

# Personlig sårbarhet, personlighet och psykopatologiska störningar

Carlo Perris

Tillkomsten av nya klassifikationssystem har bidragit till att göra de psykiatriska diagnoserna mera tillförlitliga. Samtidigt är dessa system inte till någon stor hjälp när det gäller att belysa de mekanismer som kan ligga bakom de olika störningarnas uppkomst, eller vad som underhåller dem, så att en ändamålsenlig behandling kan planeras.

Uppmärksamhet bör istället riktas på mera komplexa modeller, fokuserade på individuell sårbarhet. Inom ramen för dessa modeller tillmätts utvecklingen av normala och abnorma personlighetskaraktäristika en stor betydelse. En konsekvent bedömning av en patients eventuella personlighetsproblematik är särskilt relevant både för att den genomsyrar alla andra psykiska störningar och för att den inverkar (oftast menligt) på resultatet av de behandlingar som ges.

Den nyligen bortgångne Carlo Perris var professor emeritus i psykiatri, Umeå Universitet och föreståndare av Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi, Stockholm och ordförande av European Federation of Clinical Psycho-logy, Psychiatry & Psychotherapy.

Två huvudsystem för klassifikation av psykiska störningar används jämsides i Sverige: den 10:e versionen av *International Classification of Diseases* (ICD-10) utveckl-

lad av Världshälsorganisationen, (WHO) och den amerikanska DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual*, 4:e editionen). ICD är det äldsta av de klassifikationssystem som är officiellt i bruk i Sverige och är det som konsekvent använts inom svenska sjukvård. När det gäller ICD-10 och DSM-IV har man dock strävat efter att få de två systemen att i stor utsträckning sammanfalla. DSM-IV är ett multi-axialt system uppbyggt kring fem olika huvudrubriker eller axlar av vilka den första (axel I) upptar de traditionella psykiska störningarna (s k *symtomstörningar*; t ex ångest-, depressiva- eller ätstörningar) medan den andra (axel II) upptar personlighetsstörningarna. I dessa två axlar uppfattas de respektive störningarna såsom enskilda *kategorier*, teoretiskt skilda från varandra. De återstående axlarna avser eventuell samtidig förekomst av en kroppslig sjukdom (axel III), förekomst av psykosociala problem eller stressorer (axel IV) samt en global funktions-skattning (axel V). I praktiken sker det dock tyvärr sällan att alla fem axlar kodas på ett konsekvent sätt.

Tillkomsten av den amerikanska DSM diagnostiken, med dess försök till operationalisering (beskrivning av olika karaktäristika eller kriterier) av de olika diagnoserna, har onekligen bidragit till att göra dem mer tillförlitliga. Det är dock osäkert i vilken utsträck-

---

---

*Tillkomsten av den amerikanska DSM-diagnostiken, med dess försök till operationalisering av de olika diagnoserna, har onekligen bidragit till att göra dem mer tillförlitliga*

---

---

ning den också bidragit till att göra dem mer användbara i behandlingssammanhang.

En kritisk hållning i fråga om värdet av diagnostiska kategorier som vägledning för behandling har en lång tradition i Sverige. Denna började med Essen-Möller (Essen-Möller & Wohlfart; 1947) för snart ett halvsekel sedan, och fortsatte senare med Ottosson och Perris och med det arbete som Umeågruppen (Perris, von Knorring, Jacobsson, m.fl) under sjuttioalet ägnade åt att utveckla ett beskrivande multiaxialt alternativ till dåvarande kategori-diagnoser.

Den modell som då utvecklades, tillsammans med andra som utvecklades parallellt utomlands av andra författare, har såsom Spitzer och Williams påpekat i ett kapitel i *Handbook of Comprehensive Psychiatry*, varit föregångare till utvecklingen av den DSM-diagnostik som nu används vid sidan om ICD-10.

