

Modeller for forståelse av personlighetspatologi

Personlighetsforstyrrelser er vanlige lidelser og representerer en behandlingsmessig utfordring. Utviklingen av eksplisitte diagnostiske kriterier har lettet diagnostikken av de forskjellige typer personlighetsforstyrrelse. Imidlertid er diagnosesystemene i sin intensjon ateoretiske og definerer og klassifiserer personlighetsforstyrrelse på et deskriptivt nivå, på grunnlag av atferd og symptomer. Det er i dag ikke enighet om noen mer inngående teoretisk forståelse av hva personlighetspatologi representerer som fenomen, verken med henblikk på etiologi, patogenese eller indre psykisk dynamikk. Det foregår en løpende utforskning av selve personlighetsforstyrrelsesbegrepet, både teoretisk og empirisk.

I denne artikkelen presenteres noen av de mest toneangivende modellene for forståelse av personlighetspatologi. Modellene gjenspeiler ulike faghistoriske tradisjoner, bygger på forskjellige metodemessige forutsetninger og forholder seg til ulike aspekter ved personligheten. Modellene er i ulik grad konsentrert om etiologi, klassifikasjon og behandling. Det er for tiden interesse for å supplere teorier utviklet innenfor den kliniske psykiatriske tradisjonen med modeller fra normalpsykologien.

Personlighetsforstyrrelser er komplekse fenomener. Sannsynligvis vil ulike teorier ha ulik forklaringskraft både for forskjellige sider ved personlighetspatologi og for forskjellige typer av personlighetsforstyrrelse. For å validere de ulike modellene trengs mer empirisk forskning.

Hyppig forekomst (prevalens 10–14 %) (1) og høyt forbruk av psykiatriske og somatiske helsetjenester tilsier at de fleste klinikere i sin praksis ofte vil møte pasienter som har personlighetsforstyrrelse. Som regel er det andre og mer akutte psykiatriske eller somatiske plager heller enn personlighetsproblemer som sådanne som bringer pasientene til behandlingsapparatet.

Personlighetsforstyrrelser er en heterogen gruppe lidelser, både med henblikk på kjennetegn og alvorlighetsgrad. Alvorlig person-

Theresa Wilberg

theresa.wilberg@psykiatri.uio.no

Psykiatrisk divisjon

Ullevål universitetssykehus

0407 Oslo

Wilberg T.

Major theories of personality pathology.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 54–8.

Background. The prevalence of personality disorders is high and patients with personality disorders are known to be difficult to treat. The assessment of different types of personality disorders has been facilitated by the development of explicit diagnostic criteria. However, the diagnostic manuals have tended to be atheoretical, defining and classifying personality disorders mainly on a descriptive level of behaviour and symptoms. There is no consensus on a theoretical understanding of personality pathology. The concept of personality disorder is currently under debate and investigation, theoretically as well as empirically.

Material and methods. This paper presents some of the major theories of personality disorders that are currently discussed in the literature.

Results. The models represent different schools of thought, lean on different methodological assumptions, and focus on different aspects of personality. The theories are to varying degrees focused on aetiology, classification and treatment. A major trend is to supplement theories developed within the context of clinical psychiatry with models from normal psychology.

Interpretation. Personality disorder is a complex phenomenon. Different theories are probably useful for different aspects of personality pathology and for different groups of personality disorders. More empirical research is needed in order to clarify the validity of the different models.

Omarbeidet prøveforelesning for den medisinske doktorgrad, selvvalgt emne, Universitetet i Oslo, 7.4. 2000

☞ Se også side 16

lighetspatologi regnes som vanskelig å behandle, fordi de dreier seg om langvarige og dypt forankrede problemer, samtidig som de alvorlige relasjonsproblemer og ustabile affekter, som er typisk for mange av disse lidelsene, vanskeliggjør etablering av en god behandlingsallianse. En stor andel av pasientene avbryter behandlingen for tidlig (2). I tillegg har pasienter med personlighetsproblemer ofte dårligere eller forsinket respons på behandling av vanlige psykiatriske symptomtilstander som angst og depresjon

og risiko for tilbakefall av slike symptomer (3, 4). Mye tyder også på at personlighetsforstyrrelse kan representere en kompliserende faktor ved behandling av somatiske tilstander (5). Sannsynligvis vil vi innenfor generell medisin de kommende år se en økende interesse for personlighetens betydning for sykdomsutvikling og -forløp.

