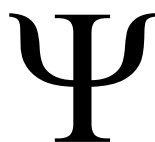




## **DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



### ***Bruk av diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse for ungdommer***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Peder Suhr Hemminghyth**

Høsten 2018

Veileder: Jan Skjerve

## Forord

Jeg ønsker å takke veileder Jan Skjerve for all hjelp og veiledning gjennom hele prosessen. Jeg vil også takke emneansvarlig Ingrid Dundas for hjelp og veiledning da jeg hadde behov for dette. Oppgaven ville ikke vært mulig uten støtte og hjelp fra mine nærmeste. Uten dere ville ikke oppgaven kommet i havn.

## Abstract

In the Norwegian context, there are no national guidelines for antisocial personality disorder. Prevalence amongst youths do not exist. This professional-political enquiry seeks to examine the use of antisocial personality disorder as a diagnosis for youths below the age of 18 in the course of two steps. 1) Whether there are scientific grounds for applying the diagnosis to youths below 18 years of age. 2) Whether the use of the diagnosis within this population is scientifically recommended.

Scientific grounds are examined through a limited search for literature. The literature is scientific and socio-political, and is used to examine, among others, the validity and reliability of the diagnosis, as well as various treatments offered to youths with relevant symptoms. Scientific recommendations are discussed by evaluating the research in accordance with evidence-based practice, patient's rights and clinical implications.

There are scientific grounds for diagnosing youths with antisocial personality disorder. However, research on effective treatments is insufficient. Therefore, it is recommended to initiate pilot projects to examine, diagnose and treat antisocial personality disorder using evidence-based interventions. With the impending implementation of the ICD-11, it is recommended to implement the scientific evidence in the revision of the clinical guidelines.

## Sammendrag

I Norge mangler det nasjonale retningslinjer for bruken av diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det mangler også prevalenstill for diagnosen blant ungdommer. Denne profesjonspolitiske utredningen forsøker å undersøke bruken av diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse blant ungdommer under 18 år i to trinn. 1) Hvorvidt det er vitenskapelig belegg for diagnosen blant ungdommer under 18 år, og 2) om det er faglig hensiktsmessig å anvende diagnosen i denne pasientpopulasjonen.

Det faglige belegget undersøkes gjennom et avgrenset litteratursøk. Litteraturgrunnlaget er av både forskningsmessig og sosialpolitisk art, og belyser blant annet validitet og reliabilitet av diagnosen og behandlingstilbudet til ungdommer med relevante tilstandsbilder. Den faglige holdbarheten drøftes gjennom å vurdere forskningsgrunnlaget for evidensbasert praksis, og hensiktsmessigheten av bruken ses i lys av pasientrettigheter og kliniske implikasjoner.

Det finnes vitenskapelig belegg for diagnostikk av lidelsen blant ungdommer, men forskningen på virksomme intervensjoner er mangelfull. Det anbefales derfor å iverksette pilotprosjekter hvor en utreder, diagnostiserer og anvender intervensjoner som har vist effekt for dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det anbefales også å revidere retningslinjene til BUP i henhold til de nevnte forskningsfunn når ICD-11 skal implementeres.

**Innholdsfortegnelse**

<b>Formålet med utredningen</b> .....	<b>1</b>
<b>Antisosial personlighetsforstyrrelse</b> .....	<b>1</b>
Litteraturgrunnlaget .....	1
Kognisjon og sentrale atferdstrekk .....	2
Karaktersistiske følelses- og emosjonaspekter .....	3
Ulike termer for asosialitet .....	4
Livsførsel og kriminalitet .....	6
Dyssosial personlighetsforstyrrelse versus dyssosiale personlighetstrekk .....	7
Nevrologiske indikatorer på antisosial personlighetsforstyrrelse .....	8
<b>Diagnostisering</b> .....	<b>9</b>
Diagnostiske kriterier.....	9
Diagnosekriterier i DSM-5 .....	9
DSM-5s alternative diagnostiske modell .....	10
Diagnosekriterier i ICD-10 .....	11
Atferdsforstyrrelser som diagnosekriterium .....	11
Forskjeller og likheter mellom DSM-systemet og ICD-systemet .....	12
Prevalens.....	13
Differensialdiagnostikk.....	14
Differensialdiagnoser i ICD-10 .....	15
Differensialdiagnoser i DSM-5.....	15
Diagnostiske utfordringer .....	15
Uenigheter om karakteren av lidelsen .....	16
Komorbiditet.....	16
<b>Validitet og reliabilitet</b> .....	<b>17</b>
Validitet .....	17
Oppsummering av validitet.....	22
Reliabilitet.....	22
Mangelfull reliabilitet i fengselspopulasjoner .....	22
Reliabilitet i kliniske populasjoner .....	23
Reliabiliteten i diagnostikken av ungdommer .....	23
Metodiske mangler ved tidlige studier.....	24
Resultater fra longitudinelle studier.....	25
Oppsummering av reliabilitet .....	25
Utviklingsbaner for atferds- og personlighetsforstyrrelser.....	26

Kliniske implikasjoner av Korsgaard et al.'s studie .....	28
<b>Diagnostisk praksis .....</b>	<b>29</b>
Forsvarlighetskrav .....	29
BUP-systemet .....	30
Lov om pasient- og brukerrettigheter .....	31
Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis .....	31
<b>Behandling for dyssosial personlighetsforstyrrelse.....</b>	<b>32</b>
Behandlingstilbud til ungdom med atferdsforstyrrelser .....	33
Intervju med Andrine Bruland og Bernadette Christensen.....	34
Tjenestetilbud til ungdommer med atferdsforstyrrelser/personlighetsforstyrrelser .....	35
Ambulant behandling.....	35
Institusjonsbehandling .....	36
Psykisk helse blant populasjonen i barnevernsinstitusjoner .....	37
Ungdom i kriminalomsorgen .....	37
Behandling i fosterhjem.....	38
Oppsummering av behandlingstilbud .....	38
<b>Stigma.....</b>	<b>38</b>
Operasjonalisering av stigma.....	38
Stigma knyttet til personlighetsforstyrrelsesdiagnose .....	39
Stigma knyttet til atferdsforstyrrelser .....	41
Stigma knyttet til opphold i barnevernsinstitusjoner .....	41
Oppsummering av stigma .....	41
<b>Diskusjon.....</b>	<b>42</b>
Psykologers holdninger .....	42
Diagnosens forsvarlighet .....	43
Sosiale følger av diagnosen .....	43
BUPs rolle og prevalenstall .....	45
Nyere forskning på ungdommer med personlighetsforstyrrelser .....	46
Argumenter for å diagnostisere dyssosial personlighetsforstyrrelse .....	47
Ønskelig behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse for ungdom under 18 år .....	48
Kritiske innvendinger mot diagnostisering.....	48
Kliniske og forskningsmessige implikasjoner .....	49
<b>Referanser .....</b>	<b>52</b>

## **Formålet med utredningen**

Diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse brukes lite for personer under 18 år. Hvorvidt en bør nytte diagnosen i klinisk arbeid med ungdommer er et komplekst og kontroversielt tema som berører faglige, etiske, samfunnsmessige så vel som sosialpolitiske aspekter. Slik bruk av diagnosen er i så måte et viktig spørsmål for psykologi som fagfelt, for pasienter og for samfunnet for øvrig.

Denne utredningen vil derfor forsøke å belyse følgende problemstilling:

*«Er det faglig belegg for og faglig hensiktsmessig å diagnostisere dyssosial personlighetsforstyrrelse før 18 år?»*

Faglig hensiktsmessighet vil i det følgende tolkes som at det er flere positive enn negative konsekvenser av å nytte diagnosen i arbeidet med ungdomsklienter. Faglig belegg refererer til hvorvidt det finnes forskningsmessig grunnlag for bruk av diagnosen – om diagnosen er valid og reliabel.

Utredningen har to hoveddeler. I første del blir kjennetegn ved antisosial personlighetsforstyrrelse beskrevet, og det faglige grunnlaget for diagnostisering blir presentert. I andre del blir det redegjort for rammene for diagnostisk praksis i Norge, og tilrådinger om praksisendringer blir drøftet.

## **Antisosial personlighetsforstyrrelse**

### **Litteraturgrunnlaget**

Fremstillingen av kjennetegnene ved antisosial personlighetsforstyrrelse, måter å klassifisere tilstanden på og forhold med relevans for diagnostikk, er basert på gjennomgang av forskningen om disse temaene. Litteratursøket ble gjort i flere omganger. Et hovedlitteratursøk ble gjort i september 2018 på søkemotorene «PsycInfo» og «Web of Science». Søkeordene som ble brukt var «ASPD», «APD», «Antisocial personality disorder», «Dissocial personality disorder», samt nærhetsoperatorer for de to sistnevnte. I tillegg ble



ordene «Adoles», «Youth», «Teen», «Child» og «Kid» brukt. Samtlige søkeord ble brukt med trunkering. Publikasjoner som ikke var på engelsk eller skandinaviske språk ble ekskludert. Litteratursøket gav til sammen 68 artikler, og gjennom abstract ble en rekke relevante artikler valgt ut. Videre ble det hentet artikler fra litteraturlistene i artiklene som var funnet gjennom søket. I tillegg ble noen bøker gjennomgått. Sosialpolitiske artikler, lovtekster og andre ressurser med relevans for drøftingen i siste del av utredningen, ble funnet gjennom søkemotoren Google.

### **Kognisjon og sentrale atferdstrekk**

Antisozial personlighetsforstyrrelse kommer til uttrykk i form av avvik i både kognisjon, affekt og atferd (Sperry, 2016). Han beskriver den antisosiale kognisjon som sammensatt av impulsivitet, kognitiv rigiditet og eksternaliserende symptomuttrykk. Selvrefleksjonen er sviktende, og blekner i forhold til deres evne til å lese settinger. De antisosiale er veldig oppmerksomme på sosiale «cues», en egenskap som gjør dem flinke til å lese både situasjoner og personer. Dette blir brukt som nyttige verktøy for egen begunstiging, da gjerne på bekostning av andre.

Antisosiale personer forakter overformynderi i alle former: autoriteter, lover og regler så vel som sosiale normer. Ettersom atferdsmønsteret deres i stor grad er på kanten av, eller bryter med alle disse konvensjonene, møter de sosiale sanksjoner. Her skiller de antisosiale seg også ut; i stedet for å korrigere atferden blir den heller rasjonalisert. Deres oppfatning er at feilen ligger hos de andre, og ikke dem selv (Sperry, 2016).

Atferdsmønsteret til antisosiale karakteriseres av impulsivitet, irritabilitet og aggressivitet. Impulskontroll er sviktende, noe som igjen fasiliterer en generelt utagerende atferd, inkludert rus,- og alkoholmisbruk og seksuelt promiskuøs atferd (Sperry, 2016). Aggresjonspotensialet kan også slå ut i paranoia, som igjen gjør dem sure, gretne og dysforiske (Torgersen, 2008).

Impulsivitet, irritabilitet og aggresjon fører til hyppige sinneutbrudd. Bruk av vold er vanlig, og også den brukes instrumentelt for egen begunstiging (Torgersen, 2008). I tillegg er antisosiale slø og bedragerske (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramanath, 2004). Atferden preges også av spenningssøking og hensynsløs risikotakning. Torgersen argumenterer for at atferden kan være så risikabel at den ikke bare vitner om en manglende forståelse for konsekvenser av egne handlinger, men faktisk likegyldighet til hvorvidt de selv lever eller ei.

Sperry (2016) peker på typiske konkrete atferdsutslag av den antisosiale karakteren. Ofte har antisosiale en manglende evne til å fungere i, og dermed også å holde seg i, jobb. Regel- og lovbrudd er karakteristisk. Videre nevnes en manglende evne til å overholde økonomiske forpliktelser. Alle disse faktorene gjør at de havner på utsiden hva angår en klassisk samfunnskontrakt, nemlig å ta del i produksjonen, ha relasjoner med andre mennesker og å holde seg innenfor lovens rammer.

Sperry (2016) beskriver også en karakteristisk interpersonlig stil for personer med antisosial personlighetsforstyrrelse. Den interpersonlige stilen består av overordnede disposisjoner for atferd, og er således en kombinasjon av kognisjon og atferd. Den antisosiale karakterens interpersonlige stil karakteriseres som antagonistisk, bestående av konflikter og motsetninger. De har en generell mistro til andre mennesker, som igjen kombineres med et sterkt konkurranseinstinkt. I tillegg er de dårlige tapere.

De mest treffende, og derfor optimale, diagnostiske kriteriene, er følgende karakteristiske atferdstrekk hos den antisosiale: kriminalitet, aggressivitet, impulsivitet og uansvarlighet (Sperry, 2016).

### **Karakteristiske følelses- og emosjonsaspekter**

Følelses- og emosjonsaspekter er hos antisosiale overfladiske og grunne. De preges av mangel på varme følelser og intimitet – dette anses som et tegn på svakhet. I tillegg mangler

de evnen til kjærlighet. Torgersen (2008) peker på at følelsen av tomhet er en sterk og pregende følelse hos de antisosiale. Anger, skam og skyld, da særlig overfor egne avvikende handlinger, forekommer sjelden eller aldri. De mangler også empati (Sperry, 2016).

Toleransen for kjedsomhet, depresjon eller frustrasjon er også lav. Dette, i tillegg til spenningssøking og risikotaking, gjør at de kan karakteriseres som «sensation seekers».

Følelsspekteret og atferdsmønsteret påvirker hverandre på en slik måte at det skaper et karakteristisk mønster (Torgersen, 2008). Han peker på det faktum at antisosiale personer enkelte ganger begår selvmord, og han argumenterer for at årsakene til at personer med lidelsen begår selvmord er kvalitativt forskjellig fra det en finner hos deprimerte mennesker som er suicidale. Hvor sistnevnte gruppe kan mangle livslyst og har en viss draging mot å dø, er ikke dette tilfellet for de antisosiale. Hos dem henger ikke selvmord sammen med noen følelse av nedtrykthet, men heller en likegyldighet overfor livet i seg selv.

Antisosiale har en avvikende tilknytningsstil. De har negative følelser overfor andre, og veksler mellom positive og negative følelser om seg selv. De har en oppfatning av seg selv som spesielle og privilegerte, samtidig som de er klar over eget behov for andre. Fordi dette behovet for andre potensielt kan skade dem, utnytter og avviser antisosiale de personene de har relasjoner til. Tilknytningsstilen er følgelig karakterisert av frykt og avvisning (Sperry, 2016).

### **Ulike termer for asosialitet**

Beskrivelser av den antisosiale karakteren kan dateres helt tilbake til tidlig gresk litteratur. Det kan anses som den prototypiske personlighetsforstyrrelsen ettersom begrepet «psykopat» opprinnelig var et samlebegrep som henviste til personlighetsforstyrrelser på et generelt grunnlag (Sperry, 2003). Benevnelser for, og forståelsen av, den dyssosiale karakteren har siden variert over årene, da hovedsakelig gjennom diagnosemanualenes definisjoner.