En väsentlig skillnad mellan de två nu gällande klassifikationsystemen är att man i DSM, men ej i ICD, skapats en separat huvudrubrik eller axel för personlighetsdiagnostik. En sådan uppdelning är onekligen av värde eftersom den påminner om nödvändigheten att ta ställning till en patients eventuella personlighetsproblematik, men är inte helt okontroversiell just på grund av att personlighetsrelaterade störningar här, åtminstone teoretiskt, uppfattas som avgränsade från varandra.

En skillnad mellan de multiaxiala modeller som utvecklats under sjuttioalet (de svenska inkluderade) och DSM är att man i DSM införlivat de diagnostiska kriterier som hade utvecklats i USA, i första hand för de affektiva och schizofrena störningarna, och då främst syftat till att användas för forskningsändamål. Detta förfarande, avsett att operationalisera diagnoserna, har sedan utvidgats så att man utvecklat kriterier för alla psykiska störningar, inklusive sådana som är relaterade till personligheten. Användningen av dessa kriterier och som skall vara uppfyllda för att fastställa en viss diagnos, riskerar emellertid att invägga oss i tron på en diagnostisk exakthet som tyvärr ligger långt från den kliniska verkligheten. De diagnostiska kriterier som uttas i DSM avser, såsom ofta påpekats i litteraturen, en standardisering av diagnosen av en sjukdom eller störning snarare än en diagnos av en enskild patient. Det säger, med andra ord, ingenting om det unika hos den person som får diagnosen.

Det faller inte inom ramen för denna uppsats att diskutera tillförlitligheten av de olika DSM diagnoserna och då särskilt de som avser personlighetsstörningarna eller de svårigheter som fastställande av diagnostiska kriterier för de sistnämnda har vållat. Dock kan det vara på sin plats att betona att vare sig ICD-10 eller DSM-diagnostiken utgör någon ändamålsenlig vägledning för ett begreppsligande av en patient i behandlingssammanhang och i synnerhet inte när det gäller personlighetsrelaterade störningar. Denna bristande

---

---

*Användningen av dessa kriterier riskerar emellertid att invägga oss i tron på en diagnostisk exakthet som tyvärr ligger långt från den kliniska verkligheten*

---

---

---

---

*Man borde även kunna vara lika överens om att ett begreppsligande eller en konceptualisering av en patient som vägledning i behandlingen sannolikt är ännu viktigare*

---

---

ändamålsenlighet, som är utförligt dokumenterad av Westen och medarbetare (Westen, 1998), sammanhänger bl a (men inte uteslutande) med att DSM-systemet gör anspråk på att vara ateoretiskt och främst deskriptivt. Enligt en omfattande studie genomförd av Westen ger DSM-kriterierna utrymme för att diagnosticera på sin höjd 30% av de patienter som har en personlighets-relaterad störning och som söker på en vanlig mottagning. Även om man kan vara överens om att kliniska diagnosetiketter är relevanta för många syften och har sin givna plats i en hälsoorganisation och i forskningssammanhang, borde man även kunna vara lika överens om att ett begreppsligande eller en konceptualisering av en patient som vägledning i behandlingen sannolikt är ännu viktigare. En sådan konceptualisering eller begripliggörande av en patients problematik måste, för att vara av något värde, nödvändigtvis innefatta grundade antaganden om de faktorer som kan ligga bakom att en störning uppstått och om de mekanismer som underhåller denna störning.