Den formelle diagnostikken av personlighetsforstyrrelser er lettet ved at man de siste 20 årene har hatt eksplisitte diagnostiske kriterier for ulike typer personlighetsforstyrrelse. Imidlertid er personlighetsforstyrrelser komplekse fenomener, og det foregår mye diskusjon om og utforskning av selve personlighetsforstyrrelsesbegrepet. Diagnosesystemene, det amerikanske DSM-IV (6) og det internasjonale ICD-10 (7), har tatt sikte på å være ateoretiske og definerer og klassifiserer personlighetsforstyrrelser på et deskriptivt nivå, på grunnlag av observerbare eller mer overflatenære kriterier. Det er imidlertid ikke enighet om hvordan vi skal forstå personlighetsforstyrrelse mer inngående som fenomen. Dette gjelder både etiologi, patogenese eller indre psykiske dynamikk.

De ulike forståelsesmodellene for personlighetsforstyrrelse referer blant annet til forskjellige klassifikasjonsprinsipper. Spørsmålet om hvorvidt personlighetsforstyrrelser bør klassifiseres som kategorier versus dimensjoner har vært gjenstand for mye debatt. I DSM-IV sees personlighetsforstyrrelser som klart avgrensede kategorier. Det innebærer at det er en kvalitativ forskjell mellom det å ha og ikke ha personlighetsforstyrrelse, og at det er klare skiller mellom de forskjellige typer av personlighetsforstyrrelse. Det er mye som tyder på at dette ikke holder rent vitenskapelig – at det dreier seg om dimensjonale fenomener i den forstand at det ikke er noe skarpt skille mellom det normale og det patologiske, heller ikke mellom de enkelte personlighetsforstyrrelsene. Det å tenke på personlighetsforstyrrelser som kategorier kan likevel være et fruktbart utgangspunkt for teoretiske betraktninger.

Mens noen teorier har sitt utgangspunkt i erfaring med pasienter, er andre basert på studier av normalbefolkningen. De teoriene som tar utgangspunkt i den patologiske personlighet, holder seg som regel til en kategoriell terminologi, men ikke konsekvent, mens de modellene som tar utgangspunkt i den normale personlighet, forholder seg mer konsekvent til en dimensjonal tenkning. Metodegrunnlaget for modellene varierer

fra observasjon under psykoterapi, spørreskjemaundersøkelser og statistiske analyser til dyreforsøk. Enkelte teorier er mer innrettet på behandling, andre på etiologi eller klassifikasjon. Denne artikkelen tar sikte på å vise mangfoldet i dette feltet ved å omtale en del sentrale teorier som nå diskuteres i litteraturen.

Psykoanalytisk forståelse

Det som kjennetegner den psykoanalytiske forståelsen av personlighetsforstyrrelse er vektleggingen av tidlige barndomsopplevelsers betydning for pregingen av personligheten. Personligheten sees som et dynamisk og komplekst fenomen, som en ustabil likevekt mellom de forskjellige instansene i psyken, detet, jeget og overjeget, og som resultat av kompromissdanninger mellom indre krefter og ytre krav (8). Sentralt er begrepet om forsvarsmekanismer og karakter. Karakterbegrepet henviser til en tilstand der forsvarsprosessene er blitt løstrevet fra de opprinnelige konfliktene og har nedfelt seg i personligheten som permanente karaktertrekk. Viktig i denne sammenhengen er også begrepet om jegstyrke versus jegsvakhet, som mange klinikere har funnet meningsfullt, ved at alvorlig personlighetsforstyrrelse er blitt forbundet med jegsvakhet i betydningen liten impulskontroll, lav frustrasjonstoleranse og sviktende realitetsvurdering.

Otto Kernberg, en av de mest sentrale bidragsyterne innenfor psykoanalytisk forståelse av personlighetsforstyrrelse (9), forstår personlighetsforstyrrelser som enten et uttrykk for intrapsykisk konflikt eller som indre strukturelle defekter i betydningen manglende integrering av de subjektive bestanddelene i jeget, nemlig forestillingene om en selv og andre.

Kernberg beskriver tre former for patologisk personlighetsorganisering. Ved den nevrotiske personlighetsorganisering er jeget integrert, det han kaller normal egoidentitet. Forsvarsmekanismene er modne og realitetsorienteringen intakt. Ved borderline personlighetsorganisering, derimot, er tilstanden kjennetegnet av identitetsdiffusjon, dvs. manglende integrering. Man har ikke noe begrep om seg selv som en sammensatt, men stabil og sammenhengende person. Heller ikke kan man oppleve andre mennesker som integrerte og sammensatte vesener. Tvert imot, det typiske er at man ser både seg selv og andre som enten gode eller onde og assosiert med enten gode eller vonde følelser. Forsvarsmekanismene er primitive og har som funksjon å opprettholde splittelsen mellom gode og vonde aspekter ved en selv og andre, for at ikke de gode forestillingene skal oversvømmes og ødelegges av de onde. Selv om primitive forsvarsmekanismer bidrar til å fordreie virkelighetsoppfatningen, er det ved denne personlighetsorganiseringen ikke noen manifest realitetsbrist. Men fordi mye energi er investert i disse primitive prosessene tappes jeget for krefter og

