse hvilke faktorer som fremmer og hemmer utviklingen, og hvordan variasjoner av disse prosessene fører til ulike variasjoner av problematikk i personligheten med tanke på personlighetstrekk og –fungering. Hensikten med dette er å påpeke sammenhenger som kan bidra til å forhindre eller forebygge utvikling av personlighetsforstyrrelse i voksen alder gjennom å stoppe eller oppdage forløpet tidlig nok. Målgruppen for oppgaven er derfor ansatte innenfor helse- og sosialfag, særlig de som jobber med barn og unge, men også med tenåringer og voksne, på en slik måte at avvik i personligheten kan identifiseres. For eksempel ansatte i primærhelsetjenesten, skole, barnehage, Pedagogisk-psykologisk tjeneste [PPT], barnevern og andre kommunale tjenester. Det er også disse tjenestene som har virkemidlene som trengs for å sørge for tidlig intervensjon og oppfølging av utsatte barn og unge.

1.3.1 Faglig relevans for vernepleiere

Oppgavens innhold stemmer godt overens med vernepleierens kompetanse og målområde, spesielt med tanke på formål og hensikt med oppgaven. Vernepleierens kompetanse for årsakssammenhenger og livskvalitet i et livstidsperspektiv er absolutt nødvendig og relevant for psykososiale årsaker til lidelse, forebygging av lidelser og folkehelseperspektivet. I forskriften for nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen (2019) beskrives kravene som stilles ved endt utdanningsløp, hvor flere er relevante for oppgaven. Deriblant «[...] bred kunnskap om folkehelsearbeid, sykdomsforebygging og helsefremming på individ-, gruppe- og samfunnsnivå» (ibid., §10 bokstav b) og § 13 bokstav i, som påpeker at vernepleieren skal ha

[...] kunnskap om hvordan sosial ulikhet og sosiale problemer som omsorgssvikt, vold, overgrep, mobbing, rus- og sosioøkonomiske problemer påvirker helse, levekår og livskvalitet

(Forskriften for nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen §13, 2019)

Vernepleierens kombinerte helse- og sosialfaglige kompetanse er unik, og egnet til arbeid innenfor mange sektorer, og med ulike brukergrupper. For arbeid med barn er et særskilt viktig mål å etterstrebe beskyttelse (NOU 2012:5). I det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleier og velferdsvitere (Fellesorganisasjonen 2015) beskrives de etiske grunnlagene for profesjonene, og krav til å forsvare den enkeltes rett til liv, og arbeide for at de en jobber med skal ha så gode levekår og god livskvalitet som mulig. Å inneha kunnskap og kompetanse om å avdekke faktorer som har negative påvirkninger for barns personlighetsutvikling og arbeide for å ivareta barnets beste er derfor uten tvil i samsvar med kompetanseområdet til vernepleieren.

1.4 Metode

Besvarelsen har tatt utgangspunkt i litteraturstudie for innsamling av data og forskningsfunn fra forskere, klinikere og andre som har kompetanse og erfaring til å tolke og formidle resultater som er relevante for å besvare problemstillingen. Litteraturstudie ble valgt ettersom metoden sikter å systematisere kunnskap og funn fra ulike skiftelige kilder

gjennom en prosess av innsamling, gjennomgang og til slutt å sammenfatte det til en helhet i oppgaven (Thidemann 2019). Drøftingsdelen av oppgaven har utgangspunkt i en hermeneutisk tilnærming som vitenskapelig metode, ettersom jeg skal tolke teorien jeg har samlet for så å beskrive noe som allerede har blitt beskrevet.

1.4.1 Forforståelse

Som beskrevet av Aadland (2011) er det en viktig forutsetning ved anvendelse av hermeneutisk innfallsvinkel at jeg har selvinnsett i forforståelsen min. For min del har jeg under studiet jobbet på psykiatrisk sykehus og har derfor tilegnet meg en del kunnskap på egenhånd ettersom lite av problematikken hos pasientene der var inkludert i pensum. Jeg har derfor erfaring med faktiske personer som preges av personlighetsforstyrrelser, hvordan pasientgruppen prioriteres i Norge og hva det innebærer å ha personlighetsforstyrrelse(r). Forforståelsen min er også preget av at jeg ser meg enig i behovet for å prioritere pasientgruppen slik de ble presentert i det faglige oppropet for å bevilge ressurser til å lage en nasjonal faglig retningslinje (Eikenæs m.fl. 2021). Samtidig som jeg mener at omfanget skulle inkludert identifisering og forebygging, ikke bare utredning og behandling.

I oppgaven vil jeg forsøke å begrense å overføre mine meninger til teoridelen, men heller anvende kunnskapen og erfaringen min for å lette formidlingen av denne.

1.4.2 Litteratursøk

For å starte prosessen av å finne søkeord til litteratursøk benyttet jeg en teori-bok som jeg har brukt for å tilegne meg kunnskap før, da spesielt boken «Personlighet» av Sigmund W. Karterud både fordi boken baserer seg på å beskrive TAM-modellen, har blitt vurdert i en artikkel av Hans Ole Korsgaard i Tidsskriftet for den norske legeforening (Korsgaard 2018) og fordi Karterud har erfaring fra både arbeid med og forskning på personlighetspsykiatri og mentaliseringsbasert behandling (Sigmund Karterud 2023). Like vurderinger har også blitt gjort ved vurdering av andre teoribøker.

På grunn av omfanget litteratur som kunne blitt anvendt i ulike deler av oppgaven har jeg forsøkt å forholde meg til nyere litteratur og litteratur som best belyser tematikken med hensyn til oppgavens formål, da at det anvender begrepene i TAM-modellen, og er relevant med tanke på fagområde. Jeg har også valgt vekk litteratur som bare er relevant som fyllstoff, eller som handler om deler av tema som jeg ikke skal inkludere i oppgaven. F.eks. artikler som fokuserer på kun en kategori eller gruppe av personlighetsforstyrrelser. Jeg har ikke forsøkt å gjøre et uttømmende litteratursøk, noe som betyr at det kan finnes områder eller relevant teori som kunne blitt anvendt som ikke har blitt inkludert.

Videre brukte jeg et PICO-skjema, slik det ble forklart av bibliotekar ved høyskolen og i video utgitt av HiMolde som hjelpemiddel til å forberede søkeord. Deler av historikk over litteratursøk ligger i vedlegg 2.

| | P Patient (Pasient) | I Intervention (Intervensjon) | C Comparioson (Sammenligning) | O Outcome (Utfall/resultat) |
|-------------------------|--|---|--|--|
| Norske søkeord | Barn og unge Barn* Ungdom* Tenåring* | Personlighetsutvikling Personlighetsteori Personlighetsforstyrrelse Tidlig identifisering Sosioøkonomisk status Temperament* Tilknytning* Tidlig utredning | Oppvekstforhold ICD/DSM Sen utredning | Personlighetsforstyrrelse Forstyrrelse* Avvik* Diagnose |
| Engelske søkeord | Child* Adolescent* | Personality development Personality disorder Early identification Socioeconomic status Temper* Attachement* Early diagnosis | Maltreatment ICD/DSM Late diagnosis | Personality disorder Disorder* Deviation Diagnosis |

Utfylt PICO-skjema for litteratursøk

I alt har jeg funnet og besluttet å bruke tre teoribøker, ni fagfelleverderte artikler og en NOU til teoridelen av oppgaven. Av artiklene er to skrevet av Karterud og Kongerslev, som handler om TAM-modellen, men en er på engelsk og en på norsk. Her har jeg brukt begge for å sikre at jeg forsto innholdet og oversatt innholdet riktig. Artikkelen av Korsgaard m.fl. (2015) er tilknyttet doktorgradsavhandlingen fra 2017, men på grunn av variasjon i begrepsbruk og innhold har jeg brukt begge. Artikkelen av Klette (2008) var en del av manuset i forbindelse med disputas for doktorgradsavhandlingen fra 2007. Mens artikkelen omhandler personlighetsforstyrrelser og omsorgssvikt, har doktorgradsavhandlingen fokus på tilknytningsteori.

1.4.3 Metodekritikk og kildekritikk

I litteratursøket har jeg brukt høyskolens søkemotor Oria og Ovid, samt Google Scholar. Her har jeg brukt ulike kombinasjoner av søkeordene i PICO-skjema, f.eks. barn* [OG] personlighetsutvikling [OG] oppvekstforhold [OG] forstyrrelse*. For å sjekke bakgrunn for funn i litteratur har jeg forsøkt å finne forskningsrapportene som har blitt brukt i litteraturen gjennom søk i Oria, Ovid eller PubMed. I tillegg har jeg utført søk på regjeringen.no og helsebiblioteket og helsedirektoratet sine sider etter St.Meld., Norges offentlige utredninger ([NOU]), lovverk eller andre offentlige utgivelser som kunne være relevante.

For å vurdere innholdet av litteraturen jeg fant gjennom litteratursøk har jeg laget en kort oversikt over vurderingspunkter med utgangspunkt i Thidemann (2019) for relevans. Disse er angitt i listen under, inklusjonskriterier står i prentes bak. I tillegg til vurderingspunktene gjorde jeg søk i litteraturen før jeg leste gjennom alt, ved å søke på datamaskinen. Etersom jeg hadde bøkene tilgjengelig som E-bok via Norsk lyd- og blindeskriftsbibliotek gjorde jeg dette gjort på lik måte som for artikler og annet.

Vurderingspunkter:

- Relevans for problemstilling (Personlighetsutvikling, Personlighetsforstyrrelse, Risikofaktorer i oppveksten o.l.)
- Er kilden pålitelig? (Tidsskrift må ha fagfelle vurderinger, annen litteratur må være skrevet av eller (for offentlige utgivelser) i samarbeid med fagpersoner innen psykiatri, psykologi, utviklingspsykologi og helse- og sosialfag, eller sitt fagfelt. Helst anerkjente fagfolk med bakgrunn i faget/tematikken de har skrevet om)
- Hvilken avgrensning har litteraturen? (Ift. Personlighetsforstyrrelse ønskes dimensjonalt fenomen, ikke begrenset til kategorier)
- Alder? (Helst skrevet innenfor rammen av 15 år)
- Språk? (Norsk/ engelsk)

1.4.4 Feilkilder

Til tross for anvendelse av kildekritikk er en gjennomgående mulig feilkilde i oppgaven at det noen ganger anvendes forskning fra andre land. På grunn av at det ikke finnes så mye forskning på personlighetsforstyrrelser i Norge, og at mye forskning både innenlands og utenlands er rettet mot enkelte personlighetsforstyrrelser, så jeg meg nødt til å bruke disse kildene til tross for faren for feilkilde. Samt forskningen basert på gjennomsnitt eller funn i en stor gruppe nok uansett hvor den er gjennomført, vil variere noe dersom en annen gruppe hadde deltatt på lik måte.

I tillegg kan det hende at selv om jeg som forfatter av oppgaven søker å forklare de ulike dimensjonene ved personlighetsutviklingen er det som beskrevet av Aadland (2011) ikke garantert at andres forståelse blir lik min egen.

2.0 Teoretisk referanseramme

Jeg har valgt å dele teoridelen i oppgaven inn i fire deler for å gjøre det mest mulig oversiktlig og systematisk. Før disse inngår det en kort redegjørelse for noen begreper som ikke beskrives i teksten.

Første undertittel tar for seg en definisjon av personlighetsbegrepet, personlighetstrekk og -fungering.