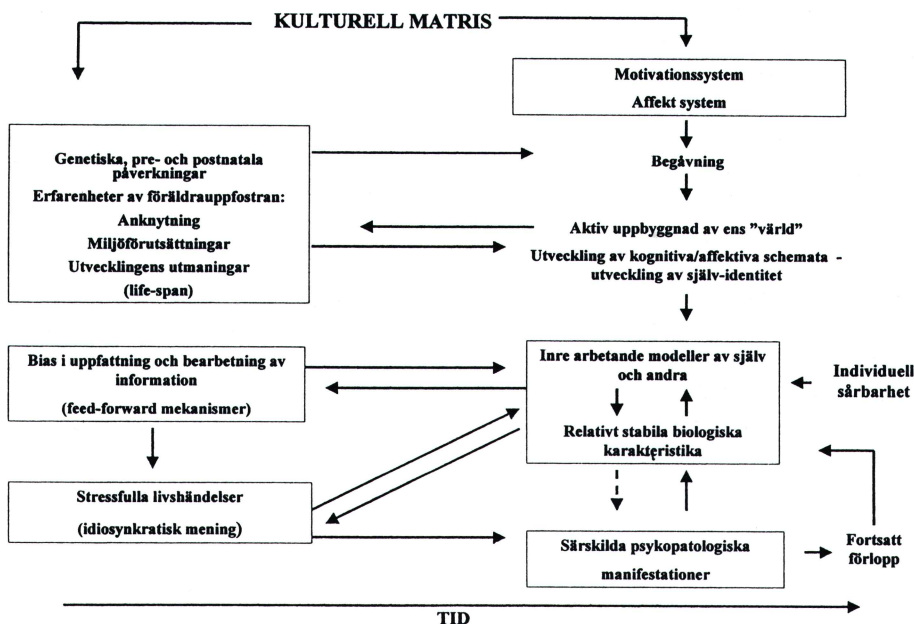
Det är mot denna bakgrund som tankar på ett mer systematiskt närmande till begreppsligandet av de problem som en patient kan uppvisa vuxit fram. Särskilt under de senaste årtiondena har medvetenheten om att uppkomsten av psykiska störningar inte kan förklaras med hänvisning till enkla linjära orsakssammanhang blivit alltmer påtaglig. Man betonar, som alternativ, nödvändigheten att sluta sig till en biopsykosocial modell (Engel,

1977) istället för att uteslutande utgå från ett alltför enkelt biomedicinskt synsätt, samtidigt som man framhäver värdet av att beakta relationen mellan stress och *diathes* eller vulnerabilitet vid uppkomsten av olika psykiska störningar.

Den biopsykosociala modell som föreslagits av Engel har emellertid, åtminstone såsom den hittills tillämpats, kritiserats från många håll (t ex av McLaren, 1998). Man har bl a påpekat att den snarare utgör en stark kritik av gängse diagnostik än en sammanhållen teori om de psykiska störningarnas uppkomst och vidare förlopp. Sannolikt känner sig de flesta behandlare sällan helt tillfreds med att överväga uteslutande biologiska eller uteslutande psykosociala determinanter till den störning som en patient uppvisar. Å andra sidan är det mindre troligt att de konsekvent fördjupar sig i det sätt på vilket dessa olika faktorer interagerar med varandra. En viktig följd av dessa interaktioner är bland annat att det till slut inte längre blir möjligt att entydigt utpeka var biologin slutar och det psykosociala tar vid eller tvärtom.

I Sverige har vår grupp sedan några årtionden varit verksam med att utveckla och successivt förfina en sårbarhetsmodell som kan medverka till förståelsen av utvecklingen av psykopatologiska manifestationer och som klart skiljer sig från andra i litteraturen beskrivna stress-vulnerabilitet modeller av enskilda störningar (se, Perris & Perris, 1998 för en utförlig beskrivning). Denna modell visas i *figur 1*.

Des framsta kännetecken är att den inte fokuserar på en (biologiskt determinerad) predisposition till någon given störning (och således ett relativt oföränderligt drag), utan är utvecklad utifrån ett utvecklingspsykopatologiskt perspektiv och fokuserat på de dia-



Figur 1. En teoretisk referensram, fokuserad på individuell sårbarhet och som belyser dess relation till psykopatologiska störningar.

lektiska interaktioner och transaktioner som kontinuerligt äger rum mellan olika kausala faktorer å ena sidan och mellan den växande individen och dessa faktorer å den andra.