Tabell 1 Kernbergs klassifikasjon av personlighetsforstyrrelser	
Personlighetsorganisering	Personlighetsforstyrrelse
Nevrotisk	Tvangspreget, depressiv masochistisk, hysterisk
Høyere borderline	Sadomasochistisk, avhengig, histrionisk, syklotym, narsissistisk
Lavere borderline	Borderline, antisosial, paranoid, schizotyp, schizoid, hypoman, hypokondrisk, malign narsissisme

er mindre i stand til å ivareta sine funksjoner. Personligheten er derfor preget av ustabil selvfølelse, følelsesmessig labilitet, manglende frustrasjonstoleranse og ustabile mellommenneskelige relasjoner, som vi f.eks. ser det ved borderline personlighetsforstyrrelse. Den psykotiske personlighetsorganiseringen er i tillegg kjennetegnet ved realitetsbrist og er mest relevant for de atypiske psykoser.

Ifølge Kernberg er medfødte forutsetninger i form av temperament viktig for personlighetsutviklingen, særlig de affektive aspektene ved temperamentet. Når det gjelder utvikling av alvorlig personlighetsforstyrrelse, er han særlig opptatt av aggresjon, dvs. medfødte variasjoner i terskel for aktivering av aggresjon og intensitet av aggresjon. Alvorlig personlighetsforstyrrelse sees som et resultat av en interaksjon mellom et heftig temperament og ytre miljøpåvirkninger. Rent generelt er det under oppveksten særlig de erfaringene som medfører intense følelser som bidrar til manglende integrering i jeget. Slik mener Kernberg at modellen kan forklare hvordan traumer og temperament sammen kan bidra til utvikling av personlighetsforstyrrelse.

På grunnlag av disse indre strukturelle egenskapene deler Kernberg personlighetsforstyrrelsene i mildere og mer alvorlige former (tab 1). Personlighetsforstyrrelser med nevrotisk personlighetsorganisering er mindre alvorlige. Disse er kjennetegnet av

konflikt av ødipal natur, mellom godt utviklede indre strukturer, og libidinøse drifter og affekter dominerer over de aggressive. De personlighetsforstyrrelsene som har borderlineorganisering, er mer alvorlige. Jo mer patologisk aggresjon, desto alvorligere personlighetsforstyrrelse. Mange har ansett begrepet om ulike personlighetsorganisering som klinisk nyttig, men begrepet har i liten grad vært gjenstand for systematisk forskning.

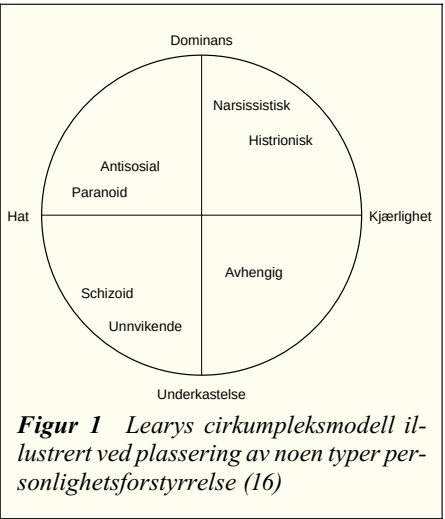
Innenfor den psykoanalytiske tradisjonen finnes det mange forskjellige teorier om personlighetsforstyrrelse som også har praktiske konsekvenser i form av noe ulike behandlingsteknikk. Eksempelvis opererer Heinz Kohut med et annet begrepsapparat. Mens Kernberg forholder seg til Freuds strukturteori om detet, jeget og overjeget (8), opererer Kohut med begrepet om selvet som et mer overordnet, erfaringsnært begrep, forbundet med den subjektive opplevelsen av å være et sammenhengende avgrenset vesen med egne initiativ og ambisjoner (10). Kohut oppfatter også personlighetsforstyrrelse som en form for indre strukturell defekt, nærmere beskrevet som defekt eller svekket kjerne-selv.

Kontroversen mellom Kernberg og Kohut har særlig dreid seg om betydningen av aggresjon. Mens Kernberg i stor grad anser aggresjonen som konstitusjonelt betinget, vil Kohut si at de aggresjonsproblemene vi ser ved personlighetsforstyrrelse er av reaktiv natur, nemlig et resultat av mangelfull eller inkonsistent speiling og bekreftelse fra foreldrenes side. Kohut ser utvikling av personlighetsforstyrrelse nesten utelukkende som et resultat av sviktende foreldrefunksjon, og legger ikke vekt på konstitusjonelle faktorer.