Andre undertittel inneholder en kort redegjørelse for nyere historikk over forståelse av personlighetsforstyrrelser, som inkluderer endringer i diagnostiske kriterier og følger av disse. Her inkluderes også forekomst, følger av lidelsen og tidlig inngripen.

Tredje undertittel er delt inn i kronologisk rekkefølge og gjennomgår de ulike delene av TAM-modellen, for personlighetsutviklingen ses i sammenheng med begrepene temperament, tilknytning og mentalisering. Her vil beskrivelsene også utfylles med følger og konsekvenser der det er relevant for å beskrive begreper.

Fjerde undertittel handler om påvirkninger i personlighetsutviklingen, og mulige konsekvenser for livslengde, levekår og komorbiditet.

Til sist vil jeg drøfte resultatene av teorien jeg har samlet og gjennomgå problemstillingen i en konklusjon.

2.1.1 Definisjoner og presisering

Aldersbetegnelser:

Spedbarn: Fra fødsel til 12 måneder. Brukes for å betegne den alle første tiden av barndommen.

Barndom/Barn: Fra fødsel til 12 års alder.

Ungdomstiden/Ungdom/unge: Rundt 11 til 17 års alder.

Patologi: Anses som motsetningen til normalitet, i forhold til personlighet brukes begrepet som *personlighetspatologi* for å henvise til avvik i personligheten eller ved individets fysiske organisme som fører til forstyrrelse i personligheten (Karterud 2017). Bruk av

begrepet forsøkes å begrenses ettersom det oftest brukes for å beskrive personlighetsendringer som følge av hjerneorganisk skade o.l.

Nasjonal faglig retningslinje: En av helsedirektoratets normerende produkter som utarbeides for områder med stor variasjon i praksis og/eller kompetanse. De fungerer som veiledende verktøy som de aktuelle tjenestene må følge, med den hensikt å sørge for likeverdige tjenestetilbud av god kvalitet, bedre ressursbruk, rett behandling, riktige prioriteringer og helhetlige pasientforløp uansett geografisk plassering eller individuelle faktorer som opprinnelse, religiøs tilhørighet, kjønn eller sosioøkonomisk status, og bidra til korrekt prioritering i tjenestene (Helsedirektoratet 2019).

Livskvalitet: Basert på Helsedirektoratet (Nes, Hansen og Barstad 2018) anbefalinger om bruk av livskvalitet som måleverktøy. Brukes i teksten som et samlebegrep for den subjektive opplevelsen og vurdering av generell tilfredshet, frihet, trygghet, respekt, mening, handlefrihet, samfunnsforhold, livsbetingelser, stress, relasjoner, egenfungering, vansker og lignende. Dette fordi hver studie og forfatter som bruker begrepet har ulike begrensninger av begrepets omfang.

3.0 Personlighet

Personlighet er et individs unike variasjon over den menneskelige naturs generelle evolusjonære utforming, tilknytningsmønster og selvreflekterende evne. Den kommer til uttrykk som et utviklende mønster av disponerende trekk, karakteristiske tilpasninger, interpersonlige relasjon og intergrative livshistorier som er innvevd i en kulturell matrix.

(Karterud og Kongerslev 2019b, 6)

Personligheten er måten vi tenker på, måten vi håndterer følelsene våre, og mønstrene som går igjen i måten vi samhandler med andre på. Den er like ulikt og unikt som individet det tilhører, og formes gjennom oppveksten gjennom påvirkning av våre medfødte egenskaper og genetik, omsorgspersonene vi har og deres tilknytningsmønster, og en øvrig gjensidig påvirkning mellom hver og en av oss, miljøet og menneskene rundt oss. Andre faktorer som sosioøkonomisk status, kjønn, seksuell legning, etnisitet, kulturen, samfunnet, familie, venner, sykdom, og mer. Personligheten kommer til uttrykk gjennom ens personlighetsfungering og gjennom personlighetstrekk (Karterud 2017).

Personlighetstrekkene våre har i lang tid blitt ansett som dimensjonale fenomener i den forstand at vi alle utvikler ulike variasjoner eller ulike grader av de samme trekkene. Disse kan også kalles konsistente responsmønstre, og kan betegnes som adaptive eller maladaptive ettersom hvor tilpasningsdyktige de er. De samme vurderingene gjøres av personlighetsfungeringen, men henvises oftere til f.eks. lav fungering eller dysfunksjonell i tilfeller av dårlig tilpasningsdyktighet. Om disse er tilpasningsdyktige betyr at de ikke er til hinder og gjør det mulig for den enkelte å delta i samfunnet, i relasjoner med andre, å tilpasse seg etter omstendighetene og mer. Det finnes flere ulike teoretiske tradisjoner som beskriver personlighetstrekk, som den trekkteoretiske tradisjonen eller femfaktormodellen (Karterud 2017).

3.1 Personlighetsforstyrrelser: Fra prototyper til et dimensjonalt fenomen

3.1.1 Historikk og forståelse

I ICD-11 har det forekommet den største endringen i forståelse og diagnostikk av personlighetsforstyrrelser siden lidelsen ble adskilt fra akse I-lidelser, også kalt Kliniske syndromer som f.eks. depresjon, angst og rusavhengighet m.m., under innføring av det multiaksale systemet i DSM-III i 1980 og de polytetiske diagnosekriteriene i DSM-III-R. Disse endringene har hatt store konsekvenser for forståelsen av personlighetsforstyrrelser. Mens det multiaksale systemet var ment for å sikre at personlighetsforstyrrelser og andre utviklingsforstyrrelser, akse-II-lidelser, ble vurdert og ikke ble oversett til fordel for mer observerbare symptomer på akse-lidelse. Denne endringen er sannsynligvis ifølge Karterud, Wilberg og Urnes (2017) den sosiale og faglige årsaken til økt fokus og fordelingen av fokus mellom de ulike personlighetsforstyrrelsene. Bjelland og Dahl (2008) argumenterer imot aksesystemet og klassifiseringen ved at disse har manglende empirisk støtte, og at en dimensjonal forståelse av lidelsene kunne vært grunnlag for å flytte personlighetsforstyrrelser til akse-I for å «[...] gi dem status som "virkelige" psykiske lidelser» (ibid., 3). De polytetiske kriteriene har vedvart for både DSM og ICD frem til og i ICD-10 og DSM-5. Systemet innebærer at hver av diagnosene har et minimumsantall av diagnosekriteriene som må oppfylles for å sette diagnose. Ifølge Karterud, Wilberg og Urnes (2017) utgjorde egentlig kriteriene beskrivelser av prototyper for de ulike personlighetsforstyrrelsene. Som eksempel viser de til borderline personlighetsforstyrrelse hvor diagnosen kunne settes dersom en oppfylte minst fem av ni kriterier, hvor ingen av kriteriene var verken nødvendige eller tilstrekkelige, som førte til 256 ulike kriteriekombinasjoner. Det betyr at 256 personer kunne få den samme diagnosen, til tross for å ha ulike sykdomsuttrykk, problematikk og behov (Karterud, Wilberg og Urnes 2017).

I ICD-11 har kritikken av de kategoriske modellene blitt hørt, og byttet ut med en dimensjonal forståelsesmodell hvor diagnostikken innebærer ulike steg. Først anvendes de generelle diagnostiske kriteriene for å påvise forstyrrelse i personligheten. Neste steg er en vurdering av personlighetsfunksjon og maladaptive personlighetstrekk.

Personlighetsfunksjon vurderes til en av fire grader, personlighetsforstyrrelse, mild -,

moderat - eller alvorlig personlighetsforstyrrelse. Vurdering av alvorlighetsgrad begrunnes i kjernekomponentene av personligheten som er selvet og interpersonlig funksjon (vedlegg 3), og emosjonelle -, kognitive- og atferdsmessige uttrykk for dysfunksjon i personligheten (vedlegg 4), som knyttes til alvorlighetsgrad etter kjennetegn som også oppgis i ICD-11. Etter vurdering av alvorlighetsgrad kan personlighetsforstyrrelsen spesifiseres til en eller flere fremtredende egenskaper som bidrar til uttrykket av dysfunksjon (vedlegg 5). Disse er negativ affektivitet, distansering, mangelfull hemming, dyssosial og anankastisk, i tillegg til at man kan beskrive personlighetsforstyrrelsen med borderline mønster (Bach og First 2018).

3.1.2 Forekomst, komorbiditet og livskvalitet

I Korsgaard m.fl. (2015) sin studie blant tenåringer i alderen 14-17 år som var henvist til poliklinisk behandling var forekomsten av personlighetsforstyrrelser 21,6%. Videre henviser forfatterne av samme artikkel til studier som viser at forekomsten i den generelle voksne befolkningen er omtrent 13%, opptil 40% av voksne polikliniske pasienter og opptil 71% av voksne innlagte pasienter. Mens andre studier om forekomsten blant tenåringer rangerer mellom 6-17% av den generelle befolkningen, og 41-88% av polikliniske eller innlagte pasienter (Korsgaard m.fl. 2015).

I avhandlingen viser også Korsgaard (2017) til andre forskningsstudier som har fokusert på eller sett funn med relevans for risikofaktorer eller forløpere og konsekvenser av å ha personlighetsforstyrrelser. Deriblant en studie av Soteman, Verherheul og Busschbach (2008) som viser at den opplevde sykdomsbyrden og reduksjon i livskvalitet blant personer med personlighetsforstyrrelser var lik den for pasienter med alvorlig reumatiske sykdommer, lungekreft og Parkinson sykdom. Korsgaard m.fl. (2015) viser også til andre studier som Dunedin-studien (Caspi m.fl. 1997, Caspi m.fl 2000, Caspi m.fl 2003), Chanan m.fl. (2004) og CIC-studien (Children in the Community Study). Funn og drøfting fra disse studiene er også presentert av Korsgaard, Wilberg og Urnes (2017) og inkluderes derfor her.

Dunedin-studien var en langtidsstudie av en kohort med barn i alderen 3 til 21 år med flere publiserte resultater utover flere år. Som gjengitt i Korsgaard m.fl. (2015) viste studien funn som tydet på at tidlige uttrykk av temperament i 3-årsalderen, spesielt de som var lite reaktive og forsiktede, hadde gjennomgripende stor påvirkning på utviklingen av livsløpet og overensstemmelse i personlighetsstruktur, og betydning for interpersonlige relasjoner, psykopatologi og kriminalitet. Samt funn som støttet tanker om at følelsesmessige- og atferdsforstyrrelser i tenårene kan knyttes til personlighetsforstyrrelser. I beskrivelser av funn fra denne studien påpeker Karterud, Wilberg og Urnes (2017) at selv om mange av babyene og barna som var såkalte «vanskelige», med temperamentstype preget av negativitet og lite tilpasningsdyktighet, ofte fikk tilpasningsproblemer senere i livet så var ikke det tilfellet for alle. Følgene av et slikt tilknytningsmønster kan også påvirkes av omsorgs- eller tilknytningspersonene dersom miljøet tilrettelegges på en slik måte at barna utvikler seg i en mer hensiktsmessig retning. Videre påpekes det at studien også viste sammenheng mellom økt risiko for atferdsforstyrrelse, vold og antisosial atferd, spesielt hos gutter som har opplevd mishandling (ibid.).