Som figuren belyser, tillskrivs i denna modell den övergripande påverkan av kulturen särskild vikt. Detta är värt att betona, eftersom det kulturella inflyandet på personlighetsutvecklingen onekligen är stort. Kunskaper om detta är ett måste med hänsyn till den alltmer påtagliga utvecklingen mot multikulturella samhällen som äger rum överallt, inte minst här i Sverige. Kulturbundna personlighetskaraktéristiska är av stor betydelse inte bara för den sårbarhet för olika typer av yttre händelser som de förstärker, men också för att förstå de sätt på vilka olika psykiska

störningar kommer till uttryck och den beredskap som kan finnas hos patienten för olika typer av behandlingsåtgärder.

Innan den egentliga frågan om relationen mellan personlighet och sårbarhet tas upp, kan det vara av värde att göra en kritisk anmärkning om den vida mera spridda benägenheten att betrakta personligheten med huvudsakligen hänvisning till mer eller mindre nedärvda drag som kan mätas med olika psykometriska instrument. En fokusering på uteslutande temperament dispositioner mätta med självskattningsformulär är onekligen reduktionistisk. Främst för att begreppet "personlighet" omfattar mycket mera än just enskilda drag, även om dessa är relevanta, men också för att en förståelse av personligheten inte kan

begränsas till det som man själv kan ta ställning till i svaren på ett självskattningsformulär. I begreppet personlighet ingår nämligen en del andra viktiga komponenter, t ex införlivade inre arbetande modeller av själv och andra och etiska och existentiella dimensioner som ej kan reduceras till nedärvda drag.

Den sårbarhetsmodell som visas i Figur 1 åskådliggör några av de samspel som bidrar till personlighetsutvecklingen och till personlighetens relevans för de psykiska störningarnas uppkomst och behandling. De flesta interaktioner som pilarna i figuren åskådliggör har varit föremål för talrika undersökningar. Man har till exempel, för att nämna några, vid upprepade, oberoende undersökningar klart kunnat påvisa att föräldrauppföstran både bidrar till personlighetsutvecklingen samtidigt som den är påverkad av barnets temperamentkaraktistik. Däremot, vad gäller anknytningen mellan förälder och barn, är man tämligen överens om dess inverkan på personlighetsutvecklingen, bl a via de inre arbetsmodellerna av själv och andra, vilkas utveckling är resultat av anknytningsbeteendet hos mor och barn medan man är mindre säker på att barnets temperament skulle ha någon entydig inverkan på dess utveckling. Tidiga störningar i anknytningen (under de första tre levnadsåren) kan leda till både funktionella och strukturella hjärnförändringar och till en dysfunktionell reglering av känsloupplevelser och känslouttryck.

Ett exempel på några av de personlighetskaraktistiska som utifrån anknytningsteorin kan härledas från modellen visas i figur 2.

De två typer av personlighetsstilar som anges i bilden har betydelse dels för den typ av interpersonella relationsmönster som en person utvecklar och dels för att de bidrar till att skapa en individspecifik sårbarhet för vissa

Författare	Personlighetskaraktistiska	
Bowlby:	Compulsive self-reliance	Compulsive care-seeking
Arieti & Bemporad:	Dominant goal	Dominant other
Beck:	Autonomy	Sociotropy
Blatt:	Introjective	Anaclitic

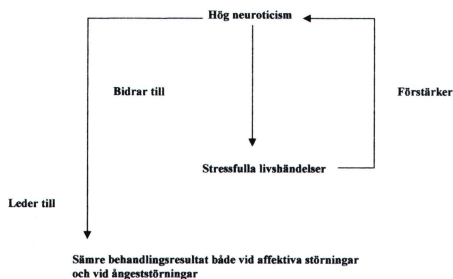
Dessa olika personlighetskaraktistiska antas leda till en olikhet i sårbarhet för olika livshändelser