En tidlig operasjonalisering av konstruktet «psykopat» kan spores tilbake til Hervey Cleckleys «The mask of sanity» (1941), hvor han beskriver den psykopatiske karakter i form av en rekke karakteristiske trekk. Disse trekkene inkluderer overfladisk sjarm, upålitelighet, dårlig dømmekraft, manglende evne til å overholde sosiale forpliktelser samt manglende skyldfølelse og anger.

Individer med lidelsen ble senere definert som «sosiopater»; en benevnelse som reflekterer normbrudd overfor samfunnet som det sentrale for lidelsen. Navnet på lidelsen ble igjen endret i DSM-2, da definert under termen «antisosial personlighet». I DSM-3 ble det lagt til detaljerte diagnostiske kriterier, da med hovedfokus på kriminelle aktiviteter og kriminell atferd (Sperry, 2003).

Denne definisjonen ble i sin tid kritisert av psykodynamikere for ikke å legge vekt på psykodynamiske dimensjoner. De pekte på at diagnosekriteriene manglet sentrale elementer som manglende kapasitet for kjærlighet, manglende evne til å lære av erfaring, samt manglende skam- og skyldfølelse. Disse momentene ble tatt hensyn til i DSM-3R, hvor kriteriet «manglende anger» ble lagt til i diagnosekriteriene. Sperry (2003) presiserer at kriteriene i DSM-4 har større fokus på psykopati og mindre fokus på kriminalitet. Torgersen (2008) fremhever at DSM-4 også har kriteriet «manglende evne til planlegging».

I dag bruker en også benevnelsene «sosiopat» og «psykopat» om personer som skamløst og med overlegg krenker andres rettigheter. Benevnelsene brukes også vilkårlig for å definere personer som har begått forferdelige forbrytelser (Grossman et al., 2004). Til sammenligning var «antisosial personlighetsforstyrrelse» den kliniske termen brukt i DSM-4 (American Psychiatric Association, 1994).

Termene psykopat og sosiopat kan sies å ha konkurrert om den kliniske bruken (Grossman et al., 2004). De fremhever at preferansen mellom de to termene ofte handler om forfatterens skjønsmessige oppfatning og formening om årsaken til lidelsen, fremfor å være

vitenskapelig forankret. En psykopat er tenkt å ha en iboende biologisk disposisjon for lidelsen og de medfølgende atferdsmessige trekkene. En sosiopat, derimot, er ikke tenkt å være biologisk predisponert. En sosiopat utvikler heller de antisosiale trekkene gjennom manglende eller fiendtlig sosialisering, da hovedsakelig mangelfull barneomsorg. Ettersom kategoriene kan flyte over i hverandre gjennom ulik vektlegging av arv versus miljø, fungerer de to benevnelsene som teoretiske abstraksjoner (Grossman et al., 2004). Begrepene fungerer derfor ikke som gjensidig utelukkende kategorier.

Psykopatibenevnelsen har formelt blitt operasjonalisert klinisk gjennom Robert Hares manualbaserte sjekklister «Psychopathy Checklist Revised». Manualen bygger på en operasjonalisering av Cleckleys definisjon, og beskriver en prototypisk psykopat. Denne listen inkluderer personlighetstrekk som må ha vært til stede over år, i tillegg til karakteristiske livshendelser og atferd (Grossman et al., 2004).

Psykopatibegrepet representerer ikke en separat diagnose i DSM-5. Det omtales heller som et konstrukt som overlapper med lidelsen antisosial personlighetsforstyrrelse. (Glenn, Johnson, & Raine, 2013). Glenn et al. nevner karakteristiske interpersonlige og affektive trekk som overflattisk sjarm, manipulasjonsevne, ubarmhjertighet samt grunn, overfladisk affekt.

Psykopater har altså de nevnte interpersonlige og affektive trekkene, i tillegg til å møte kriteriene for lidelsen antisosial personlighetsforstyrrelse. I dag brukes henholdsvis termene «antisosial personlighetsforstyrrelse» i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) og «dyssosial personlighetsforstyrrelse» i ICD-10 (World Health Organization, 1992).

### **Livsførsel og kriminalitet**

Personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse har stor sannsynlighet for å havne i en kriminell løpebane, og det er flere faktorer ved den antisosiale karakteren som kan tilskrives dette. Impulsivitet, tilbøyelighet til rusmisbruk og mangel på innretning etter normer og regler er karakteristisk for personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse. Til tross for

risikoen er det derimot ikke alle antisosiale som havner i en kriminell løpebane. Ikke alle antisosiale er kriminelle, og ikke alle kriminelle er antisosiale (Grossman et al., 2004). Sosial bakgrunn, intelligens og muligheter for utdanning anses som potensielle beskyttende faktorer mot kriminalitet og en kriminell livsførsel (Torgersen, 2008). Han beskriver prototypen av personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse, med utgangspunkt i hva som forener de to diagnosemanualene ICD-10 og DSM-4, som personer hvis liv alltid har vært preget av konflikt. De var svært vanskelige som barn som med konflikter hjemme, på skolen, i bomiljøet eller den øvrige delen av storsamfunnet.

### **Dyssosial personlighetsforstyrrelse versus dyssosiale personlighetstrekk**

Et viktig moment er skillet mellom lidelsen dyssosial personlighetsforstyrrelse og det å ha antisosiale trekk. Atferd og personlighetstrekk varierer over et spekter fra det normale til det patologiske (Grossman et al., 2004). Disse nyansene kan være noe utfordrende å kategorisere. Grossman et al. definerer løgn, tøyning av regler samt det å fremme egne interesser gjennom bedrag og løgn som dyssosial væremåte innenfor normalspekteret. Følgelig vil både hensynsløse entreprenører og forretningsfolk og politikere med et lemfeldig forhold til sannheten kunne møte kriteriene for dyssosiale trekk.

Det kan argumenteres for at dagens samfunn belønner dyssosiale atferdstrekk innenfor normalspekteret. Evnen til å kunne tøyne reglene og være barsk kan bli ansett som nødvendig for suksess og overlevelse i dagens samfunn (Grossman et al., 2004). Dette er atferd hvor individets vinning går direkte på bekostning av andres tap, eller gjennom krenkelse av den andre parten. Likevel, så lenge atferden fremmer økonomiske interesser, er noenlunde predikerbar og ikke avsløres som alvorlige lovbrudd, kan den aksepteres (Torgersen, 2008). Militærvesenet, den røffe delen av forretningsverdenen og politikk, nevnes som områder hvor personer med antisosiale trekk finner sitt virke (Grossman et al., 2004). De eksemplifiserer

evnen til bevisst å fremstille sannheten og objektive hendelser på misledende måter uten at det er direkte bedrag, som tydelig dyssosial atferd.

Den samme barskhet, lemfeldige forhold til sannhet, lover, regler og normer er ikke altomfattende for personer med dyssosiale trekk. Den inkluderer ikke nødvendigvis forholdet til familien. En kan med andre ord være hensynsløs i sitt virke, men samtidig en kjærlig og snill forelder overfor sine barn. Gjennom denne avgrensningen møter en person med dyssosiale personlighetstrekk altså ikke kriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse. Skillet mellom dyssosial atferd innenfor normalområdet og lidelsen dyssosial personlighetsforstyrrelse går ved atferdens omfang og konsistens på tvers av settinger. En person med lidelsen vil kunne skjule seg bak et sjarmerende ytre, men ikke overfor de nærmeste i familien. Etter en stund kan det også bli vanskelig å skjule lidelsestrekkene overfor kolleger og naboer (Torgersen, 2008). Her settes et eksplisitt skille mellom å ha dyssosiale trekk og dyssosial personlighetsforstyrrelse.

### **Nevrologiske indikatorer på antisosial personlighetsforstyrrelse**

Personlighetsforstyrrelser har tidligere blitt kritisert for ikke å ha kjente biologiske markører, slik som en kan finne på gruppenivå hos schizofrene (Rogers, Dion, & Lynett, 1992). Tyrer et al. (2015) argumenterer også for at det finnes verken biologiske eller andre individuelle markører for lidelsen. Konklusjonen vedrørende biologiske markører kan diskuteres. I en nyere longitudinell studie av norske tvillinger belyses samspillet mellom arv og miljø for dyssosial og borderline personlighetsforstyrrelse (Reichborn-Kjennerud et al., 2015). Deres resultater, i tillegg til liknende funn på området, indikerer at genetiske faktorer innflytelse på antisosial personlighetsforstyrrelse øker gjennom ungdomsalder, mens innflytelsen fra genetik stabiliseres i tidlig voksen alder.

Kinesiske forskere undersøkte såkalte nevrologiske «soft signs» hos ungdommer. Nevrologiske «soft signs» er tradisjonelt definert som subtile svekkelser i motoriske og

sensoriske funksjoner. Nyere forskning viser derimot at nevrologiske «soft signs» også kan være tilknyttet spesifikke hjerneregioner eller nevralt forbindelser i hjernen (Wang et al., 2016). Resultatene vist at ungdommene med personlighetstrekk forbundet med antisosial personlighetsforstyrrelse hadde flere nevrologiske «soft signs» sammenlignet med kontrollgruppen. En mulig forklaring på avvikene i sensorisk integrasjon gis med henvisning til Calvert (2001), som hevder at temporallappen, som prosesserer sensorisk integrasjon, er fysisk mindre hos individer med antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette er funn som foreløpig ikke har fått diagnostiske implikasjoner.

### **Diagnostisering**

#### **Diagnostiske kriterier**

Diagnostiske kriterier kan defineres som kvalitative punktvis beskrivelser av et prototypisk tilstandsbilde. Det belyser hvilke spesifikke forhold som ligger til grunn for at individer med denne lidelsen kvalitativt skiller seg ut fra andre mennesker som ikke har diagnosen.

Diagnostiske kriterier for dyssosial personlighetsforstyrrelse er spesifisert i «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», DSM-5, (American Psychiatric Association, 2013) og «International Classification of Mental and Behavioral Disorders», ICD-10, (World Health Organization, 1992).

**Diagnosekriterier i DSM-5.** I DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) er de diagnostiske kriteriene delt inn i fire kategorier: A-D, hvor kategori A har underkategoriene 1-7. For å bli diagnostisert med lidelsen må en oppfylle tre eller flere av underkategoriene i kategori A, samt oppfylle kriteriene B-D. Sistnevnte fremholder at individet må være minst 18 år, at atferdsforstyrrelse («conduct disorder») med tilstedeværelse før 15 år må kunne påvises, samt at den antisosiale atferden ikke kan tilskrives underliggende schizofreni eller bipolar lidelse.



Kategori A omhandler et gjennomgående mønster av neglisjering og brudd på andres rettigheter etter fylte 15 år. Disse omhandler 1) å utføre ulovlige handlinger og manglende på etterlevelse av sosiale normer og rettsregler, 2) bedrag, løgn og bruk av alias overfor andre for egen begunstiging eller fornøyelse, 3) impulsivitet eller manglende evne til å planlegge, 4) irritabilitet eller aggressivitet gjennom gjentakende slåsskamper eller overfall, 5) hensynsløs ringeakt overfor andre, 6) uansvarlighet gjennom manglende evne til å være i jobb og overholde økonomiske forpliktelser og 7) manglende anger overfor andre gjennom likegyldighet eller rasjonalisering av krenkelse og tyveri.

**DSM-5s alternative diagnostiske modell.** DSM-5 har også en alternativ, dimensjonell klassifisering av personlighetsforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013). Denne modellen brukes ikke som hovedklassifikasjon av personlighetsforstyrrelser, men er listet i tredje seksjon av diagnosemanualen, kalt «Emerging Measures and Models». Modellen er et resultat av APAs «Personality Disorder Workgroup». Deres oppgave var å undersøke personlighetsforstyrrelser gjennom trekkteoretiske dimensjoner heller enn kategorier. Etersom APA beholdt de kategoribaserte definisjonene av personlighetsforstyrrelser, er modellen i dag en supplerende og alternativ tilnærming til klassifisering av personlighetsforstyrrelser.

I den alternative modellen kategoriseres personlighetsforstyrrelser gjennom svikt i to kriterier; A og B, hvor diagnosekriteriene strekker seg over et spekter fra normalatferd til patologi. Kriterium A definerer nivå av personlighetsfungering og har en selv-dimensjon og en interpersonlig dimensjon. Selv-dimensjonen består av selvbevissthet og selvstyring, mens den interpersonlige dimensjonen består av empati og intimitet.

Kriterium B består av 5 dimensjoner fra de trekkteoretiske personlighetsdimensjonene «The Big Five», hvor hvert trekk har et spekter definert av flere forskjellige beskrivende undertrekk. Trekkene er 1) negativ affekt versus emosjonell stabilitet,

2) adskillelse versus ekstroversjon, 3) antagonisme versus medmenneskelighet, 4) disinhibisjon versus ansvarsbevissthet og 5) psykotisisme versus klarhet (American Psychiatric Association, 2013).

Felles for begge dimensjonene, og dermed kjernen i patologien, er dysfunksjon i essensielle elementer ved et individs kapasitet til å forme gode relasjoner (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015).

**Diagnosekriterier i ICD-10.** I ICD-10 (World Health Organization, 1992) defineres dyssosial personlighetsforstyrrelse som en uoverensstemmelse mellom individets atferd og gjeldende sosiale normer. Videre spesifiseres det at symptomene på personlighetsforstyrrelser ikke skyldes hjerneskade, hjernelidelse eller andre psykiatriske lidelser. Symptomene på personlighetsforstyrrelser er heller ikke sekundære til disse tilstandene. Diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse utelukker lidelsene atferdsforstyrrelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Lidelsen har underkategoriene A-F, hvorav minst tre må oppfylles for å stille sikker diagnose. Underkategori A) er kald likegyldighet for andres følelser, B) gjennomgående ansvarsløshet og neglisjering av sosiale normer, regler og forpliktelser, C) evne til å opprette forhold uten evne til å opprettholde de, D) meget lav frustrasjonstoleranse og lav terskel for aggresjon og voldsbruk, E) Mangel på skyldfølelse og det å ta lærdom av erfaringer og straff, og F) tendens til å bebreide andre eller rasjonalisere atferd som har brakt individet i konflikt med samfunnet.

I tillegg nevnes vedvarende irritabilitet som en potensiell følgetilstand, og at atferdsforstyrrelse har forekommet i barndom og ungdom. Sistnevnte må ikke være konstant, men kan være periodisk tilbakevendende (World Health Organization, 1992).

**Atferdsforstyrrelser som diagnosekriterium.** Atferdsforstyrrelser er diagnoser som omfatter forstyrrelser i atferd hos barn og ungdommer, og finnes i begge diagnosemanualene.

I DSM-5 skilles det mellom «conduct disorder» (atferdsforstyrrelse) og «oppositional defiant disorder» (opposisjonell atferdsforstyrrelse), hvor førstnevnte er den mest alvorlige lidelsen.

Kriteriene for atferdsforstyrrelser i DSM-5 består av kategori A, bestående av 15 kriterier, samt kategori B og C. De 15 kriteriene i kategori A er delt inn i aggresjon mot mennesker og dyr, ødeleggelse av eiendom, tyveri eller bedrageri samt alvorlige regelbrudd. Underkategori B fremsetter at atferdsforstyrrelsen må ha forårsaket klinisk signifikant funksjonsnedsettelse i sosial, akademisk eller yrkesmessig setting. Underkategori C omhandler at individet kan være over 18 år, men å møte kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse vil utelukke atferdsforstyrrelsesdiagnose. For å stille atferdsforstyrrelsesdiagnose må individet møte minst tre kriterier de siste 12 månedene, hvorav ett av dem må være møtt innen de siste seks månedene.