Chanen m.fl. (2004) utga resultater av en undersøkelse av stabiliteten av personlighetsforstyrrelser hos en gruppe tenåringspolikliniske pasienter, i alderen 15-18 år, over en to-årsperiode. Deltagerne ble vurdert i henhold til spesifikke kriterier i DSM-IV og i forhold til en dimensjonal forståelse for hvilken som helst eller ingen personlighetsforstyrrelse. Resultatet var at 74% av de som hadde oppfylt kriteriene ved starten av undersøkelsen også oppfylte kriteriene etter en toårsperiode. På bakgrunn av dette ble det anslått av diagnostisering, viktigheten av og muligheten for tidlig inngripen også var berettiget for tenåringer med personlighetsforstyrrelser (Karterud, Wilberg og Urnes 2017).

CIC-Studien er enda en viktig kilde til empirisk data om personlighetsforstyrrelser hos tenåringer. Studien viser funn fra langsgående undersøkelser av rundt 800 barn mellom 1 og 10 årsalder, som ble gjentatt når barnas gjennomsnittsalder var 16, 22 og 33 år. Formålet med studien var å se etter tidlige risikofaktorer og tegn for både akse I-og akse II- lidelser, men spesielt med tanke på prognostiske forløp for utvikling av personlighetsforstyrrelser (Karterud, Wilberg og Urnes 2017). I en av rapportene fra

studien viste resultatene et lineært forhold mellom antallet kriterier for personlighetsforstyrrelser blant ungdommer og grad av svekket av livskvalitet. I tillegg har studien vist at kombinasjonen av personlighetsforstyrrelser i tenårene og akse I-lidelser medfører ytterligere reduksjon i livskvalitet. Å oppfylle kriteriene for en personlighetsforstyrrelse ble også forbundet med en betydelig økt risiko for selvmordsforsøk, voldelig og kriminelle handlinger, interpersonlige konflikter og alle akse I-lidelser (Korsgaard 2017).

I en norsk artikkel med utgangspunkt i analyse av NAV-statistikk presenterer Andersen (2021) at personlighetsforstyrrelser er en underdiagnostisert lidelse i Norge, at den sjeldent diagnostiseres tidlig og at svært få kommer seg tilbake i jobb. Ifølge statistikken var det i 2020 over 14300 personer med personlighetsforstyrrelse som mottok trygdeytelse fra nav, hvor de fleste mottok uføretrygd. Fordelingen av mottakere av trygdeytelsene sykepenger (1,7%), arbeidsavklaringspenger [AAP] (13,7%) og uføretrygd (84,6%) tyder på at personer med personlighetsforstyrrelser ofte ikke får diagnosen før etter et år på sykepenger og tre år på arbeidsavklaringspenger. Andersen (2021) konkluderer også med at sen diagnostisering ser ut til å påvirke utsiktene for å komme tilbake i arbeid, noe bare 9% av alle med personlighetsforstyrrelse som går ut fra AAP gjør, mens tallet for andre diagnoser er omtrent 20%. Samt en annen fare med sen diagnostisering som er at man kan komme for sent i gang med rett behandling (Andersen 2021).

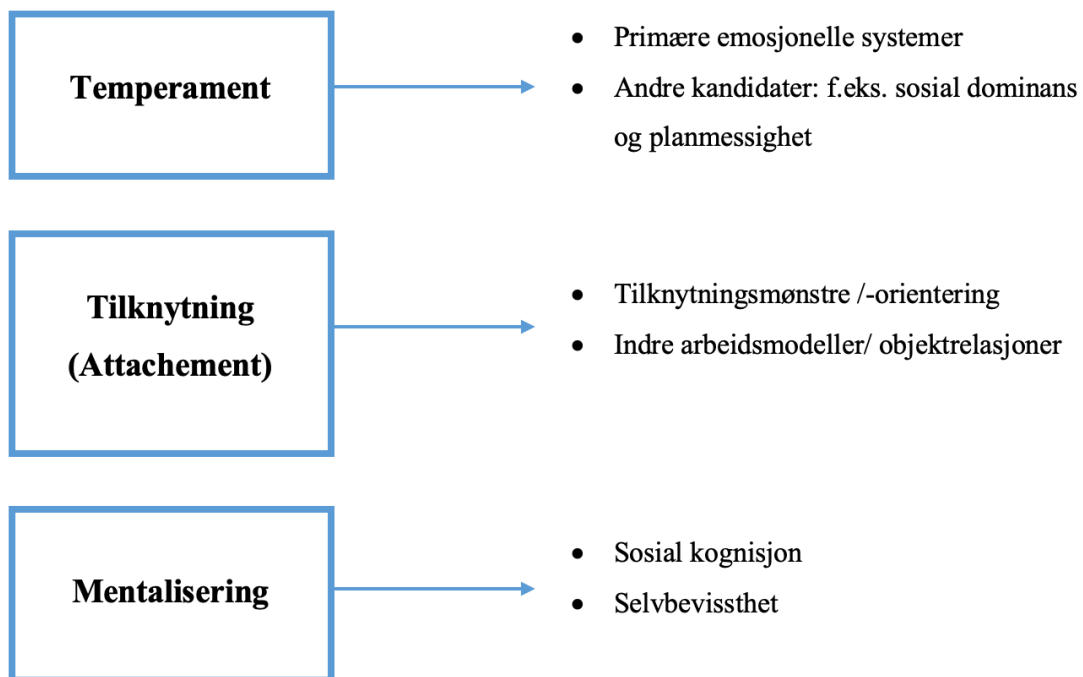
3.1.3 Når bør diagnosen settes?

Ifølge doktorgradsavhandlingen til Korsgaard (2017) og Korsgaard m.fl. (2015) har fokuset på fordelene med å identifisere problematikken og utrede personlighetsforstyrrelser hos ungdommer økt utover de siste årene. Vanskeligheten med en årsaksforklaring for hvorfor mange psykologer er motvillig til å diagnostisere personlighetsforstyrrelser tidlig er uoverensstemmelse mellom den økende kunnskapen om lidelsen, klinisk praksis og diagnoseverktøyene, henholdsvis DSM-IV og tidligere utgaver. Her viser Korsgaard (2017) til en studie fra Nederland (Laurensen m.fl. 2013) som samlet inn informasjon fra en stor gruppe psykologer. Av de som jobbet med ungdommer,

erkjente over halvparten at personlighetsforstyrrelser eksisterer hos ungdommer, men samtidig at under 10% var villige til å sette diagnosen (Korsgaard 2017).

I beskrivelse av personlighetsforstyrrelser i barndom, ungdomstid og tidlig voksen alder forklarer Karterud, Wilberg og Urnes (2017) andre sider av problematikken. Et av dem går ut på at det kan være vanskelig å skille den normale og kaotiske utviklingen som foregår i ungdomsperioden fra personlighetspatologi. En annen grunn er tilknyttet frykten for å stigmatisere ungdommen som er en kjent problematikk blant personer med personlighetsforstyrrelser. Som kontrast til årsakene for å avvente diagnostisering påpekes det at «[...] ved å ikke erkjenne eller diagnostisere risikerer man at ungdommene ikke får den hjelpe de trenger» (ibid., 286).

4.0 TAM-modellen



2Egenprodusert illustrasjon basert på opplysninger og tabell i Karterud og Kongerslev (2019b)

4.1 Temperament: Evolusjonsteori og primære emosjoner

4.1.1 Temperament

Den evolusjonære forankringen er mest synlig i temperament-dimensjonen gjennom evolusjonspsykologi som forklarer hvordan menneskets evolusjon har preget sinnet. Det finnes enda sider ved vår mentale fungering som er avgjørende påvirket av genetikk og arvemateriale som kan spores langt tilbake i tid og påvirker hvordan utviklingen vår foregår. Samtidig som denne blir påvirket av oppvekstbetingelsene sine. Disse sidene påvirker hverandre gjennom den enkeltes utvikling (Karterud 2017).

Temperament påvirker ens personlighetstype i større grad enn tilknytning og mentalisering, hvor disse har større betydning for personlighetsfungering. Temperament har blitt forsket og tenkt på i lang tid og selv om definisjonen veksler noe mellom forskere og fagfelt så er man stort sett enig om noe av det viktigste innholdet, emosjoner, styrken av dem og regulering (Karterud og Kongerslev 2019a). For en snevrere definisjon av hvordan temperament varierer mellom barn referer Karterud, Wilberg og Urnes (2017) til Rothbart og Bates (2006) som definerte temperament som «[...]konstitusjonelt baserte individuelle forskjeller i reaktivitet og selvregulering innenfor områdene affekt, aktivitet, sensitivitet og oppmerksomhet» (Karterud, Wilberg og Urnes 2017, 26). Denne definisjon har bakgrunn i observasjoner av små barn og hvordan forskjellene mellom dem ble identifisert som ulikheter i temperament. Forskjellene i temperament viste seg med hensyn til;

- 1) *hvor raskt, intenst og lenge de reagerer emosjonelt*
- 2) *hvilket sosialt og motorisk aktivitetsnivå de har*
- 3) *hvor sensitive de er med hensyn til å registrere hva som foregår*
- 4) *deres evne til å regulere egen aktivering, aktivitet og oppmerksomhet.*

(ibid., 46)

Karterud, Wilberg og Urnes (2017) argumenter for viktigheten av å se temperament i sammenheng med emosjoner, affekter, følelser og stemninger, men med riktig definisjon ettersom disse ofte brukes om hverandre eller synonymt. I beskrivelse av TAM-modellen defineres *emosjoner* som ens affektive og fysiologiske reaksjoner på følelsesrelevante

stimuli som vi kan kjenne igjen som kroppslige sensasjoner som f.eks. rødming og hjertebank. Gjennom menneskets evne til mentalisering og tolkning av de fysiologiske reaksjonene som utløses i kroppen kan vi kjenne dem igjen som spesifikke følelser.

Følelser er den subjektive opplevelsen av at en emosjoner er aktivert, og krever at man har evne til mentalisering og kan tolke hvilke følelser en opplever basert på kroppens reaksjon, f.eks. sinne eller frykt. *Affekter* er kroppens respons på emosjoner. Mens *stemninger* betegner at man opplever en grunnleggende følelse som foreligger mer vedvarende enn andre som er knytt til opplevelser.

For å forstå prosessene som inngår i temperamentet er det nyttig å skille mellom reaktivitetsfaktorer og reguleringsfaktorer. Mens reguleringsfaktorer er såkalte eksekutivfunksjoner, som innebærer ens evne til dømmekraft, problemløsning, å ta beslutninger m.m. Mens reaktivitetsfaktorer er individuelle variasjoner i primære emosjoner. Som følge av evolusjon har alle mennesker og generelt pattedyr et kjerneselv og minst syv primære emosjoner som beskriver syv grunnleggende emosjonelle systemer og egenskaper som varierer mellom individene på bakgrunn av både genetikk og psykososiale forhold i oppveksten. Kjerneselvet består av ulike kroppslige funksjoner som koordineres, da f.eks. sanseopplevelser sammen med posisjonen av kroppen og bevegelser, eller homeostatiske affekter som sult eller tørst. Til forskjell fra andre pattedyr utvikler mennesker også et selvreflekterende selv gjennom sosial læring, sosialisering og erfaringer tidlig i livet, som er en forutsetning for mentaliseringevnen og en grunnleggende del av selvreguleringen (Karterud 2017).

