

# Personlighetssyndrom – vad är det och hur ställer man diagnos?

## ETIOLOGIN ÄR KOMPLEX – BÅDE GENETISKA FAKTORER OCH MILJÖFAKTORER KAN VARA AV BETYDELSE

**Jörgen Herlufson**, psykiater, leg psyko-terapeut, handledare, Empatica AB, Stockholm

**Lisa Ekselius**, professor, överläkare, institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet; VO psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala  
● [lisa.ekselius@neuro.uu.se](mailto:lisa.ekselius@neuro.uu.se)

**Personlighet kan definieras** som det väsentligen stabila mönster av tankar, känslor och beteenden som utmärker en persons unika sätt att möta, hantera och anpassa sig till sina livsomständigheter. I livsomständigheter inkluderas allt från oväntade och väntade händelser till relationer, uppgifter och problem i personens tillvaro. När detta väsentligen stabila mönster är så dysfunktionellt och maladaptivt att det medför ett »kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden« använder man begreppet personlighetspatologi eller mer specifikt »personlighetssyndrom« [1].

### Allmän översikt av kunskapsläget

Man kan med fördel anlägga ett livsperspektiv på utvecklingen av personlighetssyndrom [2]. Redan i tidig barndom är det möjligt att notera förekomst av särdrag i personligheten. Dessa särdrag är då inte stabila, och livsomständigheter kan ha ett betydande inflytande över utvecklingen. Stabiliteten i personlighetsdragen ökar emellertid successivt under tonåren och tidig vuxen ålder och ändras därefter mer långsamt till åtminstone 60-årsåldern [3].

Mycket talar dock för att personlighetsdrag under inflytande av livsomständigheter och även det normala åldrandet aldrig blir helt stabila. Det innebär att varken särdrag i personligheten eller diagnostiserade personlighetssyndrom har den absoluta stabilitet som man tidigare antog [4, 5].

Prevalensen av personlighetssyndrom i befolkningen anges sammantaget vara mellan 4 och 15 procent [6] med en betydligt högre förekomst i kliniska grupper. Prevalensen i primärvård rapporteras till 25 procent [7], och motsvarande siffra i psykiatrisk öppenvård är ca 50 procent [8]. De negativa konsekvenserna av personlighetsproblematik är betydande [9], samtidigt som sådan problematik ofta förbises diagnostiskt och därmed också riskerar att inte beaktas.

En viss andel av de personer som uppfyller kriterier för personlighetssyndrom kommer ifråga för specifik behandling inom psykiatrisk vård. De flesta per-

soner med personlighetssyndrom kommer dock inte att kunna erbjudas någon specifik behandling för personlighetsproblematiken, eftersom utprovade behandlingsmetoder saknas vid flertalet former av personlighetssyndrom.

Av samma skäl som befolkningen i övrigt kommer personer med personlighetssyndrom förr eller senare i kontakt med primärvård och i många fall även med specialiserad somatisk vård. Personlighetsrelaterad problematik medför, om än i varierande grad, bristande adaptivitet i samspelet med andra människor, vilket ofta försvårar samarbetet vid vårdkontakter. Behandlingsutfallet vid psykisk sjukdom såväl som vid somatisk ohälsa är därtill regelmässigt sämre vid samtidig personlighetsproblematik [9-11]. Därför är det av särskild betydelse att medarbetare inom alla vårdverksamheter skolas i ett professionellt förhållningssätt som så långt möjligt ökar förutsättningarna för att dämpa och begränsa konsekvenserna av sådana samarbetsvärigheter.

Anmärkningsvärt är att man i två omfattande svenska epidemiologiska undersökningar funnit påtagligt ökad dödlighet hos personer som vårdats i slut- och öppen vård med personlighetssyndrom, oavsett kluster (Fakta 1). Den ökade dödligheten gäller såväl naturliga som onaturliga dödsorsaker [12, 13] och är de facto högre än vid t ex bipolär sjukdom och schizofreni.

### Klassificering

Det forskningsbaserade kunskapsunderlaget beträffande etiologi, förlopp, fenomenologi och behandling

#### HUVUDBUDSKAP

- Personlighetssyndrom benämndes tidigare »personlighetsstörningar« och är vanligt förekommande, förknäade med sämre livskvalitet, funktionsbegränsningar och sämre hälsa, och de förblir ofta odiagnostiserade.
- Etiologin är komplex, och både genetiska faktorer och miljöfaktorer bidrar.
- Ett personcentrerat, förståelseinriktat arbetssätt är viktigt för diagnostik och samarbetsallians.
- Vid samsjuklighet med både personlighetssyndrom och andra psykiska tillstånd bör den relativa betydelsen av de olika tillstånden för den kliniska bilden värderas för att undvika överdriven multidiagnostik.
- Utförlig anamnes är avgörande för diagnostik och värdering av svårighetsgrad.