I ICD-10 skiller en hovedsakelig mellom diagnosene «atferdsforstyrrelser», med noen underdiagnoser relatert til hvilket settinger atferden utspiller seg i, og «opposisjonell atferdsforstyrrelse». Skillet mellom «atferdsforstyrrelse» og «opposisjonell atferdsforstyrrelse» går på alvorlighet og alder. Diagnosen «Opposisjonell atferdsforstyrrelse» har fortrinn dersom barnet er yngre enn 9-10 år og at atferden ikke er lovstridig eller krenkende for andres rettigheter.

### **Forskjeller og likheter mellom DSM-systemet og ICD-systemet**

Diagnosemanualenes diagnostiske kriterier er sammenfallende på fire overordnede momenter. Vedkommende mangler samvittighet, skyld og anger, vedkommende mangler ansvarlighet, vedkommende er impulsiv og aggressiv og vedkommende følger ikke samfunnets lover, normer og regler (Torgersen, 2008). Sammenligningen baserer seg på den tidligere utgaven av den amerikanske diagnosemanualen, DSM-4, men Torgersen fremholder at de overordnede diagnosekriteriene er de samme i DSM-5, selv om ordlyden er noe endret.

Begge manualene fremholder at lidelsen manifesterer seg i barndom eller tidlig ungdom og vedvarer inn i voksenalder.

En vesentlig forskjell mellom de to systemene er DSM-5s krav om atferdsforstyrrelsesdiagnose før fylte 15 år. I tillegg foreligger det et eksplisitt krav om at individet må være fylt 18 år. I ICD-10 står det at atferdsforstyrrelse i barndom og ungdom kan støtte opp under diagnosen, men likevel ikke nødvendig for å stille diagnosen. ICD presiserer at lidelsen sjelden er riktig før 16.-17. leveår. Dette betyr at en *kan* stille diagnosen før personen er fylt 18 år.

En annen forskjell er at kriteriene i DSM konkretiserer og beskriver spesifikke og eksplisitte lovstridige handlinger. I tillegg presiseres det at den antisosiale, normbrytende og lovstridige atferden trenger å ha fått konkrete konsekvenser for individet. Slike konsekvenser er arrestasjoner, økonomisk mislighold og funksjonssvikt i yrkeslivet (Torgersen, 2008). Han argumenterer på bakgrunn av dette for at beskrivelsen i DSM er mer sosiologisk, mens kriteriene i ICD er mer psykologiske beskrivelser. ICD-10 vektlegger også noe mykere kriterier som manglende empati og tendensen til å bebreide andre.

En kan på bakgrunn av dette argumentere for at ordlyden i DSM-systemet er noe strengere enn i ICD-systemet. En kan også argumentere for at beskrivelsene i DSM-systemet er mer kategoriske. Kravene i DSM-5 kan tenkes å utelukke diagnostisering av lidelsen, heller enn å åpne for klinisk skjønn.

### **Prevalens**

Prevalenstillene for antisosial personlighetsforstyrrelse varierer noe etter hvilke studier en ser på. De fleste studier anvender kriteriene i DSM-systemet. Diskrepanser i prevalenstill mellom studier har blitt forklart med sammensetningen av utvalgene (Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007).

I en epidemiologisk studie av den generelle befolkningen i USA ble det funnet at 0.6% møter kriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse (Lenzenweger et al., 2007). En review-artikkel fra Cochrane-stiftelsen (Gibbon et al., 2009), rapporterer en prevalens på mellom 2 og 3%. Prevalenstall fra Norge, basert på et representativt utvalg, fant en forekomst på 0.6-0.7%, altså like tall som Lenzenweger et al. fant (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001).

Prevalenstall rapportert i reviewartikler er funnet å være 2-3 % av befolkningen i normalpopulasjonen, henholdsvis 2 % av menn og 1 % av kvinner. En ser et betydelig større tall i fengselspopulasjoner, der en har funnet så høye prevalenstall som 47 % blant menn og 21 % hos kvinner (Glenn et al., 2013).

Studier har funnet både demografiske og sosioøkonomiske forskjeller i forekomsten av dyssosial personlighetsforstyrrelse (Lenzenweger et al., 2007). Tall fra Norge viste at lidelsen var hyppigere blant yngre personer (Torgersen et al., 2001). Denne tendensen ble også dokumentert av Lenzenweger et al. Begge studier viser at lidelsen er hyppigere blant menn. Lidelsen er også hyppigere blant dem med lav utdanning (Moran, 1999).

Det er også funnet prevalenstall for antisosial personlighetsforstyrrelse blant ungdommer. I en reviewartikkel ble prevalenstall for personlighetsforstyrrelser blant unge funnet å være mellom 41-64% i kliniske settinger (Kongerslev, Chanen, & Simonsen, 2015). Forskerne tar forbehold om disse tallene på bakgrunn av forskjellige undersøkelsesmetoder og forskjellige kriterier for utvalg, og konkluderer med at tallene derfor er forsøksvise og indikerende heller enn dekkende.

### **Differensialdiagnostikk**

Differensialdiagnostikk kan defineres som diagnostiseringen av tilstandsbilder hvor symptomene på en spesifikk lidelse kan likne på andre beslektede tilstandsbilder. Slike lignende tilstandsbilder der asosialitet inngår er derfor viktige å belyse, ettersom det kan

fortelle noe om kompleksiteten ved å stille diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Differensialdiagnostiske utfordringer har dessuten betydning for diagnosenes reliabilitet og validitet. Det vil også bli redegjort for andre lidelser og symptombilder som kan opptre forut for, og også samtidig med, dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Aktuelle differensialdiagnoser er beskrevet i begge diagnosesystemene. Her er DSM-systemets redegjørelse fyldigere og mer konkret i sin beskrivelse. Dette kan ha flere årsaker, men det er nærliggende å tro at en grunn kan være forskjellen i utgivelsestidspunkt for diagnosemanualene og den økte kunnskapen om komorbiditet.

**Differensialdiagnoser i ICD-10.** ICD-10 presiserer at dyssosial personlighetsforstyrrelse kan ha inntruffet før, og også kovariere med, andre lidelser. Differensialdiagnoser for lidelsen er patologisk spillelidenskap og pyromani.

**Differensialdiagnoser i DSM-5.** DSM-5 lister en rekke differensialdiagnoser knyttet til lidelsen. Disse er lidelsestilstander knyttet til alkohol- og narkotikamisbruk, schizofreni og bipolare lidelser. I tillegg listes andre personlighetsforstyrrelser, samt kriminell atferd som ikke er assosiert med personlighetslidelse. Det kan argumenteres for at dette er et bredt spekter av diagnoser. Følgelig kan dyssosial personlighetsforstyrrelse være en del av et større og mer komplekst tilstandsbilde.

### **Diagnostiske utfordringer**

Kompleksiteten i klassifisering av personlighetsforstyrrelser gjør det til en av de vanskeligste diagnostiske oppgavene i klinisk praksis (Tyrer et al., 2015).

Personlighetsforstyrrelser er kroniske lidelser. I beste fall kan de vare i flere år, mens de i verste fall kan vare livet ut.

Et definerende aspekt ved lidelsen dyssosial personlighetsforstyrrelse er en alvorlig forstyrrelse i interaksjonen med andre mennesker. Individuer med personlighetsforstyrrelser ser ikke sine egne åpenbare mangler når de interagerer med andre mennesker. Tvert om tilskriver

de de vedvarende problemene i relasjonen og kommunikasjonen til den andre parten. Dette skaper naturlig nok komplikasjoner for klinikere som skal diagnostisere lidelsen (Tyrer et al., 2015).

De går så langt som å si at kunnskapen om lidelsene, da inkludert diagnostisering, kun er forbeholdt et fåtall eksperter. Få med mulig dyssosial personlighetsforstyrrelse blir diagnostisert, og de som blir diagnostisert får gjerne enten diagnosen borderline, antisosial – eller uspesifikk personlighetsforstyrrelse.

**Uenighet om karakteren av lidelsen.** Et viktig moment ved diagnostisering av personlighetsforstyrrelser omhandler selve klassifiseringen av lidelsene: trekk og dimensjon versus kategori. Både ICD og DSM har definert og klassifisert personlighetsforstyrrelser i form av kategorier. Samtidig finnes det fagfolk som definerer og operasjonaliserer personlighetsforstyrrelser gjennom en dimensjonell klassifisering basert på trekkteori (Tyrer et al., 2015). DSM-5s alternative modell er et eksempel på den dimensjonelle tilnærmingen.

Tyrer et al. (2015) belyser flere problemer med kategorier versus dimensjoner basert på trekk. Tilhengere av det dimensjonelle perspektivet kritiserer den kategoriske modellen fordi de mener personlighetsforstyrrelser ser ut til å manifestere seg gjennom mange forskjellige symptomer. Et stort avvik viser seg gjennom både antall symptomer og økning i symptomtrykk. Alvorlige personlighetsforstyrrelser viser seg gjennom et komplekst tilstandsbilde, bestående av flere patologiske uttrykk, enn kun symptomene på personlighetsforstyrrelsen (Tyrer & Johnson, 1996). Hvordan en skal klassifisere personlighetsforstyrrelser, og hvilke symptomer som skal tilskrives lidelsene, har derfor blitt gjenstand for omfattende forskning.

**Komorbiditet.** Antisosial personlighetsforstyrrelse er komorbid med en rekke andre psykiske lidelser (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015; Glenn et al., 2013). Komorbiditet med andre lidelser kan ha innvirkning på tolkningen av antall spesifikke

personlighetsforstyrrelser (Bateman et al., 2015). I den samme studien uttrykkes det bekymring for mangelfulle data om komorbiditet ved personlighetsforstyrrelser. De fleste individer diagnostisert med en spesifikk personlighetsforstyrrelse møter også kriteriene for minst en annen personlighetsforstyrrelse (Lenzenweger et al., 2007).

Personlighetsforstyrrelser er også komorbid med diagnoser i akse 1 i DSM-4-systemet (Bateman et al., 2015). De fant høy komorbiditet mellom personlighetsforstyrrelser og akse 1-lidelsene depresjon, angst og ruslidelser. Personer med dyssosial personlighetsforstyrrelser kan også ha borderline personlighetsforstyrrelse som komorbid lidelse (Glenn et al., 2013). De refererer en høy komorbiditet mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og psykopati. I den samme reviewen omtales også suicidalitet som en komorbid faktor til lidelsen.

Av personer med diagnostisert antisosial personlighetsforstyrrelse hadde hele 70% av de undersøkte en Akse 1-lidelse. I tillegg hadde hvert individ med dyssosial personlighetsforstyrrelse gjennomsnittlig 3,4 akse 1-lidelser (Lenzenweger et al., 2007). De bruker de høye tallene om komorbiditet til å stille spørsmålsteget ved skillet mellom akse 1-lidelser og personlighetsforstyrrelser, altså skillet mellom akse 1 og akse 2 i DSM-4-systemet.

### **Validitet og reliabilitet**

Ettersom antisosial personlighetsforstyrrelse har et alderskrav i DSM-5, samt en anbefaling om det samme i ICD-10, må diagnosens validitet og reliabilitet for voksne i første rekke undersøkes. Dette vil dermed utgjøre hovedgrunnlaget for å belyse diagnosens faglige holdbarhet også for ungdommer under 18 år.

#### **Validitet**

Diagnosen og konstruktet dyssosial personlighetsforstyrrelse har på ingen måte vært uten kritikk. Glenn et al. (2013) har i en reviewartikkel gått så langt som å karakterisere diagnosen som høyst kontroversiell. De oppsummerer momentene i kritikken fra både



forskere og klinikere, og konkluderer at diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse er for heterogen, for inkluderende og i tillegg har betydelig overlapp med andre lidelser.

Morans (1999) epidemiologiske studie kritiserer diagnosens validitet på flere punkter. Forskerens første ankepunkt er mangelen på longitudinelle studier av lidelsen. Mangelen på longitudinelle studier medfører at en ikke har grunnlag for å predikere lidelsens fysiologiske så vel som psykologiske patologi. I tillegg vet en heller ikke hvordan personer med lidelsen vil bruke helsetjenester. Lidelsens validitet er mangelfull også fordi det ikke er trukket et klart skille opp mot ruslidelser og generell kriminell atferd. Moran knytter kritikken til de høye prevalenstallene han fant blant fengselspopulasjoner, henholdsvis 64% blant menn og 50% blant kvinner, i sitt utvalg. På bakgrunn av funnene stiller Moran spørsmål om diagnosen representerer en medikalisering av kriminalitet.

Komorbidityten med akse 1-lidelser og diagnosens generelt svake validitet kan skyldes dårlig forskningsdesign (Skodol, Shea, Yen, White, & Gunderson, 2010). Høy komorbidityten i små utvalg, ustandardiserte utredningsverktøy og manglende fokus på å undersøke inter-rater-reliabilitet går igjen. Et grunnleggende kriterium for personlighetsforstyrrelser, at de skal ha vært stabile over tid, er også mangelfullt undersøkt.

Stabiliteten til personlighetsforstyrrelser har vist seg å variere med alder (Johnson et al., 2000). I en longitudinell undersøkelse studerte de et representativt utvalg av 816 personer, fra ungdom til tidlig voksen alder. Stabiliteten av personlighetsforstyrrelsene ble vurdert gjennom å undersøke maladaptive personlighetstrekk assosiert med personlighetsforstyrrelser i DSM-4. Hovedfunnet i studien deres var at maladaptive personlighetstrekk, altså manifesteringen av personlighetsforstyrrelser, har en tendens til å avta fra ungdomsalder til tidlig voksen alder. Et unntak fra denne overordnede tendensen var at ungdommer som møtte kriterier for personlighetsforstyrrelser hadde en økning i antall maladaptive personlighetstrekk i ung voksen alder. Johnsen et al. fant også at de maladaptive personlighetstrekene ble

mindre stabile etter hvert som intervallene økte. De konkluderer med at en bør revurdere diagnosekriteriet om diagnosenes tilstedeværelse over flere år. Med grunnlag i sine forskningsfunn på dette området stiller forskerne spørsmålstegn til hvorvidt dette kriteriet i seg selv går utover lidelsens validitet.

Skodol (2008) peker også på tidsaspektet, eller snarere mangelen på tidsspenn, i veldig mange av de tidligere studiene av personlighetsforstyrrelser. På bakgrunn av dette stiller han spørsmål ved den generelle validiteten til mange av studiene av personlighetsforstyrrelser. Ofte har studiene undersøkt kun på to tidspunkter og med kort oppfølging.