Per i dag peker forskningen i retning av en arvelig komponent ved mange personlighetsforstyrrelser (11). På den annen side er det fortsatt spørsmål om arv har like stor betydning for patologiske som for normale personlighetstrekk, med andre ord om arv har mest betydning for trekk innenfor normalområdet, mens psykososiale belastninger kan være avgjørende for utvikling av trekk av mer patologisk karakter.

Den kognitive tradisjonen

Aaron Becks modell for personlighetsforstyrrelse er i det vesentlige en modell for

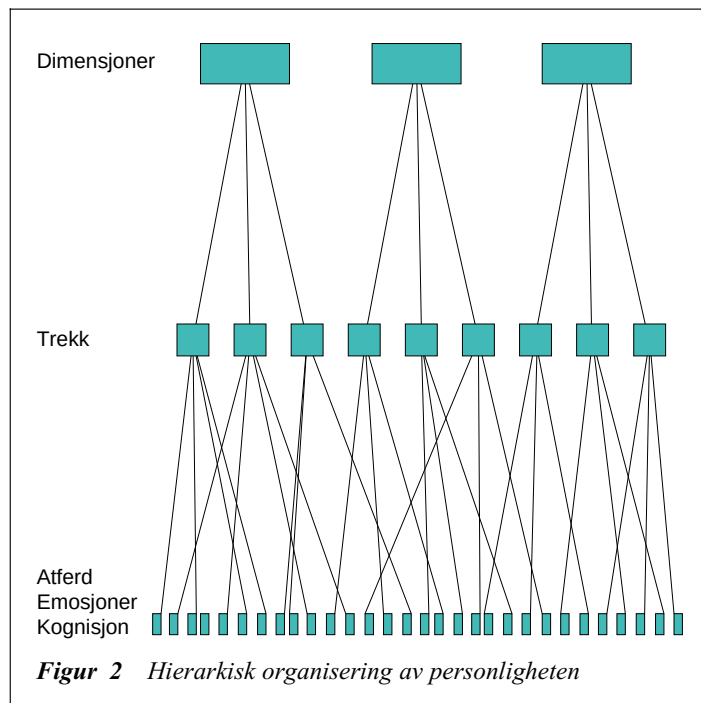


Figur 1 Learys cirkumpleksmodell illustrert ved plassering av noen typer personlighetsforstyrrelse (16)

hvordan man prosesserer informasjon (12). Den er basert på en antakelse om at psykopatologi er resultat av systematisk feiltolkning av og fordreining i persepsjon av forskjellige hendelser og stimuli. Følelser, motivasjon og atferd er sekundære til de kognitive informasjonsprosessene. Det kognitive gis forrang, og tanken er at ved å forandre den kognitive dynamikken, vil følelser og motivasjonsaspektene endres sekundært. Dette skiller den fra den psykoanalytiske forståelsen, der motivasjon og følelser står mer sentralt. Imidlertid har man innenfor den kognitive tradisjonen erkjent at det ved behandling av alvorlig personlighetsforstyrrelse er nødvendig å arbeide mer direkte med følelser, motivasjon og behandlingsrelasjonen sammenliknet med behandlingstilnærmingen ved rene angst- og depresjonstilstander (13). Denne modifikasjonen kan tolkes dit hen at den kognitive modellen ikke er tilstrekkelig for å forstå deler av dynamikken ved alvorlig personlighetsforstyrrelse. En annen forskjell mellom disse tradisjonene er at mens kjerneproblemene ifølge de psykoanalytiske modellene for en stor del er ubevisste og ikke lett tilgjengelige, er de ifølge kognitiv teori i større grad bevisste eller kan lettere gjøres bevisste og endres.

Sentralt i den kognitive modellen er skjemabegrepet. Skjemaer er de kognitive strukturene som organiserer erfaring og atferd. Skjemaene utvikles hovedsakelig i barndommen på grunnlag av et samspill mellom genetisk betingede disposisjoner og miljøfaktorer. Innholdet i skjemaene er basale antakelser om for eksempel en selv og andre, som vil påvirke hvordan vi erfarer verden. Skjemaene er i utgangspunktet ikke bevisste, men ved introspeksjon kan vi identifisere innholdet. Aktivisering av skjemaene ved indre eller ytre stimulering gir opphav til automatiske tanker, som i sin tur bidrar til å forme våre følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner. Hvis de underliggende skjemaene er maladaptive, vil de resultere i dysfunksjonelle reaksjoner.

Dysfunksjonell kognisjon er også til stede ved de psykiatriske symptomlidelsene, men da av mer forbigående karakter. Det som kjennetegner personlighetsforstyrrelse, er tidlig utviklede strukturaliserte maladaptive skjemaer som opererer på mer kontinuerlig basis. Disse er rigide, har en tvangsmessige karakter, er vanskelige å kontrollere og er mer motstandsdyktige mot forandring. En hypotese er at de forskjellige typer av personlighetsforstyrrelse skal kunne identifiseres ved spesifikke kognitive skjemaer.