Hvilke emosjoner som regnes som primære er omdiskutert. Karterud, Wilberg og Urnes (2017) benytter Panksepp sine begreper på bakgrunn av hvordan de er begrunnet i evolusjonært perspektiv og at hver av disse kan finnes og aktiveres gjennom elektrostimulering av hjernen. I de primære emosjonelle systemene fungerer emosjonene som motivasjonelle systemer ved å påvirke innehaveren som helhet både i forhold til handlingsmønstre og mentale tilstander, når de er aktivert (ibid.). Basert på Karterud (2017) sine beskrivelser vil jeg beskrive dem i hver sin del her;

Søking, handler om en slags drivkraft for å finne det man trenger, hvor det viktigste anses å være «mat, sex og trygghet» (ibid., 53). Det gjenspeiler seg i opplevelsen

av forventningsglede når en handler på ens nysgjerrighet, interesse og engasjement, og som gir oss motivasjon og iver til å oppsøke det man trenger.

Frykt, handler om en kroppslig reaksjon som iverksetter atferd som kan redde en fra fare gjennom den subjektive opplevelsen av frykt. Det finnes veldig få ulærte ting som aktiverer denne emosjonen, men hos barn er det vist at frykt blir aktivert automatisk ved opplevelse av smerte, høye lyder, store høyder og dersom underlaget svikter/forsvinner. Gjennom sosial læring lærer vi hvilke stimuli som bør fryktes, slik at vi gjenkjenner følelsen og kan unngå fare ved at fight-flight-freeze responser utløses basert på avstand fra faren. Forskjeller i frykt kan forekomme på grunn av genetikk, men også oppveksterfaringer og traumatiske erfaringer.

Sinne, handler om å styrke ens evne til å forsvare seg i fryktsituasjoner, eller å få dekt grunnleggende behov i søking der en må konkurrere med andre, og påvirkes gjennom sosial læring. I forhold til personligheten er det store variasjoner mellom nivå eller utforming av ens sinne. Den kan også utløses gjennom den subjektive opplevelsen, gjennom lærte reaksjoner tilknyttet tankene om emosjonelle og følelsesmessige opplevelsen av sinne. Dette kan utarte seg ved at noen f.eks. har høyere eller lavere terskel for reaksjoner med sinne, eller holder på minnet og opplevelsen som forårsaket sinne lenger.

Seksuell lyst, handler om et emosjonelt program i individet som søker å sørge for at en forplanter seg ved å se etter en partner og forårsake en kroppslig reaksjon som styrker formålet. Lysten henger ofte sammen med andre primære emosjoner, f.eks. kan en si at lysten utløser en følelse av interesse for et objekt eller en partner, mens **søking** driver en til å finne et. Som for de andre emosjonene varierer også grad av lyst, men det påvirkes også av hvor ofte eller lite det aktiveres. Den fysiologiske reaksjonen er tilknyttet hvilke seksualhormoner som stimuleres, for menn er dette vasopressin og testosteron, som også øker selvhedelse og aggressivitet, mens det for kvinner er oksytocin, som også øker sosial tilknytning.

Omsorg (og kjærlighet), handler om reaksjoner som gjør at en ivareta andres grunnleggende behov, spesielt ens barn. Det er uten avvik forbundet med tilknytningssystemet, og er derfor avgjørende for læringen av følelsesregulering i den

tidlige aktiveringen av omsorg i samhandlingen mellom omsorgsperson, ofte mor, og barn. Opplevelse av omsorg kan redusere opplevelse av andre emosjoner som f.eks. frykt eller sinne, og over tid kan opplevelsen integreres og utløses av minner. Emosjonen og følelsen tilknyttet kan også utløses av eksogene opioider som tilføres kroppen, f.eks. heroin.

Separasjonsangst, handler om et emosjonelt system som medfører fysiologiske reaksjoner når individet skilles fra omsorgspersoner eller andre som er betydningsfulle. Systemet avhenger av en tilknytning til omsorgspersonen, for barn, eller andre relasjoner som er preget av tillit og omsorg, og aktiveres ved fravær av denne. Aktivering av emosjonen søker å dekke biologisk behov for å være en del av det sosiale fellesskapet eller sammen med ens nærmeste. Opplevelsen som utløses gjennom aktivering av separasjonsangst er ubehagelig, og ment for å oppfordre individet til å forenes med ens nærmeste, men dersom reaksjonene, f.eks. gråt hos barn, ikke møtes med respons vil reaksjonen avta, og ofte medføre en periode hvor en er oppgitt, apatisk eller avsteng, for ikke å forårsake u hensiktsmessige responser eller fare.

Lek (og glede), handler om behov for samhandling, læring og utvikling gjennom aktivitet som fører til opplevelse/ følelse av trygghet, tillit og velvære. Det kan forekomme sammen med andre, eller i egen lek, hvor begge er viktige for utvikling av mentale funksjoner. Den spiller en stor rolle i å lære sosiale normer, mentalisering, og å oppdage verden gjennom f.eks. imiteringslek som fremmer forståelse. For lite aktivering av denne primære emosjonen fører til understimulering av hormonproduksjon og ulike deler av hjernen, som i sin tur kan medføre problemer med konsentrasjon og/eller uro. En mer generell betingelse er at lek aktiveres så lenge en opplever velvære, er trygg og tillitsfull, men hemmes gjennom opplevelse av frykt, sult og sosial isolering (Karterud 2017).

I en forklaring av hvordan forskjeller i temperament og primære emosjoner har endret seg gjennom evolusjon bruker Karterud (2017) eksempelet om temperamentsforskjeller hos ulike hunderaser som kan påvirkes gjennom avl, og domestisering av det som etter mange generasjoner gikk fra å være ett villdyr til et husdyr. Her må det presiseres at selv om en hundera se er genetisk disponert for temperament preget av f.eks. lav sensitivitet før emosjonsaktivering, så kan trening og opplæring tilpasset hundens behov og andre egenskaper normalisere temperamentet, og det samme gjelder for barn. Akkurat hva som

må til for at den enkelte skal utvikle seg mest hensiktsmessig avhenger derfor av at de påvirkende faktorene, som omsorgspersoner og miljøet, tilpasses den enkelte. På samme måte er dette utgangspunkt for at den samme påkjenningen kan påvirke to personer på ulike måter (Karterud 2017).

Gjennom funn fra større tvillingstudier har vi nå et bedre grunnlag for å vurdere hvor stor rolle arv og miljø har i utviklingen av personlighetsforstyrrelser. Antagelsen her er at erfaringene fra oppveksten antas å kunne forklare omtrent 2/3 av variasjonene, mens arven består av genetiske komponenter som øker risikoen mer generelt ved at individet er mer disponert for spesifikke reaksjonstendenser. Gjennom oppveksten kan genene aktiveres av erfaringer i miljøet, og påvirke miljøet vi vokser opp i. I nyere tid har fremskritt i forskning også ført til økt forståelse av slike genetiske prosesser og årsakssammenhengene. De egenskapene som regnes for å være knyttet til gener kalles endofenotyper. Primære emosjoner er også meget sannsynlig knyttet til ulike endofenotyper. I eksempelet fra ulv til hund kan det da tenkes at endringene har forekommet som følge av endring eller tilpasning av endofenotypene for sinne, frykt og omsorg ettersom den knytter bånd til eier. En del av kritikken bak primære emosjoner er at knyttet til diskusjon om hvorvidt dyr føler emosjonene sine. Her kommer forskjellen mellom mennesker og andre pattedyr inn. Hvor alle pattedyr har kjerneselvet og primære emosjoner har mennesket som nevnt også grunnlag for bevissthet om ens emosjonelle aktivering. Det gjør det mulig å tenke på, forholde seg til og reflektere over dem for selv å regulere hvordan en skal gi uttrykk for dem (Karterud, Wilberg og Urnes 2017).

4.2 Attachement: Tilknytningsteori, og tilknytningsmønstre

Den evolusjonære funksjonen av tilknytningssystemet er tydeligst hos spedbarn og barn, hvor barnets tilknytningssystem er det medfødte biologiske behovet for å knytte seg til en (eller fler) omsorgsperson som skal beskytte dem. Tilknytningsatferden til barn består av signalatferd og tilnærmingsatferd. Mens signalatferd er f.eks. gråt eller protest som utløses av opplevelse av sult, smerte, frykt, stress o.l., er tilnærmingsatferd når barnet oppsøker fysisk eller psykisk nærhet til omsorgspersonen. Situasjoner hvor barna aktiverer tilknytningsatferd er grunnlaget for erfaringene som fører til de individuelle forskjellene i

tilknytningsatferden videre og den emosjonelt betingede opplevelsen av omsorgspersonene. Erfaringene i løpet av det første leveåret antas å utgjøre barnets første grunnleggende tilknytningsmønster. Sammenhengen med tilknytningen har utgangspunkt i tilknytningsteori (Karterud 2017).

Klette (2007) definerer perspektivet i tilknytningsteori som «[...] teorien om at barn inngår i, og på avgjørende områder preges av, samspill med de nærmeste omsorgsgiverne de første årene (Bowlby 1958, 1979, 1988/1955, Bowlby og Ainsworth 1989).» (Klette 2007, 14). I avhandlingen anvendes denne teorien for å samle forståelsen av hvilke konsekvenser som virker belastende og tryggende i oppveksten. I en referanse til Winnicott (1969) belyses også viktigheten av forståelse for de grunnleggende drivkreftene i og forutsetninger for det som er god nok omsorg dersom en skal kunne hjelpe barn som opplever omsorgssvikt. Tilknytningsteorien kan bidra til å avdekke disse forutsetningene. Over tiden har flere teorier og fag blitt inkorporert i den opprinnelige tilknytningsteorien som knyttes til Bowlby (ibid.).

Tilknytningssystemet og tilknytningsatferd er avgjørende fra fødsel av ettersom det er denne atferden barn bruker for å kommunisere behov og sikre egen beskyttelse. Gjennom erfaringer av omsorgspersonens respons på barnets signalatferd for opplevelse av primære emosjoner, former barnet forventninger til omsorgspersonen (Karterud 2017).

På bakgrunn av barnets behov, forventninger til omsorgspersonen, og omsorgspersonens respons til barnets reaksjon. F.eks. dersom barnet gjentatte ganger og over tid ikke får ønsket respons, eller noen respons ved uttrykt behov får det ikke annerkjennelse eller behov for muligheter til å speile omsorgspersonen, som vil påvirke barnets utvikling. Denne samhandlingen, eller mangelen på, utgjør tilknytningsmønsteret i relasjonen som medfører risiko for at barnet selv utvikler et lignende tilknytningsmønster og medfølgende personlighetsproblematikk videre i livet (Karterud, Wilberg og Urnes 2017). Dette knyttes gjerne opp mot utviklingen av barnets indre arbeidsmodeller fordi barnet internaliserer forventninger som følge av erfaringene. I den sammenheng påvirkes barnets tilnæringsatferd av dets temperament, som påvirker hvordan barnet søker nærhet til omsorgspersonen den har tilknytning til, og omsorgspersonen sitt tilknytningsmønster, som årsak til respons og atferd ovenfor barnet. Det er også slik tilknytningsteorien

forklarer muligheten for overføring av tilknytning og tilpasning av atferd over generasjoner (Klette 2007).