Yalch, Thomas og Hopwood (2012) fant at antisosial og borderline er de personlighetsforstyrrelsene som er best validerte. Studien undersøkte validiteten av den daværende foreslåtte alternative trekkmodellen i DSM-5 for disse to tilstandene, samt en symptombeskrivelse og en prototypisk beskrivelse. Sistnevnte fantes i første og andre utgave av DSM, og var en overordnet generell beskrivelse av et individ med en personlighetsforstyrrelse. De undersøkte hvorvidt ulike kasus passet denne prototypiske beskrivelsen. Symptomene var listen fra diagnosemanualen mens trekkene var blant annet impulsivitet, negativ affekt og utrygg tilknytning. Deres funn viste at kriterievaliditeten var sterkest for personlighetstrekk som tilnærming til antisosial personlighetsforstyrrelse. Kriterievaliditeten var svakere for symptomene og den prototypiske tilnærmingen. Symptomer, og da særlig for antisosial personlighetsforstyrrelse, hadde derimot størst prediktiv validitet for eksternaliserende problemer. Av de tre tilnærmingene hadde den prototypiske beskrivelsen lavest validitet. Anbefalingen fra Yalch et al. var at kombinasjonen av trekk og symptomer gir den mest valide utredningen av personlighetsforstyrrelser.

I en reviewartikkel av Newton-Howes, Clark og Chanen (2015), om personlighetsforstyrrelser i et livsløpsperspektiv, pekes det på en rekke metodiske begrensninger i tidligere studier. Disse begrensningene kan ha påvirket den overordnede

validiteten av antisosial personlighetsforstyrrelse. Forfatterne peker på høy komorbiditet, både mellom forskjellige personlighetsforstyrrelser, og mellom personlighetsforstyrrelser og andre mentale lidelser. Dette påvirket resultatene i studiene på flere måter. Den kategoriske inndeling av personlighetsforstyrrelsesdiagnosene skapte for mange kategorier og dermed heterogenitet i tallene. I tillegg var ikke personlighetsforstyrrelsesdiagnosene like godt operasjonalisert i datainnsamlingsverktøyene som ble brukt i studiene, sammenlignet med de andre psykiske lidelsene. Dette, i tillegg til høy komorbiditet, førte til at personlighetsforstyrrelsesdiagnosene til en viss grad ble oversett.

Bredden i personlighetsforstyrrelsesdiagnosene var heller ikke godt nok dekket. Dette førte til at individer ble diagnostisert med diagnosen blandet personlighetsforstyrrelse. Newton-Howes og kolleger tilskriver disse utfordringene og manglene til den kategoriske tilnærmingen til personlighetsforstyrrelser, heller enn datainnsamlingsmetodene brukt i de tidligere studiene.

Taylor og kolleger undersøkte validiteten av lidelsen ved å forske på forskjellene mellom ungdommer og unge voksne med antisosial personlighetsforstyrrelse, og også gjennom å se på forskjeller mellom ungdommer med atferdsforstyrrelser og en kontrollgruppe (Taylor, Elkins, Legrand, Peuschold, & Iacono, 2007). Studien hadde flere oppsiktsvekkende funn. For det første konkluderte de at konstruktet «ungdoms-ASPD», altså en separat ungdomsversjon av antisosial personlighetsforstyrrelse, er valid. De skilte sistnevnte lidelse fra atferdsforstyrrelse gjennom komorbiditet, kognitiv funksjon, avvikende venner og akademisk prestasjonsevne, inkludert fraværsdager. Ungdommene med ungdoms-ASPD var signifikant mer deprimerte, hadde høyere forbruk av rusmidler og forekomst av rusproblemer, gjorde det dårligere på skolen og hadde flere avvikende venner. Alle de nevnte forskjellene var statistisk signifikante sammenlignet både med kontrollgruppen og gruppen som kun hadde

atferdsforstyrrelser. Ungdoms-ASPD var ikke signifikant forskjellig fra unge voksne med antisosial personlighetsforstyrrelse.

Newton-Howes og kolleger (2015) argumenterer for en generell prediktiv validitet for personlighetsforstyrrelser. Med utgangspunkt i publikasjoner fra den longitudinelle studien «The Children in the community study of developmental course of personality disorder» (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005), en studie med et utvalg på 800 ungdommer som startet i 1975, fant Newton-Howes et al. belegg for et typisk utviklingsforløp for personlighetsforstyrrelser. Traumer i barndommen, symptomer som angst, depresjon og atferdsproblemer, predikerte personlighetsforstyrrelser 10 år senere. De stiller spørsmål til hvorvidt denne typen patologi og tilstandsbilder i barndommen faktisk er en del av et større symptombilde: utviklingsbanen til personlighetsforstyrrelser. Tilstandsbildet fra barndommen og ungdommen redefineres som en del av et mer komplekst og omfattende symptombilde for personlighetsforstyrrelser i voksen alder.

Newton-Howes et al. argumenterer for at personlighetsforstyrrelser er valide diagnoser for ungdommer på lik linje med voksne. De kritiserer premisset i ICD-10 om at personlighetsforstyrrelser ikke er sannsynlige diagnoser før 16.-17. leveår ved at det mangler vitenskapelig belegg. Til tross for evidens i nyere forskning er diagnostisering av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer fremdeles tabubelagt. Forskerne konkluderer med at et slikt tabu, i lys av evidensen, ikke lenger har holdepunkt.

I en reviewartikkel (Kongerslev et al., 2015) blir evidens for fenomenet personlighetsforstyrrelser blant ungdommer gjennomgått. Forskerne konkluderer med at personlighetsforstyrrelser er både reliable og valide diagnoser for ungdommer. De kritiserer også kriteriet om tilstedeværelse av atferdsforstyrrelse fra 15 år. Atferdsforstyrrelse har prediktiv validitet for antisosial personlighetsforstyrrelse i flere studier. Samtidig predikerer atferdsforstyrrelser også en rekke andre lidelser, inkludert andre personlighetsforstyrrelser.

Atferdsforstyrrelser kan dermed ikke sies å ha klar prediktiv validitet for antisosial personlighetsforstyrrelse.

**Oppsummering av validitet.** Diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse er, sammen med borderline personlighetsforstyrrelse, en av de mest studerte personlighetsforstyrrelsene. Gjennom disse studiene har lidelsen både fått kritikk, men også forskningsmessig støtte som en valid lidelse.

Kritikken på diagnosens manglende validitet henspiller på at lidelsen er for heterogen, for inkluderende med tanke på symptomer og betydelig overlappende med andre lidelser. Videre har den høy komorbiditet med depressive, angst- og ruslidelser. Lidelsen har også blitt kritisert for å ha manglende prediktiv validitet opp mot somatisk og psykologisk patologi. Videre har den blitt kritisert for et manglende skille opp mot rusproblematikk og generell kriminell atferd. Lidelsen har også blitt kritisert for å mangle biologiske markører, og at atferdsforstyrrelser predikerer like godt andre lidelser.

Antisosial personlighetsforstyrrelse har også vist seg som valid i et betydelig antall studier. Validiteten har vist seg på mange forskjellige måter. Flere nyere reviewartikler fremholder at lidelsen er valid, og sier at tidligere studiers funn på det motsatte skyldes metodologiske mangler. Det er påvist biologiske markører så vel som potensielle nevrologiske «soft-signs».

Lidelsens validitet er vist gjennom prevalenstall, kriterievaliditet, prediktiv validitet for spesifikke symptom bilder og psykologiske tilstander. Det er foreslått en egen ungdomsversjon av diagnosen, som både skiller seg fra ungdommer med atferdsforstyrrelser og voksne med antisosial personlighetsforstyrrelse.

## **Reliabilitet**

**Mangelfull reliabilitet i fengselspopulasjoner.** I en pilotstudie av diagnosene i DSM-5-manualen (Freedman et al., 2013) ble det funnet dårlig inter-rater-reliabilitet uttrykt ved

kappa-verdier for samtlige personlighetsforstyrrelser, med unntak av borderline personlighetsforstyrrelse. Diagnosens mangelfulle reliabilitet for fengselspopulasjoner har også blitt kritisert av Edens, Kelley, Lilienfeld, Skeem og Douglas (2015). De peker på et ensidig fokus på spesifikke isolerte, kriminelle hendelser i stedet for å se etter et langvarig, kriminelt atferdsmønster. Morey og Ochoa (1989) fant at mange av de innsatte ikke møtte diagnosekriteriene i tilstrekkelig grad. I stedet ble de gitt diagnoser på bakgrunn av sin kriminelle atferd, utnyttning av andre, vandalisme samt utvisning fra skolen.

**Reliabilitet i kliniske populasjoner.** Moran (1999) hevdet at antisosial personlighetsforstyrrelse er den eneste personlighetsforstyrrelsen som har vist tilstrekkelig nivå av inter-rater-reliabilitet i klinisk praksis. Morey og Benson (2016) studerte diagnostisering av personlighetsforstyrrelser i et nasjonalt utvalg av 337 klinikere. De fant en god kappa-koeffisient for dyssosial personlighetsforstyrrelse på .691. Samtidig advarte forskerne mot overdiagnostisering. Deres resultater indikerte at overdiagnostisering kan være en faktor blant mer erfarne klinikere dersom pasientene var innlagt på døgnpost og dersom pasientene hadde lavt utdanningsnivå. Det kan tenkes at diagnosekriteriene for lidelsen i seg selv er en årsak til lavere reliabilitet blant diagnostikere. De diagnostiske kriteriene, inkludert dets subkriterier, kan være så komplekse at det påvirker den diagnostiske reliabiliteten negativt (Rogers et al., 1992).

**Reliabiliteten i diagnostikken av ungdommer.** I en studie av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer fra 15-18 år ble det funnet at lidelsene holdt seg stabile over to år (Chanen et al., 2004). De fant en høy kappa-verdi for antisosial personlighetsforstyrrelse, høy «rank order» og høy «mean level». «Rank order» og «mean level» er ulike mål som brukes for å undersøke forandringer over tid. «Rank order» refererer til en persons forandringer i personlighetstrekk sammenlignet med andre personer. «Mean

level» refererer til forandring i et individs trekk over tid. Chanen et al. konkluderte med at både tidlig diagnose og tidlig intervensjon er å anbefale for denne aldersgruppen.

**Metodiske mangler ved tidlige studier.** Manglende reliabilitet i tidlige studier av personlighetsforstyrrelser kan skyldes metodiske mangler (Johnson et al., 2000). De peker på at det ikke fantes validerte strukturerte intervjuer for å avdekke stabiliteten av personlighetstrekkene hos individer med personlighetsforstyrrelse på 1980-tallet. Videre peker Johnsen et al. på at metodene som ble brukt for å undersøke personlighetsforstyrrelser er beregnet på voksne. Det kan dermed tenkes at de ikke var tilstrekkelig tilpasset for å undersøke personlighetsforstyrrelsestrekk hos ungdommer, med lav reliabilitet i de tidlige studiene som resultat.

Stabiliteten av personlighetsforstyrrelser ble studert av Johnson et al. (2000) gjennom stabiliteten til personlighetstrekk. Resultatene viste at stabiliteten av personlighetstrekk forbundet med personlighetsforstyrrelser er høy både i ungdomsårene og i ung voksen alder. Nedgangen i stabilitet som kan tilskrives retesting kan være vanskelig å skille fra nedgang som skyldes aldersforandring. Funnene tilsier at forandringen i personlighetstrekkene tilknyttet personlighetsforstyrrelser skyldes alder, og ikke mangelfull reliabilitet.

I en ny reviewartikkel av Newton-Howes et al. (2015) om personlighetsforstyrrelser i et livsløpsperspektiv, blir metodiske svakheter igjen anført som en kilde til manglende validitet og reliabilitet. Det er manglende sammenfall mellom undersøkelsesmetodene i de tidlige gjennomgåtte studiene. Det manglende sammenfallet gjaldt både mellom kliniske og strukturerte intervjuer, mellom forskjellige strukturerte intervjuer og mellom intervjuer og selvrapporteringsskjemaer. Newton-Howes et al. konkluderte med at studiene vanskelig lot seg sammenligne fordi fagfeltet ikke hadde samlet seg rundt en felles operasjonalisering av personlighetsforstyrrelser.

**Resultater fra longitudinelle studier.** I den longitudinelle studien «The Children in the Community Study of Developmental Course of Personality Disorder» (Cohen et al., 2005) undersøkte forskerne hvordan personlighetsforstyrrelser og andre lidelser utvikler seg over mange år. Fra studiets start i 1975 undersøkte de 800 unge over 20 år fra ungdom til voksen alder. Metodene de benyttet var kliniske intervjuer med ungdommene og deres foreldre. Funnene viste at målingene av symptombildet for personlighetsforstyrrelser hadde god reliabilitet og at rapporteringen fra flere kilder viste god overensstemmelse.

Deres undersøkelser viste også at symptomene på personlighetsforstyrrelse i voksen alder kunne spores tilbake til andre symptomer og tilstandsbilder i personens barndom og ungdom. For antisosial personlighetsforstyrrelse var atferdsforstyrrelser, depressive lidelser og angstlidelser tilstandsbilder som økte sannsynligheten for å utvikle antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder.

**Oppsummering av reliabilitet.** Resultatene for diagnosens reliabilitet har vært blandet. Studier har vist forholdsvis lav inter-rater-reliabilitet. Det er også funnet lav reliabilitet for diagnosen blant fengselspopulasjoner.

Det er vist både god test-retest, rank-order og mean level-reliabilitet for antisosial personlighetsforstyrrelse. Forskere bak flere studier om dyssosial personlighetsforstyrrelse fremsetter at manglende reliabilitet i tidlige studier kan skyldes metodiske mangler. Lav reliabilitet kan også skyldes diagnosekriterienes omfattende og komplekse natur. Nyere longitudinelle studier og review-artikler har funnet god reliabilitet for lidelsen.

Det er også funnet god reliabilitet for symptombilder som kan representere en utviklingsbane for dyssosial personlighetsforstyrrelse. Dette indikerer reliabilitet for lidelsen også blant ungdommer. Flere studier, blant annet Newton-Howes et al. (2015) har konkludert at lidelsen utvikler seg gjennom dynamiske, maladaptive trekk i barndom og ungdom. Diagnosen har vist tilstrekkelig inter-rater-reliabilitet i klinisk praksis.



Mangel på sammenfall av undersøkelsesmetoder har ført til at reliabiliteten har vært lav i mange av de tidlige studiene. Det kan se ut til at vurderingene er reliabel på tvers av undersøkelsesmetoder, dersom definisjonen av dyssosial personlighetsforstyrrelse er sammenfallende på tvers av forskere.

### **Utviklingsbaner for atferds- og personlighetsforstyrrelser**

Det eksisterer en rekke studier av forholdet mellom atferdsforstyrrelser, antisosial atferdsforstyrrelse og dyssosial/antisosial personlighetsforstyrrelse (Washburn et al., 2007). Atferdsforstyrrelser kan ses på som en potensiell utviklingsbane for disse personlighetsforstyrrelsene. Newton-Howes et al. (2015) konkluderer i sin litteraturgjennomgang med at personlighetsforstyrrelser har sine røtter i barndoms- og ungdomstiden. Maladaptive patologiske aspekter ved personlighet utvikles tidlig, og ses på som en manifestasjon av personlighetsforstyrrelser. Disse maladaptive trekkene er har en tendens til å være dynamiske og tilstedeværende gjennom livsløpet. Personlighetsforstyrrelser forandrer seg altså på lik linje med et individs helhetlige personlighet gjennom livsløpet.