Cirkumpleksmodellene

Cirkumpleksmodellene til Timothy Leary (14) og Lorna Smith Benjamin (15) er forsøk på å forankre personlighetspatologi i den interpersonelle sfæren. De befinner seg innenfor den interpersonelle psykodynamiske retningen, som mer eksplisitt setter søkelys på mennesket som et sosialt vesen i interaksjon med andre. Samtidig gjør de noe som ikke de foregående teoretikerne gjør, nemlig å se personlighetsforstyrrelse i lys av underliggende personlighetsdimensjoner.

På grunnlag av observasjon av samhandling i grupper av både friske og syke mennesker mente Leary at interpersonelle relasjoner kan forklares ved to underliggende og uavhengige dimensjoner, nemlig en kontrolldimensjon og en tilknytningsdimensjon, der ytterpunktene er dominans versus underkastelse og kjærlighet versus hat (14). Komplexiteten i interpersonelle relasjoner kan uttrykkes ved ulike kombinasjoner av intensitet i disse dimensjonene. Han konstruerte cirkumpleksmodellen som en grafisk og kvantitativ fremstilling av en persons interpersonelle mønster (fig 1). Avstand fra origo er et uttrykk for intensiteten i personens relasjonstendens langs denne dimensjonen. Plasseringer i periferien av sirkelen tenderer mot det patologiske pga. høy intensitet, mens plasseringer nærmest origo er mer normalt. For eksempel kan en person som skærer høyt både mot den kjærlige polen og den underkastende polen beskrives som føyelig og avhengig, mens en person som befinner seg høyt på den dominerende polen og mot den hatefulle siden, kan beskrives som narcissistisk og konkurrerende. Empiriske undersøkelser har vist at mange personlighetsforstyrrelser i henhold til dagens diagnostikk kan plasseres på en meningsfull måte i Learys cirkumpleksmodell, mens enkelte

klinisk viktige personlighetsforstyrrelser ikke har en konsistent plassering i cirkumpleksen (16), noe som tyder på at vesentlige aspekter ved personlighetsforstyrrelsene ikke forklares ved disse to dimensjonene.

Smith Benjamin har erstattet Learys kontrolldimensjon med en autonomidimensjon som taper autonomi versus manglende interpersonell differensiering (15). Hennes cirkumpleksmodell er noe mer kompleks. Den består av tre lag, der hvert lag inneholder de to dimensjonene tilknytning og autonomi. Lagene og dimensjonene er ment å representere de interpersonelle aspekter ved personligheten, samt internaliserte forestillinger om en selv som resultat av disse interpersonelle relasjonene. Modellen kalles «strukturell analyse av sosial atferd» og kan betraktes som et analyseverktøy

for beskrivelse og prediksjon av interpersonelle relasjoner og hvordan de fører til spesielle forestillinger om en selv. Smith Benjamin har utviklet hypoteser om spesielle patogene mekanismer for hver av personlighetsforstyrrelsene. Disse hypotesene har foreløpig i liten grad vært gjenstand for empirisk testing.

Millons biososiale læringsteori

Theodore Millon forsøker å integrere nevrofysiologiske modningsprosesser og sosial læring, og har etter hvert også antatt et evolusjonistisk perspektiv (17). Ifølge Millon er personligheten et dynamisk komplekst selvregulerende system som er involvert i opprettholdelse av psykisk likevekt, i dynamisk samspill med omverdenen. Personligheten består av mange nivåer – biologiske, psykologiske og det som har med det sosiale og kulturelle å gjøre. Et vesentlig poeng hos Millon er at alle disse aspektene ved personligheten står i et dynamisk forhold til hverandre, det er med andre ord avhengighet i systemet. Om personlighetsforstyrrelse bruker han metaforen immunsvikt, en form for personlighetsmessig immunsvikt som gjør et individ mindre i stand til å tåle livets påkjenninger. Patologisk personlighet er kjennetegnet av skjor stabilitet, manglende fleksibilitet og tendens til å skape onde sirkler.

Ifølge Millon er det tre underliggende dimensjoner eller polariteter i personligheten: lyst-ulyst, selv-andre og aktiv-passiv. Disse er teoretisk utledede dimensjoner, som han mener å kunne gjenfinne både hos Sigmund Freud og hos mange andre teoretikere på 1900-tallet (18). Lyst-ulyst har å gjøre med hva slags forsterkning en person søker, selv-andre-polariteten beskriver i hvilken grad et individ vender seg mot seg selv eller mot andre for å få slik forsterkning, mens aktiv-

passiv-polariteten sier noe om hvordan en person oppnår forsterkning. Disse polaritetene danner grunnlaget for en klassifikasjon av patologiske personlighetsmønstre som har store likhetstrekk med de ulike personlighetsforstyrrelsene i DSM-IV og ICD-10, men likevel ikke helt samsvarende.