Ens tilknytningsmønster har direkte innvirkning på ens personlighet som voksen fordi det påvirker måten en forholder seg til andre på, spesielt nære. Mønsteret er ikke påvirket av genetik, selv om de primære emosjonene utgjør grunnlaget som trengs for at en tilknytning skal kunne ta form. Samtidig vil de primære emosjonene og temperamentet påvirke tilknytningen til omsorgspersonene, og hvorvidt deres tilknytningsmønster og responser styrker utviklingen av tilknytningssystemene, tilknytningsmønster, tillit og selvregulering. Ifølge Klette (2007) har forskning vist tydelige sammenhenger mellom f.eks. de tidlige tilknytningserfaringene og hvilken omsorg en selv kan yte, sammenhenger mellom problematiske samspillserfaringer mellom barn og omsorgspersoner knyttet til atferdsproblemer og redusert tilpasningsdyktighet i sosiale sammenhenger senere (ibid.). Tryggheten i tilknytningen og relasjonen avhenger også at omsorgspersonens tilgjengelighet, pålitelighet og forutsigbarhet (Karterud 2017). Individets opplevelse av trygghet i relasjonen avhenger også av hvor tilgjengelig, pålitelig og forutsigbar den andre parten i relasjonen er. Under tilknytning aktiveres både emosjoner og følelser, og hvilke primære emosjoner som er mest fremtreden har mye å si for relasjonen. Kjærlighet og glede antyde trygg og balansert tilknytning, mens sinne heller forbindes med opplevelse av relasjonsbrudd (ibid.).

Den grunnleggende tilknytningsperioden anslås å være fra fødselen frem til tre-fire års alder. Etter hvert som barnet vokser og utvikler seg blir tilknytningsatferden mer kompleks og sammensatt til det utvikles et enda mer tydelig tilknytningsmønster (Karterud 2017). At grunnlaget for tilknytningsmønster og -atferd skapes tidlig i livet betyr ikke at de ikke kan endres, eller at omsorgspersoner med vanskelige oppvekstforhold ikke kan korrigere egne tilknytningsmønster og gi sine egne barn trygg tilknytning. I tilfeller av f.eks. sykdom, smertefulle eller traumatiserende opplevelser som påvirker barnets primære emosjoner, opplevelse av trygghet m.m. kan riktig hjelp være avgjørende for å begrense følgene. Det er da avgjørende at de aktuelle omsorgspersonene ivaretar omsorgsoppgavene sine og kan begrense påkjenninger, gjennom omsorg og sosial læring som f.eks. å regulere barnas reaksjoner i stressituasjoner (Klette 2007).

4.2.1 Tilknytningsmønster

Tilknytningsteorien og tilføyelsene som nevnes her er i stor grad basert på forskning og funn med grunnlag i barnets organiserte strategier for regulering eller annen atferd, i situasjoner hvor primære emosjoner aktiveres, sammen med og skilt fra omsorgspersonen (Klette 2007). En av tilføyelsene til Bowlbys tilknytningsteori er teorien om tilknytningsmønster av Ainsworth m.fl (1978). Denne innebærer tre hovedkategorier for tilknytningsmønster, og har i ettertid blitt utfyllt med en fjerde, beskrevet av Main (2003). Beskrivelsene av tilknytningsmønstrene er basert på funn fra studier hvor barn i ett til fem årsalderen i testsituasjonen kalt «fremmesituasjonen» som vekker tilknytningssystemet til barna gjennom opplevde primære emosjoner (Karterud 2017). Disse viser blant annet at tilknytningsmønster formes gjennom forhåndsbestemte løp eller prosesser i løpet av de første leveårene (Karterud, Wilberg og Urnes 2017).

| Barnets tilknytningsmønster | Omsorgspersonen: |
|--|--|
| (A) Engstelig-unnvikende mønster: Barnet trekker seg unna stressituasjonen og nedregulerer uttrykket for egne emosjoner. Barnet viser lite reaksjoner, heller ikke frykt- eller angstreaksjoner, men har et høyt indre nivå av spenning og angst. | Omsorgspersonene til disse barna er som oftest insensitive overfor barnets emosjoner, uttrykker selv lite emosjoner og har lite fysisk kontakt med barnet. |
| (B) Trygt tilknytningsmønster: Barnet viser evne til adekvat emosjonsregulering. Det viser både stress- og følelsesreaksjoner som det greier å nedregulere etter kort tid. | Omsorgspersonene er som oftest sensitive i sin omgang med barnet, overstimulerer det sjelden og evner å restabilisere barnets eventuelle forstyrrende emosjonelle responser. De fremstår som tillitvekkende, tilgjengelige og omsorgsfulle for barnet. |
| (C) Engstelig-ambivalent mønster: Barnet tenderer mot å underregulere egne emosjoner og gir forsterket uttrykk for sinne og fortvilelse for derigjennom å vekke responser fra omsorgspersonene. | Omsorgspersonene er gjerne uforutsigbare og vekslende i følsomhet overfor barnet. |
| (D) Desorganisert mønster: Barnet viser forskjellig uorganisert og/eller desorganisert atferd i hele eller deler av fremmedsituasjonen: motsetningsfylte atferdsmønstre (for eksempel både tilnærming og fryktsom tilbaketrekning), atferd uten mål og mening, stereotype eller underlige bevegelser eller atferd, plutselige innslag hvor barnet stopper helt opp («frysreaksjon»), vaksomhet og frykt overfor omsorgspersonen, eller desorienterte og forvirrende emosjonelle uttrykk. | Omsorgspersonene er ofte tilsvarende uforutsigbare, skremmende, engstelige og dissociative. Barn som har et desorganisert mønster, forsøkes i tillegg å klassifiseres i ABC-systemet. Desorganiseringen trenger ikke være gjennomgående i hele fremmedsituasjonen. |

3 Ainsworth m.fl. (1978) og Main (2000) sine beskrivelser av tilknytningsmønster hos barn og kjennetegn med omsorgspersonene. Egen illustrasjon av litteraturen beskrevet av Karterud, Wilberg og Urnes (2017, 58)

Tilknytningsmønstrene og strategiene til barna utvikler seg gjennom at barnet tilpasser seg omsorgspersonens atferd for å bevare det emosjonelle båndet til omsorgspersonen, som fra evolusjonens side er avgjørende for fysisk og mental overlevelse (Karterud 2017). De organiserte tilknytningsmønstrene (A-, B eller C-mønster) over er vist å være relativt stabile, med mindre de utsettes for traumer senere i barndommen, i det tilfellet kan de endre mønster eller bli desorganisert som ved D-mønster (Karterud 2017).

Studier av forekomsten av de ulike tilknytningsmønstrene hos barn, av Ainsworth m.fl. (1978), Main, Goldwyn og Hesse (2003), Crittenden (2008), viser forskjellene i disse mellom lavrisiko- og høyrisikogrupper. I lavrisikoutvalget, (uten omsorgssvikt, overgrep eller lignende risikofaktorer i barnets miljø) var forekomsten fordelt med trygt tilknytningsmønster hos ca. 70%, ca. 20% med engstelig-unnvikende mønster og ca. 10% med engstelig- ambivalent mønster. I høyrisikogrupper, (familier med omsorgssvikt og mishandling) fant de derimot forekomst av trygt tilknytningsmønster hos mellom 0 og 10%, mens opptil 82% hadde desorganisert mønster (Karterud 2017).

Tilknytningsmønster i voksen alder er vanskeligere å fange opp eller aktivere enn disse hos barn, men er viktig for å kunne se etter sammenhenger mellom tilknytningsmønster i barndommen og personlighetsutvikling. Main (2003) har beskrevet tilknytningsmønstre hos voksne som videreutviklinger av tilknytningsmønstrene hos barn. Her ble «Det voksne tilknytningsintervjuet» anvendt, sammen med diskursanalyse for å finne tilknytningsmønstrene (Karterud 2017).

| Tilknytningsmønster hos voksne |
|--|
| <p>(AA) Avvisende/ distanserende («dissing») mønster:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betydningen av tilknytningsforholdet til foreldre benektes ofte - Foreldrene blir idealisert eller devaluert (på en kjølig og distansert måte) - Få konkrete minner i fortellingen |
| <p>(BB) Trygt/ autonomt («secure/ autonomous») mønster:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gir uforfalskede og levende fortellinger med både gode og vonde minner - Minnene fremtrer sammenhengende og integrerte |
| <p>(CC) Overinvolvert («preoccupied/ entangled») mønster:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkonsistent og uklar beskrivelse av tilknytningsrelasjonene, preget av sinne og frykt - Henger seg opp i detaljer fra barndommen og ser ikke ut til å ha frigjort seg fra kamper eller uoverensstemmelser med foreldrene. |
| <p>(DD) Uorganisert/ uklassifisert («unorganized/ cannot calssify») mønster:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofte en veksling mellom AA- og CC-mønster i samme intervju - vanskelig å betegne som bare et mønster |

4 Tilknytningsmønster hos voksne (Main 2003), egen illustrasjon med beskrivelse fra Karterud (2017)

Klette (2008) presiserer også at vektleggingen av tilknytningen tidlig i livet ikke betyr at disse er permanente. Ifølge Bowlbys teorier er den enkeltes tilpasning avhengig av både av de tidlige tilknytningserfaringene og de aktuelle omstendighetene, samtidig som tilknytningserfaringer og tilpasningsevne begrenser forandring. I tilfellene hvor tilknytningen og oppvekstforholdene har ført til usikker tilknytning har forskning vist at bl.a. refleksjonsarbeid og å jobbe seg gjennom smertefulle erfaringer, kan bidra til et trygt tilknytningsmønster. Samtidig fremheves selvrefleksjon og forståelse for hvor viktig tilknytningsforhold i relasjonen mellom omsorgspersoner og barn er, som spesielt viktig om en forsøker å gjøre endringer i en usikker tilknytning.

4.3 Mentaliseringsteori: Selvbevissthet og indre arbeidsmodeller

Med mentalisering mener vi evnen til å oppfange og fortolke mentale tilstander, spesielt hvilke intensjoner som ligger bak (andres og egne) handlinger, slik som følelser, behov, ønsker, løgn, forstillelse m.m. (Fonagy et al., 2005).

(Karterud og Kongerslev 2017, 8)

Som følge av rekkefølgen i TAM-modellen er tilknytning en forutsetning for mentalisering, ettersom den utvikler seg innenfor konteksten av tilknytningsforholdene og internalisering av sosiale erfaringer og normer. Det finnes mange teorier og forklaringer av hva mentalisering egentlig innebærer, hvorav Karterud (2017) anvender en teori som fokuserer på symboliseringsevnen, utarbeidet av Lecours og Bouchard (1997). Med symboliseringsverdi menes det ens tolkning og oppfatning av egne opplevelser for å kunne sette ord til eller beskrive opplevelsen av situasjon eller forhold som involverer følelser. Evnen til mentalisering utvikler seg gjennom barne- og ungdomstiden, og påvirkes av alle de ulike erfaringene en får, spesielt tilknytningsrelasjoner og sosial læring gjennom andres respons på egne reaksjoner. Mentaliseringsevnen er knyttet til genetikk gjennom både temperament og tilknytning ettersom disse utgjør grunnlaget for erfaringer som settes i sammenheng gjennom evnen til mentalisering. Dens utvikling er derfor avhengig av andres påvirkning (Karterud 2017).