Loeber, Burke og Lahey (2002) studerte utviklingsbaner til antisosial personlighetsforstyrrelse. Det ble undersøkt hvilke symptomer, inkludert depresjon og bruk av marihuana i ungdomstiden, som predikerer antisosial personlighetsforstyrrelse ved alderen 18-19 år. Forskerne brukte en noe endret definisjon av antisosial personlighetsforstyrrelse, uten symptomkriteriet om atferdsforstyrrelser før fylte 15 år. Rasjonalet bak denne modifiserte definisjonen var å undersøke hvilke tilstedeværende symptomer i ungdomstiden som kan predikere antisosial personlighetsforstyrrelse. 80-90% av ungdommene som møtte kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse ved 18-19 år, møtte kriteriene for atferdsforstyrrelser i alderen 13-17 år. Ungdom med atferdsforstyrrelse som utviklet antisosial personlighetsforstyrrelse var også mer voldelige sammenlignet med ungdommer med

atferdsforstyrrelse som ikke utviklet antisosial personlighetsforstyrrelse. Depresjon og bruk av marihuana predikerte også antisosial personlighetsforstyrrelse.

Kongerslev et al. (2015) peker også på atferdsforstyrrelser og ADHD som forløpere til personlighetsforstyrrelser. Koblingen med atferdsforstyrrelser ble også funnet i en stor epidemiologisk studie (Goldstein, Grant, Ruan, Smith, & Saha, 2006). De skilte mellom personer over 18 år med atferdsforstyrrelser som enten fikk atferdsforstyrrelse i barndom, før fylte 10 år, eller i ungdomsalder, etter fylte 10 år. Gruppen som ble diagnostisert med atferdsforstyrrelser i barndommen hadde et mer alvorlig symptombilde, med økt voldsbruk og høyere komorbiditet i form av angst, depresjon og rusbruk. Forskerne advarer om at deres funn kan indikere en utviklingsbane for atferdsforstyrrelser og antisosial personlighetsforstyrrelse.

ADHD har i flere studier blitt beskrevet som en del av utviklingsbanen til flere forskjellige personlighetsforstyrrelser (Kongerslev et al., 2015; Korsgaard, Torgersen, Wentzel-Larsen, & Ulberg, 2016; Miller et al., 2008). Korsgaard et al. undersøkte forholdet mellom blant annet ADHD, alvorlige atferdsforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser i et utvalg av 143 ungdommer fra 14-17 år. Utvalget bestod av gutter og jenter som fikk poliklinisk behandling i BUP. Resultatene viste at 13,7% av ungdommene møtte kriteriene for ADHD. Det var ingen kjønnsforskjeller i resultatene. I utvalget møtte 21,6% av ungdommene kriteriene for minst én personlighetsforstyrrelse, mens 7,2% møtte kriteriene for flere enn én personlighetsforstyrrelse. I det samme utvalget hadde 17,6% alvorlige atferdsforstyrrelser, og 4,6% hadde både ADHD og en personlighetsforstyrrelse (Korsgaard et al., 2016).

Antall ungdommer som møtte kriteriene for en personlighetsforstyrrelse omtales som høyere enn det som er funnet blant ungdomspopulasjoner og populasjoner i førstelinjetjenesten (Korsgaard et al., 2016). Tidligere studier har indikert en prosentandel på mellom 6% og 17% (Kongerslev et al., 2015). Samtidig omtales det som lavere enn det som

er funnet blant kliniske ungdomspopulasjoner og ungdommer i kriminalomsorgen. I kliniske ungdomspopulasjoner har prevalensen ligget på mellom 41% og 64% (Kongerslev, Moran, Bo, & Simonsen, 2012).

Korsgaard et al. (2016) gjorde flere oppsiktsvekkende funn. Ungdommene med ADHD hadde statistisk signifikant høyere antall symptomer på personlighetsforstyrrelser, sammenlignet med de uten ADHD. Effekten var fortsatt til stede etter justering for alder, kjønn og andre komorbide lidelser. Det ble også funnet kjønnsforskjeller i prevalensen av ADHD og personlighetsforstyrrelser. Jentene hadde statistisk signifikant høyere forekomst av ADHD og personlighetsforstyrrelser, hvor både antisosial og borderline var de personlighetsforstyrrelsene med høyest forekomst. Alle jentene som møtte kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse hadde også ADHD. Det var et statistisk signifikant forhold mellom alvorlige atferdsforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser blant jenter, samt mellom alvorlige atferdsforstyrrelser og ADHD. På bakgrunn av disse funnene stiller forskerne spørsmål ved hvorvidt guttene utredes for ADHD på et tidligere tidspunkt enn jentene. I tillegg stiller de spørsmål til hvorvidt jentenes symptomer på ADHD faktisk kamufleres av deres symptomer på personlighetsforstyrrelser. Tallene indikerer at forekomsten av ADHD kan være høyere blant jenter enn hva tidligere studier viser. Forfatterne anbefaler å utrede både for antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse hos jenter med ADHD.

**Kliniske implikasjoner av Korsgaard et al.'s studie.** I et intervju med Dagens Medisin 27. januar 2017 omtaler Hans Ola Korsgaard sin og sine kollegers studie (Nilsen, 2017). Intervjuet tematiserer hvorvidt personlighetsforstyrrelser blir tilstrekkelig diagnostisert og behandlet i BUP. Korsgaard sier at ungdommer bør utredes for personlighetsforstyrrelser tidligst mulig, og dersom de møter diagnosekriteriene, få behandling for personlighetsforstyrrelser tidligst mulig. Dette poenget blir i det samme intervjuet støttet av Øyvind Urnes, leder ved Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri.

Korsgaard fremholder at ungdommer kommer inn i helsevesenet med tilleggsproblematikk som depresjon, angst, rusmisbruk, selvskading og selvmordsforsøk. De blir skrevet ut med lidelser som angst og depresjon, for så å returnere til helsevesenet med mer alvorlige psykiske problemer, inkludert alkohol- og rusproblemer. Han mener ungdommene bør gis korrekt diagnose, altså en personlighetsforstyrrelsesdiagnose, for å kunne behandle denne populasjonen tilstrekkelig. Korsgaard beskriver at ungdommer tidligere ikke har blitt gitt personlighetsforstyrrelsesdiagnoser, og omtaler forekomsten av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer som ny kunnskap. Han argumenterer for at personlighetsforstyrrelser klart blir underdiagnostisert i dag. Korsgaard støttes av Urnes i konklusjonen om at ungdommene bør få diagnose og behandling raskest mulig, og at ADHD øker sårbarheten og sannsynligheten for å utvikle personlighetsforstyrrelser. Urnes sier at det nå er mulighet til å diagnostisere tilstandsbilder som predikerer personlighetsforstyrrelser. Han vil også ha behandlingsprogrammer for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og viser til gode resultater fra behandlingsprogrammer i Australia, England og Tyskland. Dialektisk atferdsterapi har vist seg å ha effekt på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, tilsvarende borderline personlighetsforstyrrelse.

Urnes viser også til stigmatisering som en årsak til underdiagnostisering. Han mener, med henvisning til erfaringer med for sen behandlingsstart, at fordelene med behandling oppveier stigmaet personlighetsforstyrrelser fører med seg hos ungdom.

### **Diagnostisk praksis**

I denne andre hoveddelen av utredningen blir det redegjort for faglige og organisatoriske rammebetingelser for psykologers diagnostiske praksis og aktuell praksis i bruken av antisosial personlighetsforstyrrelse som diagnose. Endringer av praksisen med økt bruk av diagnosen og mulige implikasjoner av slike endringer blir drøftet.

### **Forsvarlighetskrav**

All psykologisk praksis skal være forsvarlig. Det innebærer at den som utøver faglig virksomhet skal være faglig kompetent, at virksomheten skal være i samsvar med rettslige reguleringer, at praksisen skal være av en tilfredsstillende faglig standard, og at profesjonsetiske prinsipper og retningslinjer skal være etterlevd. Nedenfor blir det redegjort for noen rammebetingelser som har som formål å sikre faglig forsvarlighet.

**BUP-systemet.** Diagnostisering av barn og unge med psykiske vansker som er henvist til spesialisthelsetjenesten, skjer i Psykisk helsevern for barn og unge, og oftest ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Det er denne tjenesten som er forutsatt å ha den nødvendige faglige kompetansen. Retningslinjene for arbeidet i BUP (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2017a) tar utgangspunkt i forskning på feltet og diagnosemanualen ICD-10, inkludert dens retningslinjer vedrørende diagnoser av barn og ungdom. Det står også i retningslinjene at verken DSM-4 eller DSM-5 avviker vesentlig fra ICD-10s definisjoner på personlighetsforstyrrelser. Retningslinjene fastslår at nåværende diagnosemanualer kun unntaksvis tillater diagnostisering av personlighetsforstyrrelser hos personer under 18 år. Videre står det at personlighetsforstyrrelsesdiagnoser sjelden er riktig før 16-årsalder, og at symptomene må ha vært til stede i minst ett år. Det presiseres at klinikere generelt er tilbakeholdende med å sette slike diagnoser.

Retningslinjene fremsetter samtidig at det for tiden diskuteres hvorvidt dette skillet i alder er klinisk hensiktsmessig. Dette begrunnes med at en allerede ved ungdomsalder kan se personlighetsforstyrrelser eller klare forløpere til diagnosene. Atferdsforstyrrelser som risikofaktor for utvikling av dyssosial personlighetsforstyrrelse løftes også frem. Med henvisning til Helgeland, Kjeldsberg og Torgersen (2005) understrekes det at barn og ungdom med atferdsforstyrrelser har en betydelig risiko for å møte diagnosekriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder. Det anbefales på bakgrunn av dette å sette inn adekvat behandling av alvorlige atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom.

**Lov om pasient- og brukerrettigheter.** Lov om pasient- og brukerrettigheter, pasientrettighetsloven, er en av lovene som regulerer forholdet mellom helsevesenet og pasienter og pårørende. Kapittel 3 «Pasientens eller brukerens rett til medvirkning» omfatter helsepersonells juridiske ansvar overfor pasienter og brukeres lovfestede rettigheter til å påvirke behandling. § 3-1 fastslår at det er en generell pasientrettighet i Norge å kunne påvirke behandlingen. Paragrafen presiserer at brukeren eller pasienten blant annet har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, §3-1).

I lovens forarbeider presiseres det at denne medbestemmelsesretten forutsetter en aktiv innsats fra pasientens eller brukerens side. Medbestemmelsesretten er begrenset gjennom at pasienten ikke gis rett til å velge en spesifikk utrednings- og/eller behandlingsmetode dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig. Helsepersonellet burde gi pasienten en anbefaling om hvilken metode som i sum vil være den beste. Helsepersonell har ikke lov å la bruker eller pasient velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett (Helsedirektoratet, 2017).

Pasienter henvist til spesialisthelsetjenesten har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager (Helsedirektoratet, 2003). Dette innebærer ikke rett til å få en diagnose. Men det er lovens klare intensjon at en diagnose bør settes om det er mulig, at den skal være korrekt og at den skal medvirke til best mulig behandling.

**Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis.** Kvalitetsstandarden for psykologisk arbeid er gitt i prinsipperklæringen om evidensbasert praksis, vedtatt av styret i psykologforeningen (Norsk Psykologforening, 2007). Erklæringens essens er at praksis skal bygge på den beste foreliggende forskningen og klinisk ekspertise i relasjon til pasientens egne ønsker, egenskaper og kulturelle bakgrunn.

Beste forskningsevidens omhandler vitenskapelige resultater fra forskning på psykologiske intervensjoner, utredning og kliniske problemer. I tillegg omfatter det forskning på pasientpopulasjoner, laboratoriestudier og resultater fra grunnforskning som er av klinisk relevans. Beste forskningsevidens kommer fra studier med ulike metoder tilpasset forskningsspørsmålene.

Klinisk ekspertise inkluderer kunnskap og ferdigheter som fremmer positive kliniske resultater gjennom klinikerens beslutninger og intervensjoner. De kliniske intervensjonene beror på en helhetlig tilnærming gjennom systematisk utredning, som legger grunnlaget for kasusforståelse og behandlingsplan. Denne prosessen krever at en kjenner forskningen og er reflektert rundt egen rolle og den terapeutiske relasjonen. Psykologen er innforstått med hvordan konteksten og egne og klientens personlige egenskaper og verdier påvirker de faglige valgene.

Psykologiske tjenester har best effekt når de tilpasses pasientens egenskaper og preferanser. Denne tilpasning handler om å møte pasientens konkrete problemer og utfordringer. Psykologen tar hensyn til individuelle variasjoner i symptomer og lidelser, funksjonsnivå, livsfase, alder og utviklingsnivå. Psykologen vektlegger også pasientens sosiokulturelle og familiære kontekst, kjønn, kjønnsidentitet, sosial klasse, etnisitet og seksuelle orientering. Verdigrunnlag, inkludert religion, skal også vektlegges.

### **Behandling for dyssosial personlighetsforstyrrelse**

Det finnes ingen nasjonale retningslinjer for behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse blant voksne. Det finnes faktisk ikke retningslinjer for behandling av noen personlighetsforstyrrelsesdiagnoser (Helsebiblioteket, 2013). Det foreligger ikke tilstrekkelig dokumentasjon for effektiv behandling av personlighetsforstyrrelser, med mulig unntak for komorbid borderline og antisosial personlighetsforstyrrelse, hvor dialektisk

atferdsterapi har vist effekt (National Institute for Care and Health Excellence, 2013; Oslo Universitetssykehus, 2018).

Evidensen for behandling av personlighetsforstyrrelser omhandler hovedsakelig borderline personlighetsforstyrrelse, og selv her er effektstørrelsene for små til at en kan trekke noen endelig konklusjon om hvilke typer behandling som har effekt (Bateman, Gunderson & Muller., 2015). Behandling med psykofarmaka har vært utprøvd i noen studier, men det foreligger for få studier til å konkludere med at det er en effektiv behandlingsmetode (Bateman et al., 2015). Kognitiv atferdsterapi og dialektisk atferdsterapi har vist noe effekt i behandling, men også her er det foreløpig for lite evidens til å kunne konkludere med at noen av metodene er virksomme (Glenn et al., 2013).

### **Behandlingstilbud til ungdommer med atferdsforstyrrelser**

Ungdommer med atferdsforstyrrelser er i risikozonen for å utvikle dyssosial personlighetsforstyrrelse. Samtidig indikerer forskning at tilstandsbildene for ungdommer som møter kriteriene for atferdsforstyrrelser og dyssosial atferdsforstyrrelse er sammenfallende. Manglende prevalenstall for dyssosial personlighetsforstyrrelse blant ungdommer i BUP gjør bildet uoversiktlig (Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening, 2017a). En kan ikke konkludere med at pasientpopulasjonen med atferdsforstyrrelser ikke inneholder individer som møter kriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse. En kan av samme grunner heller ikke fastslå det motsatte.