I motsetning til Kernberg (9), som definerer alvorlighet av personlighetsforstyrrelse ut fra indre strukturelle egenskaper, vurderer Millon alvorlighet i større grad på grunnlag av sosial tilpasning, og kanskje særlig i hvilken grad et individ er henvendt mot andre mennesker. Eksempelvis vil antisosial personlighetsforstyrrelse av Millon bli betraktet som en mildere form for personlighetspatologi fordi den antisosiale søker kontakt med andre, selv om denne kontakten er preget av utnyttelse, manipulering og egosentrisitet. Kernberg, derimot, klassifiserer antisosial personlighetsforstyrrelse som mer alvorlig ut fra indre strukturelle kjennetegn.

Modeller med utgangspunkt i normalpsykologi

Med Millon har vi beveget oss over i den akademiske psykologi. Innenfor normalpsykologien sees personlighet som et abstrakt fenomen, og man forsøker å forklare variasjon i personlighet ut fra noen få bredt definerte dimensjoner og trekk, det nomotetiske perspektiv. Et individs personlighet beskrives kvantitativt som større eller mindre avvik fra gjennomsnittsskåre i befolkningen og uttrykkes som individuelle profiler. I sin mest ekstreme form tilsier dette perspektivet at hvis ikke all personlighetsmessig variasjon forklares ved disse dimensjonene, er det enten uttrykk for målefeil eller at man ikke har funnet frem til de rette dimensjonene. Dette perspektivet står i kontrast til det ideografiske perspektiv, der hvert individ betraktes som unikt og komplekst og forstås på bakgrunn av individuelle forutsetninger i samspill med kontekstuelle faktorer. I dette perspektivet kan personligheten ikke forstås ved generelle lover eller dimensjoner. Det ideografiske perspektivet har tradisjonelt stått klinikerne nært, men er i ekstrem form ikke forenlig med diagnostisk klassifikasjon overhodet. Vi ser i dag forsøk på å anvende begge disse perspektivene i forståelsen av personlighetsforstyrrelser.

Innenfor normalpsykologien har det vært mange forsøk på å identifisere noen få underliggende dimensjoner som kan forklare normal personlighetsvariasjon. Mens Millons dimensjoner er teoretisk utledet, er det typiske for denne tradisjonen at identifiseringen av slike dimensjoner skjer ved hjelp av statistiske metoder. Store grupper av normalbefolkningen blir undersøkt, ofte ved hjelp av spørreskjemaer som måler personlighetsbeskrivelser. Disse dataene blir bearbeidet statistisk med faktoranalytiske metoder, som organiserer informasjonen i dimensjoner ut fra grad av samvariasjon mellom personlighetsbeskrivelsene.

Tabell 2 Femfaktormodellen	
Hoved-dimensjoner	Underordnede trekk
Nevrotisisme	Engstelig, hissig/fiendtlig, deprimert, sjenert, impulsiv, sårbar
Ekstroversjon	Varm, selskapelig, selvhevdende, aktiv, spenningssøkende, glad
Åpenhet for opplevelser	Fantasifull, estetisk, sensitiv, handlingsbredde, intellektuelt orientert, tolerant
Omgjengelighet	Tillitsfull, direkte, altruistisk, føyelig, beskjeden, følsom
Samvittighetsfullhet	Kompetent, ordentlig, pliktoppfyllende, målrettet, selvdisiplinert, veloverveid

Mange innenfor denne tradisjonen er av den oppfatning at personligheten kan beskrives som en hierarkisk organisering av atferd og personlighetstrekk, med bredt definerte høyereordens dimensjoner på toppen av hierarkiet (fig 2). Dimensjonene er uavhengige av hverandre, slik at et individs plassering på én dimensjon er uavhengig av plasseringen på en annen. Det er i dag uenighet om hvilke eller hvor mange hoveddimensjoner som trengs for å forklare variasjonen i personlighet. De fleste modellene omfatter fra tre til sju hoveddimensjoner. Eysenck

Tabell 3 Cloningers psykiobiologiske modell	
Temperaments-dimensjoner	Karakter-dimensjoner
Ubehagsunngåelse	Selvstyrthet
Nyhetssøking	Samarbeidsvillighet
Belønningsavhengighet	Selvtranscendens
Iherdighet/utholdenhet	

(19) introduserte tidlig en tredimensjonal modell som omfattet nevrotisisme, ekstroversjon-introversjon og psykotisisme. Disse dimensjonene gjenfinnes i tilsvarende eller liknende former i flere av de andre modellene.