*Figur 2. Några personlighetskrakteristiska beskrivna av Bowlby, som kan härledas från sårbarhetsmodellen. Relation till andra teoretiska begrepp.*

typer av livshändelser framför andra. Personer präglade av tvångsmässig självtillit eller uttalad *autonomi*, till exempel, är känsliga för händelser som innebär ett hot mot deras karriärutveckling, deras arbetsförhållanden och deras sociala status. Personer med uttalat sökande av andras kontakt (*sociotropi*) är däremot känsligare för händelser som innebär ett faktiskt eller fruktat avbrott eller förlust i mellanmänskliga relationer. Dessa två olika personlighetsstilar är av betydelse inte bara för att få en inblick i en annorlunda sårbarhet utan också för en närmare förståelse av de sammanhang i vilka en eventuell störning uppstår och det sätt på vilket den yttrar sig och, i en utvidgning, för de behandlingsinsatser som blir påkallade. Personer med uttalad *autonomi* tenderar att intellektualisera sina problem och att inte tillmäta känslorna någon betydelse, då de fått lära sig att de inte har något kommunikationsvärde. När det gäller denna typ av patienter brukar man säga att de inte har kontakt med sina känslor, vilket är en sanning med modifikation. Det som brister är deras förmåga att uttrycka känslor, då det lärt sig att de inte fungerar som ändamålsenliga kommunikationssignaler. Uttalade *sociotropa* människor, å andra sidan, lägger tonvikten på

uttalade känslöytringar för att framkalla ett gensvar och få stöd från sin omgivning. Inom ramen för anknytningsteorin definierar man de förra som huvudsakligen *kognitions-styrda* personer som förlitar sig på semantiskt minne, och de senare som *emotions-styrda* som helst förlitar sig på episodiskt minne.

Även enskilda drag (eller rättare sagt överordnade faktorer) är dock av betydelse i relation till sårbarhet. Såsom *figur 3* visar, har man upprepade gånger kunnat påvisa att hög neuroticism bidrar till uppkomsten av olika stressfulla livshändelser, vilka, i sin tur förstärker själva neuroticismen. Bilden illustrerar således att själva förekomsten av stressfulla händelser i hög grad påverkas av patientens personlighetskaraktär. Den visar också att denna karaktär, enligt samstäm-



*Figur 3. Relationer mellan neuroticism, livshändelser och behandlingsresultat.*

*Tabell 1. Förekomsten av ps-störningar vid olika symtomstörningar (s k komorbiditet).*

Studie	Antal patienter	Diagnos	% men minst 1 personlighetsstörning
Sanderson et al (1992)	197	egentlig depression	50 %
	63	dystymi	52 %
	32	egentlig depression + dystymi	69 %
Corruble et al	?	?	50-85 %
Skodol (1995)	100 (intagna)	ångeststörning	78 %
Kennedy et al (1995)	43 (intagna)	ätstörning	74 %

miga forskningsresultat, har en negativ inverkan på behandlingsresultat vid de flesta störningar.

Eftersom den modell som presenterats i *figur 1* syftar till att belysa sårbarhet måste faktorer som bidrar till att begränsa denna sårbarhet även tas i beaktande. Bland dessa brukar man räkna hög extroversion, en uttalad benägenhet att vara godmodig, hjälpsam och altruistisk, låg impulsivitet och en välutvecklad förmåga till affektreglering. I fråga om den sistnämnda råder konsensus om att en ändamålsenlig utveckling av förmågan att reglera känslorna sker inom ramen för de tidiga anknytningsrelationerna.

Slutligen är det viktigt att påpeka att en diskussion om personlighet i relation till olika psykiska störningar bidrar till att göra oss medvetna om att en individs personlighetskaraktär genomgår vilken som helst störning som hon kan insjukna i. Det är numera också väl dokumenterat att personlighetsrelaterade störningar i DSM-IV mening, såsom *tabell 1* belyser, kan påvisas, vid de flesta störningar som klassificeras i axel I (huvud symtomstörningar), och att deras förekomst klart inverkar på ett negativt sätt på behandlingsresultatet, *tabell 2*.