Atferdsforstyrrelser blant unge behandles gjennom en rekke tiltak. Mange av disse er såkalte multisystemiske programmer som involverer barnet, foreldrene, barnehage eller skole. En rekke intervensjonsprogrammer er implementert i det norske behandlingstilbudet etter systematisk og suksessfull utprøving. Multisystemisk terapi (MST) er et eksempel på et slikt behandlingsprogram. De forskjellige multisystemiske behandlingsprogrammene dekker de



ulike atferdsforstyrrelsesdiagnosene og aldersspekteret 3-18 år (Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening, 2017b).

Målet i de forskjellige programmene er å gi verktøy til hvordan barnet selv, og foreldre og ansatte i skole eller barnehage kan håndtere og minimere den uønskede atferden. Behandlingen foregår poliklinisk, ambulant eller i fosterhjems- eller annen barnevernssetting.

### **Intervju med Andrine Bruland og Bernadette Christensen**

Andrine Bruland og Bernadette Christensen ble telefonintervjuet om sin erfaring med ungdommer som kan oppfylle kriteriene for diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Andrine Bruland jobber som veileder i MST-team Bergen. MST er en metode som brukes uavhengig av diagnose, og Bruland fremholder at de heller ikke stiller diagnose på ungdommene de behandler. Eksklusjonskriterier fra behandlingstilbudet er suicidal atferd, psykose, alvorlig kriminell atferd og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Ungdommene de behandler utviser kriminell eller antisosial atferd, og står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. Eksempler på slik atferd er fysisk og verbal aggresjon i hjem, skole og nærmiljø, rusmisbruk, skolefravær og stjeling. Behandlingsmålet er at den antisosiale atferden skal opphøre fullstendig etter endt behandling etter 3-5 måneder.

Bruland opplyser om at ungdommene får den samme behandlingen uavhengig av om de har fått diagnosen antisosial eller atferdsforstyrrelser. Hovedmålet er å finne styrker i ungdommen og systemet rundt ungdommen, og forsterke og fasilitere disse. Bruland opplyser om at hun ikke har tall på antall ungdommer de får henvist med dyssosial personlighetsforstyrrelse. Hun presiserer at de forholder seg til symptomer og ikke diagnose i MST-behandling. Behandlingen skreddersys til hver enkelt pasient (A. Bruland, personlig kommunikasjon, 16. november 2018).

Bernadette Christensen jobber i dag som fagdirektør i Norsk kompetansesenter for barn og unge, og leder den landsdekkende implementeringen av MST (Nasjonalt

Utviklingssenter for Barn og Unge, 2018). Hun opplyser at ungdommene i systemet stort sett ikke er så interesserte i diagnose, og at ungdommene etter hennes erfaring ikke etterspør hva som er i veien. Hun har ikke opplevd at foreldre eller ungdommene selv etterspør diagnose eller utredning i tilfeller hvor en ser symptomer på dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Christensen har derimot opplevd at foreldrene og ungdommene etterspør utredning for ADHD og autismspekter-lidelser.

Christensen presiserer at MST-teamene ikke stiller diagnoser ettersom dette er rollen til BUP. MST-teamene behandler de symptomene Bruland nevner. Når det gjelder ungdommer med atferdsforstyrrelse spekulerer Christensen i om det finnes ungdommer som møter kriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse i denne gruppen. Hun presiserer at dette er spekulasjoner fra hennes side.

Christensen sier at ungdommer med antisosial personlighetsforstyrrelse i større grad havner i fengsel i USA enn de gjør i Norge. Det kan også være innsatte i norske fengsler som har denne diagnosen, og at diagnosen var tilstede da ungdommene var i tenårene. De kan tenkes at ungdommer med denne diagnosen ikke fanges opp i Norge. Grunnen til dette er dels fordi de ikke får diagnosen i BUP-systemet, og dels fordi andre instanser ikke har mulighet til å sette diagnose (B. Christensen, personlig kommunikasjon, 21. november 2018).

### **Tjenestetilbud til ungdommer med atferdsforstyrrelser/personlighetsforstyrrelser**

**Ambulant behandling.** Det skilles mellom ambulant behandling og institusjonsbehandling. I ambulant behandling går en ut over rammene til det polikliniske tilbudet og opererer i barnets nærmiljø, mens institusjonsbehandling foregår på barnehjem og i fosterhjem. I en rapport om ambulante tjenester (Folkehelseinstituttet, 2006) ble det funnet at flere intervensjonsprogrammer har effekt på barn og unge med alvorlige atferdsvansker og antisosial atferd (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2017b).

Disse programmene er «Parent Management Training» (PMTO), MST og «Multidimensional Treatment Foster Care» (MTFC). Disse er funnet å ha en positiv effekt på voldsbruk og lovbrudd, og dermed forkorte institusjonsopphold for målgruppen. MST tilbys i Norge av Barnevernet, og er et frivillig tilbud hvor terapeuten kommer hjem til familien. PMTO brukes i poliklinisk setting med fokus på miljøet i hjemmet. MTFC brukes som metode i fosterhjem (Folkehelseinstituttet, 2006).

Få studier er gjennomgått i rapporten. Studiene har ulike populasjoner og anvender ulike intervensjonsprogrammer. De fleste studiene er gjort på populasjoner i USA med lav sosioøkonomisk status. Unntakene er studier fra England, Tyskland og Norge. Det mangler tilstrekkelig forskningsmessig dokumentasjon for effekten av både ambulant og nærmiljøbasert behandling av barn og unge med alvorlige psykiske problemer. Unntaket er effekten av MST for barn med alvorlige atferdsforstyrrelser. Bruken og utbyggingen av nærmiljøbaserte tiltak hviler derfor i stor grad på erfaringer.

**Institusjonsbehandling.** Veileder i BUP skiller mellom behandling i barnevernsinstitusjon og behandling i fosterhjem, med fosterhjem som et alternativ til barnevernsinstitusjon. Opphold og behandling i barnevernsinstitusjon over lengre tid har begrenset effekt for individer med alvorlige atferdsvansker.

Korte opphold i barnevernsinstitusjon brukes som et tiltak når behandling i poliklinisk eller ambulant setting ikke lar seg gjennomføre. Dette gjelder både i utrednings- og behandlingsfase, med eller uten foreldres samtykke og som varig eller midlertidig tiltak. Tiltaket kan blant annet brukes til å bryte et destruktivt atferdsmønster (Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening, 2017b).

Tall fra Bufdir viste at 15820 barn og unge i alderen 0-22 år i Norge ved utgangen av 2016 var plassert utenfor hjemmet. Barna er enten i fosterhjem, i barnevernsinstitusjon eller i

bolig med oppfølging. Av disse var 15820 var 11771 plassert i barnevernsinstitusjon og 1212 plassert i fosterhjem (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018).

**Psykisk helse blant populasjonen i barnevernsinstitusjoner.** Behandlingen av barn og unge med atferdsforstyrrelser i barnevernsinstitusjoner kan påvirkes av mange faktorer. Behandlingsformen er unik i den forstand at ungdommene ikke bor i sine opprinnelige hjem, noe som også er tilfellet for ungdommer i fosterhjem. I barnevernsinstitusjoner bor dog ungdommene sammen i et større antall enn i fosterhjem, og disse ungdommene er i tilnærmet lik situasjon.

Prosjektet «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner» kartla den psykiske og fysiske helsen, og livskvaliteten til 400 barn og unge i barnevernsinstitusjoner (Kayed et al., 2015). Livskvaliteten ble undersøkt gjennom mål på fysisk helse, vennskap og trivsel. Kayed og kollegers studie viste at 76% av de spurte hadde minst én psykisk lidelse, og at kun 38% oppgav at de hadde fått hjelp for disse lidelsene av spesialisthelsetjenesten. 19,1% hadde diagnosen alvorlig atferdsforstyrrelse og 3% hadde diagnosen opposisjonell atferdsforstyrrelse. Komorbiditeten blant utvalget var generelt høy, og inkluderte rusproblemer.

Livskvaliteten til barn og unge i barnevernsinstitusjoner er jevnt over dårligere sammenlignet med normalpopulasjonen (Kayed et al., 2015). Sammenligningsgrunnlaget kommer både fra ungdommer i BUP-systemet og i den generelle befolkningen. Dette vises gjennom at de unge i barnevernsinstitusjonene har dårligere fysisk helse, dårligere selvtillit og dårligere opplevelse av vennskap.

**Ungdom i kriminalomsorgen.** Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viste at det satt tre ungdommer i fengsel i aldersgruppen 15-17 år per 1. januar 2016. Av disse var to gutter og én jente. Tall fra 2015 viste at det i aldersgruppen satt fem personer i fengsel, alle gutter (Statistisk Sentralbyrå, 2018).

**Behandling i fosterhjem.** Ungdommer i fosterhjem får behandling etter MTFC-modellen. I en gjennomgangsartikkel av Leve og Chamberlain (2007) omtales MTFC som en empirisk validert modell, basert på sosial læringsteori, som også behandler familien til ungdommen. Modellen har vært prøvd ut på ungdommer som bistås av det sosiale hjelpeapparatet og ungdomsfengsler, med positiv effekt som sett ved nedgang i arrestasjoner, økning i deltakelse på skolen og gjennomføring av lekser. I fosterhjem får ungdommene tett oppfølging med rammer som skal ligne mest mulig på en normal, dagligdags setting for ungdommer. Det overordnede målet med behandling er suksessfull reintegrering i samfunnet for både ungdommer og foreldrene (Leve & Chamberlain, 2007).

**Oppsummering om behandlingstilbud.** To hovedfunn fremstår som vesentlige i denne konteksten. Det foreligger en del dokumentasjon av behandlingseffekt på barn og ungdom med atferdsvansker, noe som kan ha en forebyggende effekt når det gjelder utvikling av dyssosial personlighetsforstyrrelse. Forskningen av behandling av pasienter diagnostisert med personlighetsforstyrrelse er relativt sparsom og utilstrekkelig.

Forekomsten av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer som er gitt tilbud om behandling for atferdsavvik er også mangelfullt dokumentert. Det er sannsynliggjort at det i disse populasjonene er betydelig forekomst av unge som enten har risiko for å utvikle, eller allerede har, alvorlige personlighetsforstyrrelser.

### **Stigma**

Stigma knyttet til en lidelse kan ha potensielle implikasjoner for både klinikere og pasientgrupper. I relasjon til psykiske lidelser er stigma etter hvert blitt et konsept som favner bredt (Bonnington & Rose, 2014). Likevel er det meste av forskningen på stigma som et aspekt ved psykiske lidelser gjort på schizofreni og depresjonslidelser. I tillegg er de fleste av disse studiene kvantitative.

**Operasjonalisering av stigma.** Bonnington og Rose (2014) karakteriserer stigma som et bredt konsept som omfatter flere aspekter ved psykiske lidelser. Stigma kan defineres som bestående av flere forskjellige prosesser som oppstår på samme tid. Sammen utgjør disse prosessene stigmatiseringen for de som opplever seg stigmatisert, og personer rundt den stigmatiserte. Stigma omfatter kategorisering, anvendelse av merkelapper, stereotypisering, og skillet mellom inngruppe og utgruppe. Stigma fremprovoserer negative følelser både hos de stigmatiserte og deres nære. De stigmatiserte blir diskriminert og taper status. En ujevn fordeling av makt mellom den som utøver stigmatisering og den stigmatiserte, fasiliterer disse prosessene. Individuer med borderline personlighetsforstyrrelse opplever å bli stigmatisert.

**Stigma knyttet til personlighetsforstyrrelsesdiagnose.** En rekke forskningsartikler har tatt for seg at stigma kan følge av personlighetsforstyrrelsesdiagnoser. Det kan argumenteres for at stigma er noe man særlig må ta hensyn til i spørsmålet om å stille en så alvorlig diagnose som dyssosial personlighetsforstyrrelse på ungdommer under 18 år (Bonnington & Rose, 2014; Kongerslev et al., 2015).

Kongerslev et al. fremhever stigma som et sentralt moment i spørsmålet om diagnostisering av dyssosial personlighetsforstyrrelse blant unge. Med referanse til Griffiths (2011) viser forskerne at stigma kan føre til at klinikere ikke diagnostiserer personlighetsforstyrrelser på ungdommer. Forfatterne understreker at klinikere alltid bør være klar over potensielle skadelige effekter av stigma i diagnosespørsmål. Samtidig kan unngåelse av diagnostisering, på bakgrunn av stigma, indirekte fremme stigmatisering. En må veie mulige fordeler av diagnosesetting mot mulige negative effekter.

I en reviewartikkel undersøkes stigma som en hindring for å stille personlighetsforstyrrelsesdiagnoser på unge mennesker (Newton-Howes et al., 2015). Newton-Howes et al. belyser tabu som aspekt i diagnostisering og stigmaet som følger med merkelappen personlighetsforstyrrelse. Helsepersonell kan la være å diagnostisere

personlighetsforstyrrelser for å unngå at pasientene stigmatiseres (Newton-Howes, Weaver, & Tyrer, 2008). Newton-Howes et al. (2015) konkluderer med at en burde stille diagnosen uavhengig av stigmaet det kan medføre. Feil diagnose hindrer riktige intervensjoner og kan i verste fall føre til skadelige intervensjoner.

Shiner og Allen (2013) argumenterer for at stigmaet knyttet til personlighetsforstyrrelser kan relateres til hvordan lidelsene har blitt fremstilt. Personlighetsforstyrrelser har blitt definert som alvorlige og langvarige lidelser, som i tillegg er vanskelige å behandle. Det stilles spørsmål om klinikere av de nevnte grunnene har vært redd for å stigmatisere ungdommer ved å gi dem en personlighetsforstyrrelsesdiagnose, og om foreldre ikke ønsker en potensielt stigmatiserende diagnose for sine barn.

Stigma omtales som en potensiell grunn til at det ikke har blitt utviklet effektive kliniske intervensjoner for personlighetsforstyrrelser for ungdommer (Chanen et al., 2004). Tyrer et al. (2015) påviste stigma knyttet til diagnostisering av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer. En potensiell løsning for å redusere stigma er at både fagfolk og allmen erkjenner at personlighetsforstyrrelser fluktuerer over livsløpet. Personlighetsforstyrrelser anses i dag som livslang og statisk, uten at det er evidens for dette. Lidelsene fungerer som merkelapper på individet. Dette synet på personlighetsforstyrrelsesdiagnoser kan i seg selv kan føre til manglende intervensjoner fra behandlers side. Tyrer et al. argumenterer for at personlighetsforstyrrelser typisk viser seg i ungdomsalder, og at en derfor bør sette diagnosen i denne perioden. Med henvisning til Newton-Howes og kolleger (2015) anser de diagnoser som utfordringer med en løsning, heller enn livslange merkelapper.

I en studie på psykologers villighet til å diagnostisere personlighetsforstyrrelser på ungdommer (Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach, & Luyten, 2013) ble stigma funnet å være en direkte årsak til å ikke stille diagnosen. Studiet anvendte en nettbasert spørreundersøkelse om psykologers holdninger til personlighetsforstyrrelser blant

ungdommer. Resultatene viste en stor diskrepans mellom å anerkjenne personlighetsforstyrrelser blant ungdommer og å faktisk stille diagnosen. I utvalget svarte 9% at de ikke stilte diagnosene bare fordi de er stigmatiserende.