Femfaktormodellen for personlighet

Denne modellen er utviklet innenfor den leksikalske tradisjonen, dvs. at man har gjort faktoranalyser av vokabularet i det engelske språket ut fra den tanken at det som har relevans for personligheten, må være nedfelt i dagligspråket (20). Ifølge femfaktormodellen kan personligheten forklares ved fem stabile, og for en stor del arvelig betingede, hoveddimensjoner: nevrotisisme, ekstroversjon, åpenhet for erfaring, omgjengelighet og samvittighetsfullhet (tab 2). Costa & McCrae (20), som har vært hovedbidragsytere til denne modellen i de senere år, har systematisert seks underordnede trekk for hver av hoveddimensjonene.

Modellens relevans for den patologiske personlighet er basert på antakelsen om at personlighetsforstyrrelse er assosiert med lite fleksible og ekstreme varianter av disse normaldimensjonene, og at forskjellige kombinasjoner eller profiler av dimensjoner og trekk kan skille mellom de ulike personlighetsforstyrrelsene. Fra empiriske undersøkelser vet vi at det er en viss sammenheng mellom femfaktormodellen og personlighetsforstyrrelse. Et vanlig funn er at de fleste personlighetsforstyrrelser, men ikke alle, er assosiert med høy skåre på nevrotisisme, mens kanskje særlig omgjengelighets- og ekstroversjonsdimensjonene er vesentlige med henblikk på differensiering mellom forskjellige personlighetsforstyrrelser. Hva slags betydning dette har, er det delte meninger om.

Costa & McCrae har etter hvert argumentert for å gå bort fra personlighetsforstyrrelsesbegrepet som sådant og har isteden lansert begrepet «personlighetsrelaterte problemer». Tanken er at høye eller lave skåre på dimensjonene i femfaktormodellen representerer en risiko for å utvikle såkalte personlighetsrelaterte problemer, som kan variere med kontekst og i perioder bringe folk i behandling. Dette begrepet tar høyde for at personlighetsforstyrrelsesdiagnoser ikke er så stabile over tid som de per definisjon kanskje burde være.

Kritikken av femfaktormodellen har vært at den er empiristisk, for enkel og uspesifikk, og ikke godt nok kan beskrive kompleksiteten ved personlighetsforstyrrelsene. Prinsippet om uavhengige personlighetsdimensjoner står for eksempel i skarp kontrast til Millons modell, som nettopp legger vekt på at personligheten er et system av innvevde interrelaterte fenomener. Kritikerne har derfor pekt på muligheten for at prinsippet om uavhengige dimensjoner først og fremst er et kunstig resultat av de statistiske metodene.

Cloningers psykobiologiske modell

I motsetning til femfaktormodellen skiller Cloningers modell mellom karakterdimensjoner og temperamentsdimensjoner (21). Opprinnelig omfattet modellen kun temperamentsdimensjoner: ubehagsunnngåelse, nyhetssøking, belønningsavhengighet, senere også iherdighet/utholdenhet. Ved å supplere modellen med de tre karakterdimensjonene selvstyrthet, samarbeidsvillighet og selvtranscendens (tab 3) mente Cloninger at han bedre å kunne beskrive personlighetsforstyrrelser. Hypotesen er at personlighetsforstyrrelse generelt er assosiert med umoden karakter, mens de forskjellige personlighetsforstyrrelsene er assosiert med forskjellige typer av temperament. Mens temperamentsdimensjonene i stor grad er arvelige og moderat stabile gjennom livet, var tanken at karakterdimensjonene er svakt arvelige, modnes trinnvis fra tidlige leveår og kan forandres gjennom erfaring og læring. Karakterdimensjonene er muligens sterkere genetisk influert enn tidligere antatt (22). Det er noe empirisk belegg for at personlighetsforstyrrelse er assosiert med lav grad av selvstyrthet og samarbeidsvillighet.

Cloningers hypotese er at den engstelige gruppen av personlighetsforstyrrelser er forbundet med høy grad av ubehagsunnngåelse, den dramatiske gruppen med nyhetssøkende temperament og den eksentriske gruppen med lav grad av belønningsavhengighet. Empiriske undersøkelser har gitt en viss støtte til denne hypotesen, men forskningen har gitt blandede resultater (23). En annen interessant hypotese er at tre av temperamentsdimensjonene er relatert til forskjellige transmittersystemer: Ubehagsunnngåelse antas å være relatert til serotonerg aktivitet, nyhetssøkende til dopaminerg og belønningsavhengighet til noradrenerg. Om disse hypotesene holder, vet vi ikke.

