

En snarvei i diagnostikken av personlighetsforstyrrelser?

Innføring av pakkeforløp for en rekke lidelser er gjennom standardisert utredning og behandling tenkt å sikre et effektivt og likeverdig tilbud. Det kan medføre økt bruk av screeninginstrumenter i diagnostisk arbeid. Hvilken rolle bør screeninginstrumenter spille i utredningen av komplekse og heterogene lidelser som personlighetsforstyrrelser?

Personlighetsforstyrrelser omfatter vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk gjennom rigide reaksjoner på et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner. De representerer betydelige avvik i hvordan man opplever, tenker, føler og forholder seg til andre individer (1).

Forekomsten av personlighetsforstyrrelser varierer innenfor normalbefolkningen mellom 5 % og 14,8 % (2). Innenfor en populasjon av psykiatriske pasienter varierer forekomsten fra 45,2 % til 80 % (3, 4). Prevalensen er altså svært avhengig av populasjonen man undersøker.

Screeninginstrumenter for personlighetslidelser

Ulike instrumenter er blitt undersøkt internasjonalt, blant annet Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS) og Iowa Personality Disorder Screen (IPDS) (5, 6). Med en sensitivitet og spesifisitet på rundt 80 % konkluderte Germans og medforfattere at de ovenstående screeninginstrumentene er brukbare i en tostegs diagnostisk prosedyre på en populasjon i psykiatrisk poliklinikk, hvor man grovselektorer den gruppen pasienter som må utredes ytterligere (7).

I Norge er IPDS et av få screeninginstrumenter som er validert i en poliklinisk populasjon. Med en sensitivitet på 77 % og spesifisitet på 71 % konkluderer Olsson og medarbeidere med at instrumentet er mindre nøyaktig enn angitt i internasjonale studier, men likevel nyttig som screeninginstrument til bruk i psykiatriske poliklinikker (8).

Screeningtester blir validert i spesifikke pasientpopulasjoner. Dersom testen benyttes i en annen populasjon, må man være klar over at testens sensitivitet og spesifisitet er avhengig av forekomsten av lidelsen i en spesifikk populasjon. Man kan derfor ikke overføre resultater fra en valideringsstudie til en ny populasjon med en annen prevalens.

Sannsynlighetsratio (likelihood ratio – LR) er uavhengig av prevalens (9). LR+ angir hvor mye sjansen for å ha en personlighetsforstyrrelse øker, når en test er positiv. Internasjonale studier viser at LR+ for brukte screeninginstrumenter for personlighetsforstyrrelser ligger mellom 3,5 og 5,1. Det betyr at et positiv testresultat kun gir en moderat økning i sannsynligheten for personlighetsforstyrrelse (7). Siden IPDS i Norge har lavere sensitivitet og spesifisitet

enn i internasjonale studier, medfører det at sannsynlighetsratio er lavere enn 5,1.

En sannsynlighetsratio på 5,1 gir en økning fra 12 % til 43 % sannsynlighet for å ha personlighetsforstyrrelse ved en positiv

«Screeningtester blir validert i spesifikke pasientpopulasjoner»

test i den generelle befolkningen, som fortsatt betyr at pasienten har større sannsynlighet for ikke å ha en personlighetsforstyrrelse (7). Testen er derfor ikke egnet for screening av personlighetsforstyrrelser i den generelle befolkningen.

Bruk hodet – ikke screeninginstrumentet

Finnes det en snarvei til diagnosen personlighetsforstyrrelse? Screeninginstrumenter for personlighetsforstyrrelse viser en tilfredsstillende sensitivitet og spesifisitet i en populasjon hvor forekomsten er ca. 50 %, eksempelvis i en psykiatrisk avdeling eller ved et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Men på grunn av lav sannsynlighetsratioverdi vil det ikke fungere i andre populasjoner. Nasjonalt og internasjonalt jobbes det med å utvikle screeninginstrumenter for personlighetsforstyrrelser som kan fungere i ulike populasjoner.

I en hektisk hverdag kan det virke besnærende å bruke ulike screeninginstrumenter for rask diagnostikk. Det er derfor av stor betydning at den enkelte kliniker har robust kunnskap om fordeler og ulemper ved screening for ulike lidelser i ulike populasjoner.

Sara Germans Selvik

Sara.Germans@hnt.no

Olav Kristiansen

Benjamin Hummelen

Hanne Indermo Solhaug

Sara Germans Selvik (f. 1972) er ph.d., spesialist i psykiatri ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos, leder av referansegruppe for Nasjonal tjeneste for personlighetspsykiatri og førsteamanuensis ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Olav Kristiansen (f.1957) er spesialist i psykiatri ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Benjamin Hummelen (f.1967) er ph.d. og seniorforsker ved Avdeling for forskning og utvikling, Forskergruppe personlighetspsykiatri, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hanne Indermo Solhaug (f.1981) er konstituert overlege i psykiatri ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). International Classification of diseases (tenth edition) (ICD-10). www.who.int/classifications/icd/en/ [14.3.2016].
2. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ 3rd et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 536–42.
3. Verheul R, Van Den Brink W. Persoonlijkheidsstoornissen. I: De Jong A, Van Den Brink W, Ormel J et al, red. *Handboek psychiatrische epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De tijdstroom, 1999: 347–372.
4. Andermann A, Blancaquart I, Beauchamp S et al. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 317–9.
5. Moran P, Leese M, Lee T et al. Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 228–32.
6. Langbehn DR, Pfohl BM, Reynolds S et al. The Iowa Personality Disorder Screen: development and preliminary validation of a brief screening interview. *J Pers Disord* 1999; 13: 75–89.
7. Germans S, Van Heck GL, Hodiarnont PPG. Results of the search for personality disorder screening tools: clinical implications. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 165–73.
8. Olsson I, Sørø Ø, Dahl AA. A cross-sectional testing of The Iowa Personality Disorder Screen in a psychiatric outpatient setting. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 105–13.
9. Pauker SG, Kassirer JP. Therapeutic decision making: a cost-benefit analysis. *N Engl J Med* 1975; 293: 229–34.

Mottatt 16.2. 2016, første revisjon innsendt 6.3. 2016, godkjent 14.3. 2016. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.