I det epidemiologiske studiet «The children in the community study of developmental course of personality disorders», oppfordres det til varsomhet med å sette personlighetsforstyrrelsesdiagnoser på ungdommer (Cohen et al., 2005). Forfatterne anbefaler å skille mellom en ungdomsversjon og en voksenversjon av personlighetsforstyrrelser. Et slikt skille kan føre til at en slipper å gi ungdommer en stigmatiserende diagnostisk merkelapp.

**Stigma knyttet til atferdsforstyrrelser.** Rapporten «Barn og unge med alvorlige atferdsvansker» viser at barn med atferdsforstyrrelser opplever stigma. Forebyggende tiltak overfor barn og unge i risikogruppen for utvikling av atferdsforstyrrelser kan ha en stigmatiserende effekt. Ressursbruk burde derfor veies mellom samfunnsøkonomiske hensyn og andre viktige hensyn, som for eksempel stigmatisering av gruppen (Norsk Forskningsråd, 1997).

**Stigma knyttet til opphold i barnevernsinstitusjoner.** Barn og unge i barnevernsinstitusjon kan også føle stigma. Rapporten «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjon» (Kayed et al., 2015) viste at ungdommer kan stemples og stigmatiseres fordi de havner i institusjon. Ungdom i barnevernsinstitusjoner er ofte mer aktive i uorganiserte heller enn organiserte fritidsaktiviteter og finner venner i institusjonen. Forskerne peker på dette som en potensiell konsekvens av at ungdommene i barnevernsinstitusjon føler seg stigmatiserte og søker venner blant andre likesinnede med liknende livserfaringer.

**Oppsummering av stigma.** Studier på personlighetsforstyrrelser viser at personer med lidelsene kan oppleve stigma. Barn og unge som behandles for atferdsforstyrrelser, i og utenfor barnevernsinstitusjon, opplever seg også stigmatisert.



Blant klinikere er det en motvillighet til å sette personlighetsforstyrrelsesdiagnoser på ungdommer, med stigmaet knyttet til diagnosen som en av flere direkte årsaker til denne motvilligheten.

Nyere reviewartikler viser at stigmaet knyttet til personlighetsforstyrrelser er basert på en gammel oppfatning av at lidelsen er statisk. De nevnte reviewartiklene fremholder at personlighetsforstyrrelser viser seg i ungdomsalder og forandrer seg gjennom livsløpet. På bakgrunn av dette foreslås det å diagnostisere ungdommer med personlighetsforstyrrelser for å bryte stigmaet.

## Diskusjon

### Psykologers holdninger

En studie av 566 psykologers forhold til forekomst, diagnostisering og behandling av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer hadde interessante funn (Laurensen et al., 2013). 367 av disse psykologene jobbet med ungdommer. Undersøkelsen ble anonymisert gjennom spørreundersøkelser på internett. Det var stor diskrepans mellom å erkjenne eksistensen av lidelsene blant ungdommer, å anvende diagnosene og å gi spesifikk behandling for personlighetspatologi.

57.8% av psykologene anerkjente eksistensen av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer, mens 8.7% satt diagnosen, og kun 6.5% gav spesifikk behandling for personlighetsforstyrrelser. Nyere retningslinjer anbefaler å diagnostisere personlighetsforstyrrelser blant ungdommer, men disse har ikke hatt ønsket effekt på praksisfeltet. Klinikere som jobbet på psykiatriske sykehus hadde størst sannsynlighet for å sette diagnosen. Psykologene som ikke stilte personlighetsforstyrrelsesdiagnose anså personlighetsproblematikk blant ungdommer som flyktig og forbigående. DSM-4-TR tillater heller ikke å sette diagnosen på ungdommer. Motviljen til å sette

personlighetsforstyrrelsesdiagnose blant ungdommer kan hindre utvikling og formidling av hensiktsmessige intervensjoner (Laurensen et al., 2013).

Studien til Laurensen et al. indikerer at dyssosial personlighetsforstyrrelse er en vanskelig diagnose å forholde seg til som kliniker, og den illustrerer et vesentlig poeng med i diagnostisering - diagnosens tabu og stigma. Selv når diagnosekriterier er møtt er det vanskelig å sette diagnosen, og enda vanskeligere å gi spesifikk behandling. De kliniske implikasjonene av studiet er at problemet med dyssosial personlighetsforstyrrelse hos ungdommer er omfattende. utfordringene berører alle ledd i den kliniske prosessen, fra å erkjenne lidelsen til å gi tilstrekkelig behandling.

### **Diagnosens forsvarlighet**

Forsvarlig bruk av diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse forutsetter at den er valid og reliabel. Validiteten har blitt kritisert, men den tilfredsstillende vanlige krav til diagnostisk bruk. Tilsvarende gjelder reliabilitet.

Både validiteten og reliabiliteten er funnet å være tilstrekkelig for å kunne bruke diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse på ungdommer under 18 år. Det finnes dermed forskningsmessig belegg for diagnosen, og vilkåret om diagnosens forsvarlighet er oppfylt. Evidensbasert diagnostisk praksis er mulig, også med den spesielle ungdomsversjonen av diagnosen. Med en valid og reliabel diagnose er de kliniske implikasjonene åpenbare. Det vil være naturlig å utrede for diagnosen i klinisk praksis. Dette kan også gjøre at lidelsen aksepteres blant ungdommer. Det er ønskelig med retningslinjer for både diagnostisk og terapeutisk arbeid med ungdommer med dyssosial personlighetsforstyrrelse. Slike retningslinjer mangler også for voksne pasienter. Det mangler tilstrekkelig evidens for å fastslå hvilke behandlingsmetoder som har effekt. Samtidig finnes det studier av behandlingseffekter som det kan bygges videre på.

**Sosiale følger av diagnosen.** Det eksisterer stigma knyttet til diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse, og kanskje spesielt knyttet til diagnose av ungdommer under 18 år. Forskningsfunnet om at frykten for stigma eksisterer hos klinikere er en utfordring fordi det kan forhindre diagnostisering og behandling. Diagnosens stigma knyttes ofte til gamle oppfatninger om at dyssosial personlighetsforstyrrelse er statisk, noe nyere forskning viser at lidelsen ikke er. Funnet av at ungdom i barnevernsinstitusjoner som behandles for atferdsforstyrrelser også føler stigma, indikerer at stigma er utbredt på tvers av diagnoser i pasientpopulasjonen. Det har blitt argumentert for å stille diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse blant ungdom under 18 år med den hensikt å motarbeide stigma (Newton-Howes et al., 2015). Å anerkjenne lidelsen som fluktuerende over livsløpet kan også motarbeide stigma. Dyssosial personlighetsforstyrrelse er heller ikke den eneste diagnosen som er beheftet med problemer knyttet til stigma. Pasienter i barnevernsinstitusjon og med atferdsforstyrrelser har tilstandsbilder likt dyssosial personlighetsforstyrrelse. Også disse opplever stigma. Det blir derfor vanskelig å argumentere for stigma som et hinder for diagnosen.

Et potensielt ankepunkt vil kunne være medbestemmelsesretten i pasientrettighetsloven og prinsipperklæringen om evidensbasert praksis. Disse vil likevel ikke være avgjørende ettersom den foreliggende evidensen indikerer at dialektisk atferdsterapi, og til en viss grad kognitiv atferdsterapi, har effekt i behandling. Dette fordrer selvsagt at en stiller en dyssosial personlighetsforstyrrelsesdiagnose fremfor atferdsforstyrrelsesdiagnose.

De høye prevalenstallene blant fengselspopulasjoner i USA tyder på at mange med dyssosial personlighetsforstyrrelser havner i en kriminell løpebane. Tallene viser også at en stor del av individer med lidelsen ikke blir fanget opp av helsevesenet. I tillegg viser studier at lidelsen viser seg allerede i barndom eller ungdom. I tilfeller hvor pasienten eller de rundt vedkommende føler seg stigmatisert, ville både pasient, helsevesen og samfunn vært

bedre tjent med at denne gruppen fikk diagnose og behandling, heller enn straff som følge av en kriminell løpebane.

### **BUPs rolle og prevalenstall**

BUP er den institusjonen som stiller diagnoser som i neste rekke er avgjørende for hvilket behandlingstilbud ungdommene får. Dersom noen i Bufdirs behandlingsapparat eller noen i Konfliktrådet oppdager symptomer på dyssosial personlighetsforstyrrelse, må ungdommene bli henvist tilbake til BUP for utredning og diagnostisering. Christensen spekulerer i hvorvidt det finnes ungdommer som mekles gjennom Konfliktrådet som kan ha dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Forskning har vist at atferdsforstyrrelser er en av de største predikatorene for å utvikle dyssosial personlighetsforstyrrelse. Samtidig er veilederen for BUP klar på at det mangler prevalenstall for ungdommer med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Veilederen for BUP presiserer at prevalenstallene er tilnærmet lik i den generelle populasjonen som den kliniske populasjonen i psykisk helsevern. Fordi den generelle populasjonen er mye større enn den kliniske populasjonen, og prevalens er prosentantall innenfor en gruppe, er det påfallende at disse tallene er like. Det understøtter poenget om at det at få personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse søker behandling også kan være tilfellet i den norske populasjonen. I tillegg understøtter det poenget om at det kan være mange med diagnosen som ikke fanges opp av systemet. Nyere forskning viser en tendens til at dyssosial personlighetsforstyrrelse oppstår i barndommen eller ungdomsalder. Det ville være underlig om dette ikke er tilfelle også for den norske populasjonen.

Behandlingstilbudet til ungdommene i Norge styres etter inntakskriterier gitt av symptom- og tilstandsbilde. Symptombildet til ungdommene som får MST-behandling er likt symptombildet til både atferdsforstyrrelser og dyssosial personlighetsforstyrrelser. Bruland presiserer at ungdommer i deres system ville fått MST-behandling uavhengig av om de har

atferdsforstyrrelser eller dyssosial personlighetsforstyrrelse. Dersom dyssosial personlighetsforstyrrelse ikke utredes hos BUP er det en praktisk og reell mulighet for at norske ungdommer med atferdsforstyrrelsesdiagnose i MST-behandling faktisk møter kriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse. Funn fra behandlingsforskningen kan tilsi at de kunne fått et bedre behandlingstilbud dersom de fikk diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Forskning på antisosial personlighetsforstyrrelse har vist at det eksisterer forskjeller i forløpet av tilstanden, avhengig av andre samtidige vansker, inkludert rusmisbruk. Det overordnede mønsteret er at lidelsen har høy komorbiditet med en rekke lidelser og at disse komorbide lidelsene korrelerer med flere negative konsekvenser. Lidelsen er i tillegg vanskelig å behandle, få pasienter søker behandling og klinikere kan ha en tendens til å avstå fra å forsøke å behandle lidelsen (Glenn et al., 2013).

### **Nyere forskning på ungdommer med personlighetsforstyrrelser**

Ungdommer under 18 år som møter kriteriene for personlighetsforstyrrelser har lavere livskvalitet enn gjennomsnittet (Korsgaard, Torgersen, Wentzel-Larsen, & Ulberg, 2015). De fant at antall innfridde kriterier for personlighetsforstyrrelser korrelerer med redusert livskvalitet. Funnet er i tråd med forskning på livskvaliteten hos voksne med personlighetsforstyrrelser. Personlighetsforstyrrelser er vist å ha høyest prevalens i begynnelsen eller midten av ungdomsalderen. Det ville vært fordel med et økt fokus på tidlig utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer. Godt tilpassede behandlingstiltak ville forhåpentligvis bedret langtidsprognosen (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014).

I en annen studie av det samme utvalget (Korsgaard et al., 2016) ble det funnet at ungdommer med personlighetsforstyrrelser også har komorbide ruslidelser. Studiet viste et høyt sammenfall mellom antall symptomer på personlighetsforstyrrelser og én eller flere

ruslidelser. Implikasjonen av disse resultatene er at forekomsten av flere symptomer på personlighetsforstyrrelser i seg selv konstituerer en risiko for å utvikle ruslidelser i ungdomsalder.

Disse tilstandsbildene er svært like de en har funnet hos ungdommer i barnevernsinstitusjon. Det kan dermed tenkes at det også i denne populasjonen finnes ungdommer som møter kriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse uten å ha blitt utredet og diagnostisert for det.

### **Argumenter for å diagnostisere dyssosial personlighetsforstyrrelse**

I intervjuet med Dagens medisin argumenterer både Korsgaard og Urnes for å diagnostisere personlighetsforstyrrelser hos unge dersom de møter kriteriene for personlighetsforstyrrelser. Begge hevder at personlighetsforstyrrelser underdiagnostiseres blant ungdommer i dagens praksis. Korsgaard understreker at mange av ungdommene, etter å ha blitt utskrevet fra BUP, kommer tilbake i voksenpsykiatrien med større psykiske problemer eller ruslidelser. Gjennomgangen av behandlingstilbudene gir grunn til å anta at større bevissthet om risikoen for utvikling av personlighetsforstyrrelser hos ungdom med atferdsvansker kunne ha styrket det forebyggende behandlingsarbeidet.

I henhold til pasientrettighetsloven har pasienten lovfestet rett til å få informasjon om egen tilstand. Denne retten er ment å gjøre pasienten i stand til å medvirke behandlingen: tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes med pasienten. I prinsipperklæringen om evidensbasert praksis, under punktet «klinisk ekspertise», står det at klinisk ekspertise skal være i tråd med kunnskap om nyere forskning. Under punktet «pasientens egenskaper, verdier og kontekst» presiseres det at psykologiske tjenester har best effekt når de tilpasses pasientens konkrete problemer. Verken prinsipperklæringen om evidensbasert praksis eller pasientrettighetsloven blir fullt ut etterlevd. Både Korsgaard, Christensen og Urnes er sentrale fagpersoner på området, med sistnevnte som leder for Nasjonalt kompetansesenter for

personlighetspsykiatri ved Oslo Universitetssykehus. I lys av deres posisjoner og erfaring bør argumentene deres være tungtveiende.

### **Ønskelig behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse for ungdom under 18 år**

Bateman et al. (2015) belyser koblingen mellom atferdsforstyrrelser i ungdomsalder og dyssosial personlighetsforstyrrelse, og hvordan dette legger føringer for behandling. Behandling av atferdsforstyrrelser blant ungdom nevnes eksplisitt som en del av behandlingen av antisosial personlighetsforstyrrelse. Helgeland et al. (2005) anbefaler tidlig intervensjon på bakgrunn av forskningen om atferdsforstyrrelser som en forløper til antisosial personlighetsforstyrrelse. En litteraturgjennomgang har vist at kombinasjonen av kognitiv atferdsterapi og trening i sosiale ferdigheter har noe effekt blant ungdommer og voksne i fengsel. Mentaliseringsbasert terapi nevnes som et nytt alternativ, ettersom kognitiv atferdsterapi ikke har vist samme effekt på dyssosial personlighetsforstyrrelse (Glenn et al., 2013).

Kongerslev et al. (2015) undersøkte behandlingsmetoder og konkluderte med at det ikke foreligger forskningsdokumentasjon for at en behandlingsmetode er bedre enn andre for personlighetsforstyrrelser blant ungdommer. De anbefaler heller ikke behandling med psykofarmaka, ettersom det ikke er tilstrekkelig utforskning av effekt til at medisinerer kan anbefales som behandling. De ovennevnte forskningsfunnene gir likevel eksempler på at det er mulig å behandle dyssosial personlighetsforstyrrelse blant ungdommer under 18 år. Men det er stort behov for styrket forskningsinnsats vedrørende behandling av personlighetsforstyrrelser.