Implisitt og eksplisitt mentalisering kan skilles ved foranledning til forståelse. Implisitt mentalisering henviser til den umiddelbare tolkningen som kobles til en handling, mens den eksplisitte mentaliseringen innebærer evnen til å reflektere over meningen av handlinger, og de mentale prosessene som forårsaker handlinger. I beskrivelse av mentalisering er det viktig å presisere skillet mellom kjernebevissthet og selvbevissthet. Kjernebevissthet er, som nevnt under beskrivelsen av temperament, en egenskap som både mennesker og andre dyr (virveldyr) har som innebærer evne til å regulere oppmerksomhet, bevegelser og balanse, emosjoner og motivasjon. Selvbevissthet innebærer å være bevisst over egen emosjonell aktivering, og avhenger av hjernefunksjoner som ikke er utviklet nok før i 4-5 årsalderen. Ved å kunne velge hvilket uttrykk de skal få, og at man kan tenke over, forholde seg til og bruke dem om hverandre og seg selv for å forstå hva som skjer i ens indre og ute i verden. Sammen med intersubjektivitet er selvbevisstheten nødvendig for å kunne forstå videreutviklingene av primære emosjoner, som kalles sosiale følelser, f.eks. misunnelse, hat, nærhet o.l. (Karterud 2017)

Mentalisering handler om å forholde seg til seg selv og andre gjennom refleksjon og tanker om tenkning, mellommenneskelig samhandling, følelser og impulsivitet. Nedsatt evne til mentalisering vil da innebære misforståelser eller feilbedømmelser ovenfor seg selv, og andre, som er en stor del av det personer med personlighetsforstyrrelser sliter med. Nedsatt mentaliseringsevne sammen med nedsatt selvbevissthet betyr også fravær av integrering av indre arbeidsmodeller som er helheten som treng for å kunne lære om seg selv gjennom andre, og tenke over hvordan en selv eller andre forstår, føler eller handler. Samt at mangel eller redusert funksjon av disse egenskapene fører til feilbedømming av en selv og andre, misforståelser, irrasjonelle og impulsive reaksjoner, samt manglende evne til å reflektere over prosessene som tar sted. Ulike variasjoner av dette ved de ulike personlighetsforstyrrelsene, og betegnes gjerne som for lav eller høy følelsesmessig aktivering (Karterud, Wilberg og Urnes 2017).

4.3.1 Indre arbeidsmodeller

Teorien om og begrepet *indre arbeidsmodeller* stammer fra Bowlby (1988) og tilknytningsteorien. Fonagy m.fl. (2002; Fonagy m.fl. 2007) har videreført fenomenet til en teori som beskriver at selvutvikling knytter mentalisering opp til tilknytningsforhold. Her knyttes ikke bare tilknytningsforholdet til en systemfunksjon som sikrer sikkerhet og overlevelse for barnet, men også til det viktigste utviklingsfenomenet for selvet og mentalisering (Karterud, Wilberg og Urnes 2017).

Et barns indre arbeidsmodeller representerer internalisering av erfart reguleringsstøtte og tilknytningserfaringer fra omsorgspersonen, for å lære selvregulering. Sammensatt med de andre begrepene i TAM-modellen så utgjør barnets temperament og primære emosjoner de individuelle faktorene som påvirker tilknytningen. Mens kvaliteten av tilknytningen, tillit/mistillit, erfaringer og forventninger til andre baseres på omsorgspersonens reaksjoner, fungering og holdning til barnet. Disse forventningene betegnes også som barnets tilknytningsmønster. Når barnet internaliseres forventningene og erfaringene i dette mønsteret formes de indre arbeidsmodellene.

I NOU 2012:5 beskriver de forarbeidet til og prosessen ved å utvikle indre arbeidsmodeller som «[...] kartleggingsmetoder for ulike arbeidsmodeller gjennom barnealder, arbeidsmodeller som legger grunnlaget for hele personlighetsutviklingen.» (NOU 2012:5, 23). Her presiserer de også viktigheten av å endre barnets livssituasjon dersom foreldrepraksisen er uakseptabel ettersom denne prosessen også er bakgrunn for utviklingen av barnets selvbylde, opplevd selvverd og livskvalitet videre i livet. Sammenhengen mellom mentalisering og indre arbeidsmodeller er at mentalisering gir mulighet for omsorgsfremmende tiltak som kan føre til pleie og endring av uhensiktsmessige arbeidsmodeller. Gjennom å bedre den følelsesmessige kommunikasjonen i relasjonen har en, på bakgrunn av mentalisering, bedre mulighet til å reflektere over egne og andres indre, meninger og tolkninger samtidig som en kan bedre tilknytningen (ibid.).

5.0 Belastningsforhold

Skillet mellom belastninger som kan være destruktive i påvirkningen det har på utviklingen, og det som kan tåles av andre knyttes gjerne til individets motstandsdyktighet. Med bakgrunn i studiene til Caspi m.fl. (2002; 2003) forklarer Karterud, Wilberg og Urnes (2017) at variasjonen i motstandsdyktighet avgjøres av noen genetiske variasjoner som påvirker neurotransmitterfunksjonene. Destruktive belastninger henvender her særlig til traumatiske erfaringer som forekommer hvor barnet egentlig skulle hatt trygge tilknytningsforhold. På grunn av konsekvensene dette har for barnets grunnleggende utvikling, og videre livsførsel, ser en også at dette overføres gjennom generasjoner ettersom tilknytningstraumene gjentas når barna får egne barn. Dette vises ved at foreldrene med utrygge tilknytningsmønster, ubearbeide traumer og tapsopplevelser får store vanskeligheter når de selv skal mentalisere sine barns opplevelser. Som følge har barna et vanskeligere utgangspunkt når de skal finne seg selv. Denne sammenhengen er også veldokumentert, sammen med svekket evne til mentalisering og forstyrrelser i personligheten som voksen, samt at de i barndommen, spesielt, oftere utsatt for overgrep (Karterud, Wilberg og Urnes 2017).

5.1 Sosioøkonomiske og kulturelle forhold

«Når det gjelder betydningen av sosioøkonomiske og kulturelle forhold, tyder alt på at sosial desintegrasjon overstyrer betydningen av geografi, kultur, rase og religion» (Karterud, Wilberg og Urnes 2017, 181). Med sosial desintegrasjon menes de prosessene som fører til sosiale ulikheter i helse. Flere stor empiriske studier av blant andre Millon og Grossman (2005), Cohen m.fl (2005) og Paris (1996) som støtter den empiriske sammenhengen mellom faktorer som alle utgjør risikofaktorer for utvikling av personlighetsforstyrrelser, blant annet fordi de medfører svikt i den primære sosialiseringen og fullgod forståelse og læring av kulturen. Eksempler på slike faktorer og fenomener er «[...] fattigdom, arbeidsløshet, dårlig utdanning, nød, fornedrende livsomstendigheter, alkohol- og stoffmisbruk, kriminalitet, gjengdannelser, familievold, incest, traumatiske familiebrudd, håpløshet, resignasjon og manglende tillit til storsamfunnet» (Karterud, Wilberg og Urnes 2017, 148). I tillegg ser en at disse faktorene påvirker foreldres tilknytningsmønster og tilknytningsstrategier. Dette øker risikoen for at

barna som vokser opp under slike betingelser eksponeres for ulike og ofte flere typer mishandling, hvor både fysisk, seksuelt og emosjonell mishandling, og omsorgssvikt er forbundet med utvikling av personlighetsforstyrrelse som voksen (ibid.).

Karterud, Wilberg og Urnes (2017) påpeker at disse sammenhengene også må forstås for muligheter for forebygging, hvor det viktigste anses å være «[...] politiske virkemidler som kan forhindre eller reparere regalrett sosial desintegrasjon» (ibid., 148). Det vil si politiske endringer som forhindrer ulikheter i sosioøkonomisk status eller reduserer de sosiale ulikhetene som konsekvens. Med utgangspunkt i Paris (1996) forklares denne sammenhengen på tre måter;

- 1. Dårlige oppvekstvilkår (utrygg tilknytning, mishandling og kulturelt forfall) «produserer» personlighetsforstyrrelser, og spesielt hos personer med genetisk sårbarhet.*
- 2. På grunn av lite økonomisk og kulturell kapital blir sykdom, skader og traumer hos barn i lavere sosioøkonomiske lag gående lenger ubehandlet, og barna får senskader av dette.*
- 3. Det skjer en sosial forflytning av personer med personlighetsforstyrrelser fra høyere sosiale lag til lavere lag. Lidelsen hindrer deres tilpasning, vekst og utvikling. De mislykkes med utdanning, familieliv og arbeid. Det skjer en deklassering.*

(Karterud, Wilberg og Urnes 2017, 148-149)

5.2 Omsorgssvikt

I sin drøfting av omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser presiserer Klette (2008) at de stadig voksende empiriske funn som viser sammenhenger mellom oppveksttraumer og psykiske lidelser, deriblant personlighetsforstyrrelser, burde inkluderes som grunnlag for å styrke det forebyggende arbeidet for utsatte barn og unge. Her nevnes blant andre primærhelsetjenesten, barnehage og skole, som viktige virkemiddel for å fange opp de som er utsatte. Dersom dette skal være mulig er det nødvendig med kompetanseheving om tematikken hos de som jobber med brukergruppen og gode rutiner for hva en skal gjøre om en mistenker omsorgssvikt. Ikke bare kan det bidra til at barna og muligens foreldre får

hjelp tidligere, men også bidra til å forebygge og redusere forekomsten av psykososiale lidelser som personlighetsforstyrrelser (ibid.).

5.3 Utviklingstraumer

Underkapittelets navn stammer fra Nordanger og Braarud (2017) sin forklaring av hvorfor de valgte å kalle boken deres om utviklingspsykologi og traumepsykologi dette. Begrepet referer til såkalte doble belastningsforhold hvor det forekommer traumatiske belastninger samtidig som omsorgen svikter. Samt at begrepet spesifiserer omfanget til traumatiske opplevelser under utviklingssensitive perioder som forstyrrer videre utvikling.

Erfaringer er avgjørende for barns utvikling, men kvaliteten av disse er uhyre viktig. For barn som lever i nedbrytende og skadelige oppvekstforhold forårsakes ikke bare lidelsen av de vonde erfaringene, de forårsakes også av at barna blir frarøvet gode erfaringer. Nordanger og Braarud (2017) konkluderer med at regulering og utvikling tidlig i livet skjer på vegne av omsorgspersonen. Og at kunnskap om grunnleggende prinsipper for hvordan hjernen vår og vi utvikler oss og fungerer kan gjøre det lettere å møte barn og unge som er preget av utviklingstraumer. Å forstå sammenhengen mellom hvordan slike erfaringer tidlig i livet påvirker barnets evne til å håndtere stressbelastninger og hvordan en kan henvende seg til barnet på den mest hensiktsmessige måten er spesielt nyttig for de som jobber med barn og unge (Nordanger og Braarud 2017).

Ifølge Karterud, Wilberg og Urnes (2017) har alle personlighetsteorier tilegnet ulike betydninger av oppveksttraumer. Usikkerheten og diskusjonen retter seg spesielt til hvorvidt noen typer traumer utgjør en større belastning eller risiko i en eller noen perioder av utviklingen. I tillegg skal en være forsiktig med å forme kausale forklaringer mellom oppveksttraumer og personlighetsforstyrrelser, nettopp fordi alle har forskjellige forutsetninger, og personligheter, som gjør det usannsynlig å kunne kalle et forhold eller et traume for en sikker risikofaktor. Allikevel finnes det ikke tvil om at negative erfaringer tilknyttet oppveksten vil ha betraktelig innvirkning på personlighetsutviklingen. Gjennomgående i ulike personlighetsteorier er den grunnleggende tanken at alvorlig

traumatisering i løpet av barndommen har spesielt stort potensiale for negative innvirkninger for de prosessvise utviklingene som skjer relatert til stressregulering, affektregulering, identiteten, den kognitive utviklingen, evne til intimitet og mentalisering, for å nevne noen. Det er også godt dokumentert at traumer tidlig i livet er forbundet med risiko for mange former av personlighetsavvik (Karterud, Wilberg og Urnes 2017).