För att behandlings- och rehabiliteringsåtgärder ska bli ändamålsenliga för varje en-

Tabell 2. Sammanfattning av ett antal studier av effekten av en personlighetsstörning på behandlingsresultat (\*).

	Antal studier	Antal patienter	Resultat
Affektiva störningar	18	1474	Längre behandlingstid, sämre resultat, högre antal återfall
Ångeststörningar	15	612	Högre bortfall, sämre resultat
Obsessiva-Kompulsiva störningar	6	223	Oklara resultat
Beroendestörningar	6	474	Sämre resultat

(\* Sammanställd från data rapporterade i litteraturen

skild patient, är det således nödvändigt att man utgår inte bara från huvuddiagnosen, t ex ångest eller depression, utan att man också har tillgång till en mera omfattande bedömning av patientens/klientens mer habituella sårbarhet till vilken personlighetskaraktäristiska i hög grad bidrar. Det är bl a i detta avseende som vi, och många andra med oss, ställt oss särskilt kritiska både gentemot gängse DSM-diagnostik, som uppfattar personlighetsstörningarna i distinkta kategorier, och gentemot personlighetsbedömningar som endast grundar sig på olika personlighetsdrag, såsom de som kan mätas med gängse frågeformulär.

Det alternativa förslag som vi förespråkar är att det vore mera korrekt att tala om personlighetsrelaterade störningar snarare än om personlighetsstörningar som om de vore avgränsade sjukdomar och att fokusera på hur dessa störningar inverkar på beteendet i mellanmänskliga relationer. Från vår sårbar-

Det vore mera korrekt att tala om personlighetsrelaterade störningar snarare än om personlighetsstörningar som om de vore avgränsade sjukdomar

hetsmodell har vi senare härlett minst tre viktiga prototypiska grupperingar vad gäller störningar i interpersonella relationer. Detta för att vi (och många andra med oss) är övertygade om att de störningar, som är relaterade till personlighetsegenskaper får en patogen betydelse först när de leder till icke-ändamålsenliga reaktionsmönster i relation till andra.

De tre grupper som vi tar i beaktande omfattar: (a) sådana störningar som innebär att man fjärmar sig från andra (t ex sådana patienter som får diagnosen schizoid eller undvikande[fobisk] personlighetsstörning); (b) sådana störningar som innebär att man betar sig som aktivt eller passivt beroende av andra, således hur man närmar sig andra (t ex patienter med osjälvständig personlighetsstörning) och (c) sådana störningar som innebär ett mer eller mindre kaotiskt skiftande mellan ett närmande till, och fjärmade från, andra (t.ex., patienter med borderline problematik). Hur dessa reaktionsmönster kan ändamålsenligt begreppsligas och hur deras uppkomst kan förstås utifrån den sårbarhetsmodell som här beskrivits har redovisats i ett antal publikationer, mest utförligt i Perris och Perris (1998).

#### REFERENSER

- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
- Essen-Möller, E. (1961). On classification of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37, 119-126.

- McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australia & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 86-92.
- Perris C, & Perris H (1998). *Personlighetsstörningar. Uppkomst och behandling i ett utvecklingspsykopatologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Poulton, R.G., Andrews, G. (1992). Personality as a cause of adverse life events. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 35-38.
- Skodol, AE., Oldham, JM., Hyler, SE, et al (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of psychiatric Research*, 29, 361-374.
- Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, & Betz F (1992). Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Research*, 42, 93-99.
- Westen, D. (1998). Case formulation and personality diagnosis: Two processes or one?
- I: Barron, J.J. red. *Making diagnosis meaningful*. Washington, DC: American Psychological Association, ss 111-138.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.