### **Kritiske innvendinger mot diagnostisering**

I tråd med evidensbasert praksis og pasientrettighetsloven skal pasienten være delaktig i valg av diagnose og mellom virksomme behandlingsmetoder. Et relevant spørsmål her er hva slags diagnose ungdommene ville valgt, dersom valget sto mellom eksempelvis

atferdsforstyrrelser og dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det er liten tvil om at ordlyden på sistnevnte er hardtslående og har tyngde. Stigmatisering er også et problem. Det er dermed ikke gitt at ungdommer vil velge en personlighetsforstyrrelsesdiagnose på tross av foreliggende evidens og virksomme behandlingsmetoder. Komorbide tilstandsbilder, det faktum at ungdommer er under utvikling, og et potensielt ustabil miljø, kan by på ytterligere komplikasjoner i behandling av lidelsen hos ungdomsgruppen.

Det kan også tenkes at en eventuell behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse blant ungdommer vil ha høyt frafall. En gjennomgang av studier om behandling av borderline personlighetsforstyrrelse blant ungdommer viste et estimert frafall på mellom 20% og 54% (Kongerslev et al., 2015). Forskerne konkluderte med at frafall er et betydelig problem som må adresseres i fremtidig behandlingsforskning. Samtidig er dette et gjennomgående problem for behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse, og dermed ikke helt uventet.

Tall på ungdommer som faller ut av behandlingsapparatet tyder på at det kan ha negative konsekvenser å stille diagnosen. I så tilfelle kan diagnosen ha motsatt effekt, ettersom en ønsker at flest mulig skal kunne få virksom behandling og fungere i samfunnet.

### **Kliniske og forskningsmessige implikasjoner**

Det finnes faglig belegg for å stille diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse på ungdommer under 18 år. Det finnes også noe evidens for behandlingsmetoder.

I tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis og paragrafene i pasientrettighetsloven, er evidensen for diagnosen ikke noe en kan velge å overse. Personlighetsforstyrrelser er diagnoser som er forbundet med et stort behov for tjenester og behandling i helsevesenet (Kongerslev et al., 2015). Diagnosene er også forbundet med betydelig komorbiditet, med høyest prevalens i begynnelsen og midten av ungdomsalderen. I tillegg utvikler lidelsen seg på tilnærmet samme måte hos ungdommer som hos voksne. Det er en lidelse som utvikles allerede fra barndommen av. Dersom en ikke diagnostiserer



personlighetsforstyrrelser blant ungdommer er det stor risiko for at disse kommer tilbake i voksenpsykiatrien med komplekse tilstandsbilder og nedsatt funksjon i dagliglivet. Dette er dermed i seg selv et sterkt argument for å stille en personlighetsforstyrrelse blant ungdommer.

Det foreligger en betydelig mengde evidens for dyssosial personlighetsforstyrrelse blant ungdommer under 18 år. Forskningsfunnene er også belysende for hvilke retninger en burde vinkle forskningen i for å undersøke lidelsen blant ungdommer. I lys av evidensen som foreligger er det hensiktsmessig, i tråd med evidensbasert behandling, å sette i gang tiltak for å implementere videre forskning på dyssosial personlighetsforstyrrelse blant ungdommer under 18 år.

Frafall i behandling er definitivt noe en burde ta høyde for i utforskningen av tilbud til ungdommer under 18 år. Samtidig er ikke utfordringene ulike dem en møter i behandlingen av voksne med dyssosial personlighetsforstyrrelse, for eksempel det å etablere en god terapeutisk relasjon.

Det er mange innfallsvinkler til utforskning av tiltak for gruppen. En kan for eksempel undersøke prevalensen av personlighetsforstyrrelser blant ungdommer i BUP, og forsøke å behandle disse med metoder som har vist effekt. Det er også muligheter for å studere tiltak i Kriminalomsorgen blant personer med dyssosial personlighetsforstyrrelser, i tråd med evidens om at lidelsen har sitt opphav i barndommen og manifesterer seg i ungdomsårene. En annen mulighet er å igangsette et pilotprosjekt på én eller flere BUPer. Alle disse forskningsmetodene kan undersøke effekten av diagnose og behandling, og kartlegge hvilke faktorer som kan ha negativ innflytelseeffekt på disse.

Dersom en skal implementere diagnostisering og behandling for dyssosial personlighetsforstyrrelse hos ungdommer under 18 år i nasjonal skala må retningslinjene til BUP forandres. ICD-10 er på vei til å bli erstattet av ICD-11. Nåværende retningslinjer blir

revidert når den nye diagnosemanualen blir tatt i bruk. I revisjonsarbeidet bør det tas stilling til endret bruk av diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse.

**Referanser**

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (04. juli 2018). *Barn og unge som er plassert utenfor hjemmet*. Hentet fra [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Barn\\_og\\_unge\\_med\\_tiltak\\_fra\\_barnevernet/Barn\\_og\\_unge\\_plassert\\_utenfor\\_hjemmet/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/Barn_og_unge_plassert_utenfor_hjemmet/)
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735–743. doi:10.1016/S0140-6736%2814%2961394-5
- Bonnington, O., & Rose, D. (2014). Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis. *Social Science & Medicine*, 123, 7–17. doi:10.1016/j.socscimed.2014.10.048
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 526–541. doi:10.1521/pedi.18.6.526.54798
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity; an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*. Oxford, England: Mosby.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The Children in the Community Study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 466–486. doi:10.1521/pedi.2005.19.5.466

- Edens, J. F., Kelley, S. E., Lilienfeld, S. O., Skeem, J. L., & Douglas, K. S. (2015). DSM-5 antisocial personality disorder: Predictive validity in a prison sample. *Law and Human Behavior, 39*(2), 123–129. doi:10.1037/lhb0000105
- Folkehelseinstituttet. (2006). *Ambulante psykiatriske tjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/ambulante-psykiatriske-helsetjenester-til-barn-og-ungdom-som-alternativ-til/>
- Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K., Tamminga, C. A., . . . Yager, J. (2013). The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *The American Journal of Psychiatry, 170*(1), 1–5. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12091189
- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J. M., Huband, N., Völlm, B. A., Ferriter, M., & Lieb, K. (2009). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). doi:10.1002/14651858.CD007668
- Glenn, A. L., Johnson, A. K., & Raine, A. (2013). Antisocial Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports, 15*(12), 8. doi:10.1007/s11920-013-0427-7
- Goldstein, R. B., Grant, B. F., Ruan, W., Smith, S. M., & Saha, T. D. (2006). Antisocial Personality Disorder With Childhood- vs Adolescence-Onset Conduct Disorder: Results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(9), 667–675. doi:10.1097/01.nmd.0000235762.82264.al
- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: survey of psychiatrists. *The Psychiatrist, 35*(1), 19–22. doi:10.1192/pb.bp.109.028779
- Helgeland, M. I., Kjelsberg, E., & Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood.

- American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1941–1947. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1941
- Helsebiblioteket. (24. september 2013). *Her finner du retningslinjer for personlighetsforstyrrelser*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/220776.cms>
- Helsebiblioteket. (2018). *Helsebibliotekets side for retningslinjer for personlighetsforstyrrelser*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/personlighetsforstyrrelser/retningslinjer?theme=8692>
- Helsedirektoratet. (2017). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/.../pasient-og-brukerrettighetsloven-med-komentarer>
- Helsedirektoratet. (2003). *Forståelse av pasientrettighetsloven § 2-2*. Brev til helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/regelverk..og../Forstaelse-pasientrettighetsloven-2-2/>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Hamagami, F., & Brook, J. S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 265–275. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004265.x
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782–793. doi:10.1542/peds.2013-3677
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjeleflaat, T., Brubakk, A.-M., & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner. Resultater fra forskningsprosjektet*. Trondheim: NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern.
- Kongerslev, M. T., Chanen, A. M., & Simonsen, E. (2015). Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1),

31–48. doi:10.21307/sjcapp-2015-004

Kongerslev, M., Moran, P., Bo, S., & Simonsen, E. (2012). Screening for personality disorder in incarcerated adolescent boys: Preliminary validation of an adolescent version of the Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS-AV). *BMC Psychiatry*, *12*, ArtID 94, 12. doi: 10.1186/1471-244X-12-94

Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2015). The relationship between personality disorders and quality of life in adolescent outpatients. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *3*(3), 180–189. doi:10.21307/sjcapp-2015-018

Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2016). Personality disorders and Axis I comorbidity in adolescent outpatients with ADHD. *BMC Psychiatry*, *16*, ArtID 175, 16. doi: 10.1186/s12888-016-0871-0

Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2016). Substance abuse and personality disorder comorbidity in adolescent outpatients: are girls more severely ill than boys? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *10*, 9. doi:10.1186/s13034-016-0096-5

Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health Vol 7 2013*, ArtID 3, 7. doi:10.1186/1753-2000-7-3

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, *62*(6), 553–564. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019

Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2007). A randomized evaluation of multidimensional treatment foster care: Effects on school attendance and homework completion in juvenile

justice girls. *Research on Social Work and Practice*, 17(6), 657-663.

doi:10.1177/1049731506293971

Loeber, R., Burke, J. D., & Lahey, B. B. (2002). What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12(1), 24–36.

doi:10.1002/cbm.484

Miller, C. J., Flory, J. D., Miller, S. R., Harty, S. C., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M.

(2008). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1477–1484. Hentet fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637402/>

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Ramanath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). Hoboken, N.J: Wiley.

Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(5), 231–242. doi:10.1007/s001270050138

Morey, L. C., & Benson, K. T. (2016). An investigation of adherence to diagnostic criteria, revisited: Clinical diagnosis of the DSM-IV/DSM-5 Section II personality disorders.

*Journal of Personality Disorders*, 30(1), 130–144. doi:10.1521/pedi\_2015\_29\_18

Morey, L. C., & Ochoa, E. S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria:

Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(3), 180–192. doi:10.1521/pedi.1989.3.3.180

Nasjonalt Utviklingscenter for Barn og Unge. (2018). *Ansatte: Bernadette Christensen*.

Hentet fra <https://www.nubu.no/ansatte/?uid=66>

National Institute for Care and Health Excellence. (mars 2013). *Antisocial personality*

*disorder: prevention and management*. Hentet fra

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/chapter/1-Guidance#treatment-and-management-of-antisocial-personality-disorder-and-related-and-comorbid-disorders>

Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385(9969), 727–734. doi:10.1016/S0140-6736%2814%2961283-6

Newton-Howes, G., Weaver, T., & Tyrer, P. (2008). Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 572–577. doi:10.1080/00048670802119739

Nilsen, L. (27. Januar 2017). Underdiagnostiseres hos tenåringer. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/01/27/-underdiagnostiseres-hos-tenaringer/>

Norges Forskningsråd. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker – hva kan nyere viten fortelle oss? – hva slags hjelp trenger de?* Hentet fra

[https://www.forskningsradet.no/no/Publikasjon/Barn\\_og\\_unge\\_med\\_alvorlige\\_atferdsvansker\\_\\_hva\\_kan\\_nyere\\_viten\\_fortelle\\_oss\\_\\_hva\\_slags\\_hjelp\\_trenger\\_de/1137743015754?lang=no](https://www.forskningsradet.no/no/Publikasjon/Barn_og_unge_med_alvorlige_atferdsvansker__hva_kan_nyere_viten_fortelle_oss__hva_slags_hjelp_trenger_de/1137743015754?lang=no)

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. (2017). *Veilder i BUP Del 2:*

*Alvorlige personlighetsforstyrrelser*. Hentet fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-60-alvorlige-personlighetsforstyrrelser/>

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. (2017). *Veilder i BUP Del 2:*



*Alvorlige atferdsforstyrrelser*. Hentet fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne-og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-91-atferdsforstyrrelser/>

Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1127–1128.

Oslo Universitetssykehus. (2018). *Pasientforløp, Personlighetsforstyrrelser F60 og F21*.

Hentet fra <http://ehandboken.oslo-universitetssykehus.no/document/51978/fields/29>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Ystrom, E., Orstavik, R., Aggen, S., Tambs, K., . . . Kendler, K. (2015). A longitudinal twin study of borderline and antisocial personality disorder traits in early to middle adulthood. *Psychological Medicine*, 45(14), 3121–3131. doi:10.1017/S0033291715001117

Rogers, R., Dion, K. L., & Lynett, E. (1992). Diagnostic validity of antisocial personality disorder: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 16(6), 677–689. doi:10.1007/BF01884023

Shiner, R. L., & Allen, T. A. (2013). Assessing personality disorders in adolescents: Seven guiding principles. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 20(4), 361–377. doi:10.1111/cpsp.12047

Skodol, A. E. (2008). Longitudinal course and outcome of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 495–503. doi:10.1016/j.psc.2008.03.010

Skodol, A. E., Shea, M. T., Yen, S., White, C. N., & Gunderson, J. G. (2010). Personality disorders and mood disorders: perspectives on diagnosis and classification from studies of longitudinal course and familial associations. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 83–108. doi:10.1521/pedi.2010.24.1.83

Sperry, L. (2003). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality*

*Disorders* (2nd ed.). New York: Routhledge.

Sperry, L. (2016). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders:*

*Assessment, Case Conceptualization, and Treatment* (3rd ed.). New York:

Routhledge.

Statistisk Sentralbyrå. (05. April 2018). *Tabell 10530: Innsatte, etter fengslingsstype, alder,*

*kjønn, statistikkvariabel og år.* Hentet fra

<https://www.ssb.no/statbank/table/10530/tableViewLayout1/>

Taylor, J., Elkins, I. J., Legrand, L., Peuschold, D., & Iacono, W. G. (2007). Construct

validity of adolescent antisocial personality disorder. *Journal of Youth and Adolescence,*

36(8), 1048–1057. doi:10.1007/s10964-006-9163-1

Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser* (2. utg.). Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*(6), 590–596.

doi:10.1001/archpsyc.58.6.590

Tyrer, P., & Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorder. *American*

*Journal of Psychiatry, 153*(12), 1593–1597. doi: 10.1176/ajp.153.12.1593

Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and

effect of personality disorder. *Lancet, 385*(9969), 717–726. doi:10.1016/s0140-

6736(14)61995-4

Wang, X., Cai, L., Li, L., Yang, Y., Yao, S., & Zhu, X. (2016). Neurological soft signs in

chinese adolescents with antisocial personality traits. *Psychiatry Research, 243,* 143–146.

doi:10.1016/j.psychres.2016.04.023

Washburn, J. J., Romero, E. G., Welty, L. J., Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G.

M., & Paskar, L. D. (2007). Development of antisocial personality disorder in detained youths: The predictive value of mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 221–231. doi:10.1037/0022-006X.75.2.221

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Yalch, M. M., Thomas, K. M., & Hopwood, C. J. (2012). The validity of trait, symptom and prototype approaches for describing borderline and antisocial personality disorders. *Personality and Mental Health, 6*(3), 207–216. doi:10.1002/pmh.1184