6.0 Drøfting

På bakgrunn av teori som omhandler personlighetsutviklingen, personlighetsforstyrrelser og belastninger i oppveksten, vil jeg forsøke å oppsummere relevante funn for å besvare problemstillingen i en konklusjon.

Som vist foregår personlighetsutviklingen gjennom mange forskjellige, men fortsatt relaterte prosesser og påvirkes av mange faktorer. Med grunnlag TAM-modellen og en dimensjonal forståelse av begrepet kan hver av de ulike grunnsteinene påvirkes i retning av avvikende personlighetstrekk og personlighetsfungering. Altså kan man ha mer eller mindre av, og som kan påvirkes i større eller mindre grad, basert på påvirkningen og individet. Sammenhengen mellom temperament, tilknytning og mentalisering er gjennomgående, og bidrar til at modellen også kan anses og anvendes som en teori. TAM-modellen og tilknyttet teori redegjør for hvordan personligheten utvikles gjennom de første leveårene, basert på medfødte evolusjonært betingede behov og systemer, og påvirkes av psykososiale forhold, da spesielt omsorgspersonen(e). De ulike påvirkningene og variasjonene i hver av punktene viser mulighet for å anvende modellen både for å forstå følgene av belastende påvirkninger.

Det medfødte temperamentet og primære emosjoner er grunnlaget for hvordan barnet påvirker omgivelsene. Mens omsorgspersonenes responser og evne til å ivareta barnet former forhåndsbestemte strategier for forståelse og forventinger til seg selv og andre. Til sist formes evnen som skiller mennesket fra andre pattedyr gjennom evne til å reflektere

og tanke for å forstå og lære om seg selv og andre. Alle disse prosessene fører til en personlighet som legger føringen for hvordan resten av livet barnet skal leve.

Forenklet kan sammenhengen forklares slik;

På grunn av vår medfødte emosjonelle tilstand er vi født med mekanismer som skal sørge for at vi ivaretas, forventninger om å møte omsorgspersoner som skal beskytte oss og ivareta behovene våre, og et ønske om å forstå oss selv og verden vi ble født i.

Teorien har predikativ validitet i at sammenhengen og påvirkningen mellom områdene. De samme prosessene fremmes av de forventede og positive påvirkningene kan føre til variasjoner gjennom negative påvirkninger. Prosessen som skal føre til at vi forstår oss selv og andre kan også føre til at vi misforstår oss selv og andre. Med kjennskap og forståelse for disse prosessene kan en også forstå hva som skjer inni barnet. Når dette ses i sammenheng med forhold som kan føre til uhensiktsmessige variasjoner i forløpet får en også en mer grunnleggende forståelse for alvoret med personlighetsforstyrrelser.

Det handler om personer med problematiske variasjoner av egenskapene og karakteristikken som kjennetegner dem som et unikt menneske, og medfører konsekvenser for livsførsel, levekår og livskvalitet. Og dette anslås å påvirke rundt 12% av den gjennomsnittlige befolkningen, i ulik grad (Karterud og Kongerslev 2019b), som tilsvarer over 640 000 personer i Norge. Dette er en gruppe mennesker som forbindes med alvorlig lidelse, redusert livskvalitet, og i gjennomsnitt en levetid på 18 år mindre enn det som er forventet. Og en gruppe mennesker hvor flertallet ikke har fått likeverdig eller riktig hjelp og bistand, som følge av at pasientgruppen ikke har blitt prioritert. Og det er først nå igangsatt arbeid med å få på plass en nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling. I det faglig oppropet for denne presiserer også Ingeborg Eikenæs, leder i den nasjonale kompetansetjenesten for personlighetspsykiatri, at; «Skal regjeringen lykkes med en nullvisjon for selvmord eller en rusreform med økt fokus på behandling, kommer man ikke utenom et helhetlig kvalitetsløft for mennesker med personlighetsforstyrrelser» (Eikenæs m.fl. 2021).

En slik retningslinje vil absolutt kunne hjelpe mange, men begrensningen til utredning og behandling stiller også krav om kompetanseheving utenfor psykisk helsevern og behandlingsinstitusjoner. Grunnlaget for personlighetsutviklingen skjer i barndommen, og kommer til uttrykk i løpet av ungdomstiden. Om en faktisk skal ha muligheten til å identifisere de som lider tidsnok, må de fanges opp i løpet av denne tiden. Grunnlaget og virkemidlene for å fange opp utsatte barn og unge finnes nemlig ikke i psykiatrien, den finnes i sikkerhetsnettene i de kommunale tjenestene, barnehager, skoler, barnevern, for å nevne noen. Uten å øke kompetansen utenfor tjenestene for psykisk helsevern kommer ikke menneskene som lider inn til de som har virkemidlene for å utrede og behandle.

6.1 Konklusjon

Som konklusjon vil jeg forsøke å besvare problemstillingen i to deler;

1) Hvordan kan risikofaktorer for personlighetsforstyrrelser oppdages tidligere?

Ved å øke kunnskapen og kompetanse blant de som jobber med barn og unge som kan oppdage risikofaktorer, uhensiktsmessige oppvekstforhold eller omsorgspersoner, og identifisere avvikende personlighetstrekk eller personlighetsfungering før det er for sent. TAM-modellen og den grunnleggende teorien om personlighetsutviklingen foreslås som virksom for å fange opp risikofaktorer hos barnet, ungdommen, miljøet og omsorgspersonene. Samt for å potensielt å øke muligheten for sekundærforebygging av forverring. Viktigheten av å prioritere pasientgruppen og mulighet for forebygging av uhensiktsmessige forhold, og for å forhindre forverring burde inkluderes i det norske folkehelsearbeidet, i handlingsplan for nullvisjonen for selvmord og handlingsplan for rusreformen.

2) Hvordan kan tidlig identifisering virke forebyggende?

Personer med personlighetsforstyrrelser sliter fra tidlig av med å forstå seg selv og eget selvbilde, og å samhandle med og forstå andre mennesker. Det finnes enda ikke empirisk støtte for å tilskrive en faktor som den kausale sammenhengen for at noen får personlighetsforstyrrelser ettersom verken et fenomen, et gen, en egenskap eller en opplevelse kan påvises i 100% av tilfellene av uhensiktsmessig personlighetsfungering eller de ulike personlighetstrekkene (Karterud 2017). Derimot har vi empirisk støtte for en

dimensjonal forståelse av personlighetsforstyrrelser som en maladaptiv variasjon av personlighetsutviklingen. Altså utvikles ikke lidelsene over natten, men gjennom ulike erfaringer som innvirker på personlighetsutviklingen deres. Forskning og empiri støtter også dette, at det er faktorer, fenomener eller forhold som kan føre til uhensiktsmessige forløp i utviklingen eller faktorer som virker belastende inn på barnets utvikling. Påkjenningene må ses i sammenheng med det individuelle barnet, individuelle faktorer som temperament og sensitivitet, familiens historikk, tilknytningsmønster, beskyttelsesfaktorer og mer som påvirker grad av påkjenning det har for barnet.

Tidlig identifisering og behandling er særskilt viktig med tanke på behandling og komorbiditet. Desto tidligere de blir identifisert, desto større sjans er det for at personlighetsforstyrrelsen blir behandlet først, og man unngår at den skjules blant mer fremtredende tilleggs lidelser på bekostning av livskvaliteten og troen på hjelpesystemet gjennom gjentatte mislykkede forsøk på bedring. Slik kan også tidlig identifisering virke sekundærforebyggende ved å forhindre at forløpet fører til tilleggs lidelser og sosioøkonomiske påvirkninger som vanligvis kommer i løpet av ungdoms-, ung voksen eller voksen alder, og som har innvirkning på den enkeltes livskvalitet og livslengde. For det samfunnsmessige perspektivet kan det derfor også innebære sekundærforebygging av lav sosioøkonomiske status på grunn av lav utdanning, lav inntekt, kriminalitet, uføretrygd, videreføring av utrygge tilknytningsmønster, sosial ulikhet i helse, og påkjenningene som følger med lav sosioøkonomisk status. For ikke å glemme sekundærforebyggingen av helse relaterte risikoaktiviteter, tilleggs lidelser som rusavhengighet, spiseforstyrrelser, angst, depresjon, og selvmord.

7.0 Litteraturliste

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. Fastsatt av Kunnskapsdepartementet 15.mars 2019.

URL: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

American Psychiatric Association (APA). 1980. «Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders. DSM-III». Tredje utgave. Washington: American Psychiatric Association.

URL: <https://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>

Andersen, Ulf. 2021. «Personlighetsforstyrrelser i arbeidslivet». *Tidsskrift for Norsk psykologforening* Vol. 58(7): 580-583.

URL: <https://psykologtidsskriftet.no/rapport/2021/07/personlighetsforstyrrelser-i-arbeidslivet>

Bjelland, Ingvar og Alv A. Dahl. 2008. «Dimensjonal diagnostikk – ny klassifisering av psykiske lidelser». *Tidsskriftet den Norske Legeforening* 128 (13-14): 1541-1543.

URL: <https://tidsskriftet.no/2008/06/kronikk/dimensjonal-diagnostikk-ny-klassifisering-av-psykiske-lidelser>

Bo, Bach og Michael B. First. 2018. «Application of the ICD-11 classification of personality disorders». *BMC Psychiatry* 18(1): 351- 365.

Doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>

Eikenæs, Ingeborg Ulltveit-Moe, Lars Lien, Håkon Kongsrud Skard m.fl. 2021. «FAGLIG OPPROP. Utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser bør prioriteres». Oslo Universitetssykehus.

URL: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/>

Fellesorganisasjonen. 2015. «Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere». Oslo: Fellesorganisasjonen.

URL: https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din_profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk_grunnlagsdokument

Helsedirektoratet. 2019. «Om Helsedirektoratets normerende produkter». Oslo:

Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 30. september 2022.

URL: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Karterud, Sigmund W. og Mickey T. Kongerslev. 2019a. «A Temperament-Attachment-Mentalization-Based (TAM) Theory of Personality and its Disorders.» *Frontiers in Psychology* 10: 518.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6439347/pdf/fpsyg-10-00518.pdf>

Karterud, Sigmund og Mickey T. Kongerslev. 2019b. «Skisse til en moderne personlighetsteori». *Tidsskrift for Norsk psykologiforening* 56 (11): 834-843.

URL: <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2019/11/skisse-til-en-moderne-personlighetsteori>

Karterud, Sigmund. 2023. «Curriculum vita for Sigmund Karterud». Sigmundkarterud.no, sist oppdatert: 18.04.2023.

URL: https://sigmundkarterud.no/CV_English_SK.pdf

Klette, Trine. 2007. «Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner». Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.

Doi: <https://hdl.handle.net/20.500.12199/4951>

Klette, Trine. 2008. «Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser». *Tidsskriftet for Den norske legeförening* 128 (13-14): 1538-1540.

URL: <https://tidsskriftet.no/2008/06/kronikk/omsorgssvikt-og-personlighetsforstyrrelser>

Korsgaard, Hans Ole, Svern Torgersen, Tone Wentzel-Larsen og Randi Ulberg. 2015.

«The Relationship between Personality Disorders and Quality of Life in Adolescent Outpatients». *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology* Vol. 3(3): 180-189.

Doi: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-56708>

Korsgaard, Hans Ole. 2017. «Personality Disorders in Adolescent Outpatients: a Cross-sectional Study og Prevalence, Comorbidity and Quality of Life». Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.