I og med at det nå er stor interesse for forholdet mellom personlighetsforstyrrelser og normale personlighets- eller temperamentsdimensjoner, og interesse for å inkludere en dimensjonal modell i det offisielle diagnose-systemet, er det en viss konkurranse mellom disse modellene. Det er en del likheter mellom de dimensjonene som inngår i de to modellene. Men man knives både om hvilke av modellene som best kan predikere de forskjellige personlighetsforstyrrelsene og, ikke minst, hvilken av dem som best kan relateres til biologiske og genetiske forhold. Foreløpig foreligger det for få studier til å si noe om utgangen på dette.

Avsluttende kommentarer

De modellene som er skissert her, forholder seg til forskjellige aspekter ved og nivåer i personligheten. De gjenspeiler ulike faghistoriske tradisjoner og bygger på ulike forutsetninger. Sånn sett kunne man kanskje tenke seg at en integrering av teoriene ville skape en syntese. Slik forholder det seg nok

ikke, til det er de for forskjellige. Imidlertid vil modeller fra ulike fagtradisjoner kunne bidra til en dypere forståelse av det komplekse fenomen som personlighetsforstyrrelser er. Sannsynligvis har teoriene forskjellige forklaringskraft både for forskjellige sider ved personlighetspatologi og for forskjellige grupper av personlighetsforstyrrelser. For tiden er det særlig interesse knyttet til å supplere de klinisk orienterte teoriene med modeller fra normalpsykologien. For å undersøke validiteten av de ulike teoriene trengs mer empirisk forskning.

Klinikere vil naturlig nok være opptatt av i hvilken grad modellene har behandlingsmessige konsekvenser. Behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser er et omfattende tema som ligger utenfor rammen til denne artikkelen. Forløpig har modellene fra normalpsykologien ikke bidratt vesentlig med henblikk på psykososial behandling. Imidlertid kan disse teoriene på sikt muligens sette oss på sporet av biologisk funderede aspekter ved personlighetsforstyrrelse som kan være mål for medikamentell behandling. Det har tradisjonelt vært de psykodynamisk orienterte teoriene som er blitt anvendt ved behandling av personlighetsforstyrrelse. I de senere år er den kognitive og atferdsorienterte tradisjonen kommet sterkere i fokus. Empiriske undersøkelser de siste 15 år av psykodynamisk orientert og kognitivt atferdsorientert behandling har vist lovende resultater (24). Det pågår for tiden flere sammenliknende behandlingsstudier som i løpet av de kommende år vil gi mer kunnskap om den relative nytten av forskjellige behandlingstilnærminger.

Litteratur

1. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590–6.
2. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 38–42.
3. Reich JH, Vasile RG. Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 475–84.
4. Alnæs R, Torgersen S. Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 336–42.
5. Ruegg R, Frances A. New research in personality disorders. *J Personal Disord* 1995; 9: 1–48.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. utg. (DSM-IV). Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
7. International classification of diseases (ICD-10). Genève: WHO, 1992, 1993.
8. Freud S. The ego and the id. I: *The Penguin Freud Library*. Bd. 2. London: Pelican Books, 1984: 350–409.
9. Kernberg OF. A psychoanalytic theory of personality disorders. I: Clarkin JF, Lenzenweger MF, red. *Major theories of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1996: 106–40.
10. Kohut H. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press, 1971.
11. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J et al. A twin study of person-

- ality disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 416–25.
12. Pretzer JL, Beck AT. A cognitive theory of personality disorders. I: Clarkin JF, Lenzenweger MF, red. *Major theories of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1996: 36–105.
13. Beck AT, Freeman A & associates. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990.
14. Leary T. *Interpersonal diagnosis of personality: a functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press, 1957.
15. Benjamin LS. *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, 2. utg. New York: Guilford Press, 1996.
16. Pincus AL, Wiggins JS. *Interpersonal problems and conceptions of personality disorders*. *J Personal Disord* 1990; 4: 342–52.
17. Millon T, Davis RD. *An evolutionary theory of personality disorders*. I: Clarkin JF, Lenzenweger MF, red. *Major theories of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1996: 221–346.
18. Freud S. *The instincts and their vicissitudes*. I: *The Penguin Freud Library*. Bd. 2. London: Pelican Books, 1984: 107–39.
19. Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Psychoticism as a dimension of personality*. New York: Crane, Rusak & Co, 1976.
20. Costa PT, McCrae RR. The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Personal Disord* 1992; 6: 343–59.
21. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975–90.
22. Kirk KM, Eaves LJ, Martin NG. Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin Res* 1999; 2: 81–7.
23. Trull TJ. Dimensional models of personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2000; 13: 179–84.
24. Wilberg T. Effekt av behandling hos pasienter med personlighetsforstyrrelse. I: Karterud S, Urnes Ø, Pedersen G, red. *Personlighetsforstyrrelser: forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Oslo: Pax, 2001: 111–8.

○