URL: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/53528/1/Korsgaard-PhD.pdf>

Korsgaard, Hans Ole. 2018. «Lettlest tungvekter om personlighet». *Tidsskriftet den norske legeforening*, anmeldelse publisert på nett. Publisert 22.01.2018.

URL: <https://tidsskriftet.no/2018/01/anmeldelser/lettlest-tungvekter-om-personlighet>

Nes, Ragnhild Bang, Thomas Hansen og Anders Barstad. 2018. «Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem». Oslo: Helsedirektoratet.

URL: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/>

NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

URL: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/>

Aadland, Einar. 2011. «"Og eg ser på deg.." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag». Oslo: Universitetsforlaget.

Karterud, Sigmund. 2017. «Personlighet». Oslo: Gyldendal akademisk.

Karterud, Sigmund, Theresa Wilberg og Øyvind Urnes. 2017. «Personlighetspsykiatri». Oslo: Gyldendal akademisk.

Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2017. «Utviklingstraumer». Bergen: Fagbokforlaget.

Thidemann, Inger-Johanne. 2019. «Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving». Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Eksempel på litteratursøk

| | | | |
|-------------------------|---|---|--|
| Tittel, type, utgitt i: | Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelse | Kronikk basert på doktorgradsavhandling/ rapport «Tid for trøst» - Fagfellevurdert | Tidsskr. Nor Legeforen 2008 128 : 1538-40 |
| Forfatter(e) | Trine Klette | | |
| Funnet: | Oria | Emner: | Adolescent Personality disorders Child Abuse |
| Søkehistorikk: | | | |
| Søkekriterier: | | Personality Disorders [OG] Adolescent Materialtype: Artikler | Personality Disorders [OG] Adolescent [OG] Child abuse [OG] Psychology Materialtype: Artikler |
| Funn, handling: | | 17, Videre begrensning | 2, 1 valgt |
| Funnet: | Oria | Adolescent, Adult, Age of Onset, Child, Child Abuse – psychology, Humans, Personality Disorders – etiology, Personality Disorders - psychology | |
| URL: | https://tidsskriftet.no/2008/06/kronikk/omsorgssvikt-og-personlighetsforstyrrelser | | |

| | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| Tittel, type, utgitt i: | Dimensjonal diagnostikk – ny klassifisering av psykiske lidelser | Artikkel/ kronikk - Fagfellevurdert | Tidsskr Nor Legeforen 2008 128 : 1541-3 |
| Forfatter(e) | Bjelland, Ingvar og Dahl, Alv A | | |
| Søkehistorikk, | | | |
| Søkekriterier | Adolescent [OG] Diagnosis Materialtype: Artikler | Adolescent [OG] Child [OG] Diagnosis [OG] Mental Disorders Materialtype: Artikler | Adolescent [OG] Child Diagnosis [OG] Mental Disorders [OG] International classification of Diseases Materialtype: Artikler |
| Funn, handling | 341 411 treff, Videre begrensning | 23 766 treff, Videre begrensning | 2 treff, Valgt 1 |
| Funnet: | Oria | Emner: Adolescent, Adult, Child, Diagnosis Dual (psychiatry), Diagnostic and statistical manual of mental disorders, humans, International classification of Diseases, | |

| | | |
|------|---|---|
| | | Mental disorders – classification, Mental disorders – diagnosis, Psychiatric status rating scales |
| URL: | https://tidsskriftet.no/2008/06/kronikk/dimensjonal-diagnostikk-ny-klassifisering-av-psykiske-lidelser | |

| | | | |
|-------------------------|--|---|---|
| Tittel, type, utgitt i: | Skisse til en moderne personlighetsteori Engelsk: A Temperament-Attachment-Mentalization-Based (TAM) Theory of Personality and Its Disorders | Artikkel (Hypotese og teori) - Fagfelle- vurdert | Frontiers in psychology, 2019, Vol.10, p.518-518 |
| Forfatter(e) | Karterud, Sigmund W og Mickey T Kongerslev. | | |
| Søkehistorikk: | Personality [OG], Psychology [OG] Personality theory Materiale: Artikler | Personality [OG], Personality disorders [OG] Psychology [OG] Personality theory Materiale: Artikler | Emne må inneholde: Personality [OG], Personality disorders [OG] Psychology [OG] Personality theory Materiale: Artikler |
| Funn, handling: | 9628 treff, Ytterligere begrensning | 7231 treff, Ytterligere begrensning | 746 treff, Ytterligere begrensning |
| | Emne må inneholde: Personality [OG], Personality disorders [OG] Psychology [OG] | Emne må inneholde: Personality [OG], Personality disorders [OG] | |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| | <p>Personality theory</p> <p>Materiale: Artikler</p> <p>Fra avgrensning:</p> <p>Fra fagfelleverdert tidsskrift, personality, adolescent, humans</p> | <p>Psychology</p> <p>Tittel må inneholde</p> <p>Personality theory</p> <p>Materiale: Artikler</p> <p>Fra avgrensning:</p> <p>Fra fagfelleverdert tidsskrift, personality, adolescent, humans</p> | |
| | <p>147 treff,</p> <p>Ytterligere begrensning</p> | <p>82 treff,</p> <p>Valgt nr.4</p> | |
| Funnet: | Oria | <p>Emner:</p> <p>Analysis,</p> <p>Attachment,</p> <p>Attachment behavior,</p> <p>Consciousness,</p> <p>Mentalizing,</p> <p>Personality,</p> <p>Personality disorders,</p> <p>personality theory,</p> <p>primary emotions,</p> <p>Psychology,</p> <p>self-consciousness,</p> <p>temperament</p> | |
| URL: | <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6439347/pdf/fpsyg-10-00518.pdf</p> | | |

Vedlegg 2: Diagnosekriterier for vurdering av personlighetsfungering i ICD-11

Tabellen er egenprodusert og oversatt fra engelsk, men basert på tabellen som presenteres av Bach og First (2018)

| Forstyrrelser i funksjon av aspekter av selvet | Interpersonlig (mellommenneskelig dysfunksjon på tvers av ulike kontekster og relasjoner) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Stabilitet og sammenheng i ens identitetsfølelse (f.eks. i hvilken grad identitet eller selvfølelse varierer, er inkonsekvent eller altfor rigid og fastlåst)- Evne til å opprettholde en generell positiv og stabil følelse av egenverd- Nøyaktighet av ens syn på egne egenskaper, styrker og begrensninger- Kapasitet til selvstyring (planlegging, velge og implementere hensiktsmessige mål) | <ul style="list-style-type: none">- Interesse i å engasjere seg i relasjoner med andre- Evne til å forstå og sette pris på andres perspektiver- Evne til å utvikle og opprettholde nære og gjensidig tilfredsstillende relasjoner- Evne til å håndtere konflikter i relasjoner |

Vedlegg 3: Diagnosekriterier for vurdering av emosjonelle -, kognitive- og atferdsmessige uttrykk for dysfunksjon i personligheten i ICD-11

Tabellen er egenprodusert og oversatt fra engelsk, men basert på tabellen som presenteres av Bach og First (2018)

| Gradering av gjennomgripenhet, alvorlighet og vedvarende emosjonelle, kognitive og atferdsmessige manifesteringer av personlighetsdysfunksjon: |
|---|
| Emosjonelle manifesteringer <ul style="list-style-type: none">- Omfang og hensiktsmessighet av følelsesmessig opplevelse og uttrykk- Tendens til å være følelsesmessig over- eller underaktiv- Evne til å gjenkjenne og anerkjenne uønskede emosjoner (f.eks. sinne, tristhet) |
| Kognitive manifesteringer <ul style="list-style-type: none">- Nøyaktighet av situasjons- og mellommenneskelige vurderinger, spesielt under stress- Evne til å ta passende beslutninger i situasjoner med usikkerhet- Passende stabilitet og fleksibilitet i trossystemer |
| Atferdsmanifestasjoner <ul style="list-style-type: none">- Fleksibilitet i å kontrollere impulser og modulere atferd basert på situasjonen og vurdering av konsekvensene- Passende atferdsreaksjoner på intense følelser og stressende omstendigheter (f.eks. tilbøyelighet til selvskading eller vold) |
| I hvilken grad funksjonssviktene på de disse områdene er forbundet med nød eller svekkelse i personlige, familiemessige, sosiale, pedagogiske, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder. |

2 Egen oversettelse av diagnosekriterier for fungering av personlighetsfungering i ICD-11 basert på tabell i Bach og First (2018, 2)

Vedlegg 4: Diagnosekriterier for vurdering av personlighetstrekk i ICD-11

Tabellen er egenprodusert og oversatt fra engelsk, men basert på tabellen som presenteres av Bach og First (2018)

| Personlighetstrekk | Kjernerdefinisjon | Spesifikke funksjoner |
|------------------------|--|---|
| Negativ affektivitet | En tendens til å oppleve et bredt spekter av negative følelser av en frekvens og intensitet som ikke står i forhold til situasjonen. | Angst, sinne, bekymring, frykt, sårbarhet, fiendtlighet, skam, depresjon, pessimisme, skyldfølelse, lav selvtillit og mistillit. For eksempel, når slike individer er opprørt, har de problemer med å gjenvinne fatningen og må stole på andre eller på å forlate situasjonen for å roe seg ned. |
| Sosial tilbaketrukket | En tendens til å opprettholde mellommenneskelig avstand (sosial tilbaketrukket) og emosjonell avstand (emosjonell tilbaketrukket). | Sosial tilbaketrukket inkludert unngåelse av sosiale interaksjoner, mangel på vennskap og unngåelse av intimitet. Følelsesmessig løsrivelse inkludert å være reservert, reserverthet og begrenset følelsesmessig uttrykk og opplevelse. For eksempel søker slike individer jobb som ikke involverer interaksjoner med andre. |
| Mangelfull hemming | Manglende respekt for andres rettigheter og følelser, som omfatter både selvsentrert og mangel på empati. | Selvsentrert inkludert rettigheter, grandiositet, forventning om andres beundring og oppmerksomhetssøking. Mangel på empati inkludert å være villedende, manipulerende, utnyttende, hensynsløs, slem, følelsesløs og fysisk aggressiv, mens noen ganger nyter andres lidelser. Slike individer reagerer for eksempel med sinne eller nedverdiggelse av andre når de ikke får beundring. |
| Dyssosial (antisosial) | En tendens til å handle forhastet basert på umiddelbare ytre eller indre stimuli (dvs. sansninger, følelser, tanker), uten hensyn til potensielle negative konsekvenser. | Impulsivitet, distraksjon, uansvarlighet, hensynsløshet og mangel av planlegging. For eksempel kan slike personer være engasjert i hensynsløs kjøring, farlig sport, rusmiddelbruk, gambling og uplanlagt seksuell aktivitet. |

| | | |
|-------------|--|---|
| Anankastisk | Et snevert fokus på ens rigide standard for perfektjon og rett og galt, og på å kontrollere egen og andres oppførsel og kontrollere situasjoner for å sikre samsvar med disse standardene. | Perfeksjonisme inkludert bekymring for regler, normer for rett og galt, detaljer, hyperplanlegging, ryddighet og ryddighet. Følelsesmessige og atferdsmessige begrensninger, inkludert rigid kontroll over følelsesmessige uttrykk, stahet, risikounngåelse, utholdenhet og overveielse. For eksempel kan slike individer hardnakket gjøre om andres arbeid fordi det ikke oppfyller deres standarder. |
|-------------|--|---|