»Det innebär att varken särdrag i personligheten eller diagnostiserade personlighetssyndrom har den absoluta stabilitet som man tidigare antog ...«

av de olika formerna av personlighetssyndrom är synnerligen ofullständigt. En konsekvens är att personlighetssyndromen klassificeras och kategoriseras främst baserat på klinisk fenomenologi. Hittills använd klassifikation i såväl ICD-systemet som i det amerikanska DSM-systemet (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) uppvisar stora likheter.

DSM-systemet anger dels generella kriterier för personlighetssyndrom, dels tilläggs-kriterier för 10 specificerade former [1], vilka i sin tur grupperas i tre olika kluster på basis av vissa övergripande gemensamma särdrag (Fakta 1). Denna klusterindelning används i många olika sammanhang.

WHO tillhandahåller i ICD-systemet snarlika forskningskriterier för 9 av de 10 former som specificeras i DSM-systemet - undantaget är narcissistiskt personlighetssyndrom, som inte specificeras i ICD [14].

De generella kriterierna ger i båda systemen vägledning för att avgöra om särdragen i personligheten har klinisk signifikans, medan de specificerade formerna identifierar den aktuella kliniska bilden. Bedömning med stöd av systemens kriterier ska, väl att märka, inte uppfattas som annat än en utgångspunkt och en inledning till fördjupad diagnostik.

Varje specifikt personlighetssyndrom definieras således med ett antal kriterier, och vid en viss brytpunkt fastställs diagnosen - förutsatt att de generella diagnostiska kriterierna är uppfyllda. En sådan kategori-diagnostik är artificiell och har klara begränsningar, eftersom verkligheten inte har dessa skarpa gränser. Personlighetssyndrom är inte en dikotom problematik utan speglar komplexa fenomen med ett stort antal oberoende och interagerande faktorer.

I förarbetena till både DSM-IV och DSM-5 föreslog flera forskargrupper att det kategoriska systemet skulle ersättas av ett dimensionellt system där normalpersonlighetsdrag, personlighets särdrag och personlighetssyndrom betraktas längs ett eller flera kontinuum snarare än som separata kategorier. I huvudmanualen till DSM-5 inkluderas i forsknings- och utvecklingssyfte en sådan alternativ modell [1].

**UNS.** Personer som uppfyller de generella diagnostiska kriterierna för personlighetssyndrom men inte kriterierna för någon av de specificerade syndromen klassificeras som UNS. I vissa fall finns drag av flera olika specificerade former, men ingen stämmer in fullt ut. Denna kategori har kommit att användas i större utsträckning än vad som var tanken, delvis beroende på att den kliniska bedömningen är så svår att genomföra att den undersökande läkaren ger upp detaljarbetet men samtidigt tycker sig ha goda skäl att bedöma att det föreligger ett personlighetssyndrom.

**Kluster A.** I DSM-systemet markeras en koppling mellan paranoid, schizoid respektive schizotyp form av personlighetssyndrom och schizofreni genom en särskild anvisning att inom parentes notera »premorbid diagnos« när insjuknandet i schizofreni föregåtts av personlighets särdrag från någon av de här formerna. Schizotyp form av personlighetssyndrom klassificeras därtill i ICD-systemet i anslutning till psykosjukdomar och inte i avsnittet för personlighetssyndrom. Det här motiveras av att det finns gemensamma dia-

## FAKTA 1. Benämningar

De olika personlighets-syndromens benämningar enligt DSM-IV och DSM-5 med benämningar enligt ICD-10 i förekommande fall inom parentes.

**Kluster A.** Paranoid, schizoid respektive schizotyp form. Personer med dessa syndrom är udda och tillbakadragna och har ett starkt begränsat socialt nätverk. Deras begränsade sociala förmågor gör att

de har svårigheter att passa in i arbetslivet.

**Kluster B.** Antisocial, borderline (emotionell instabilitet), histrionisk respektive narcissistisk form. Personer med dessa syndrom är utåtriktade, ofta dramatiska, färgstarka och ofta konfliktbenägna. De kan ha problematiska relationer till närstående liksom även svårigheter i arbetslivet på grund av impulsivitet, bristande

empatisk förmåga eller emotionell instabilitet.

**Kluster C.** Ängslig, osjälvständig respektive tvångsmässig (anankastisk) form. Personer med dessa syndrom brukar beskrivas som ängsliga och socialt osäkra, men jämfört med övriga former av personlighets-syndrom är förmågan att fungera i arbetslivet vanligen bättre.

gnostiska drag mellan schizotyp form av personlighetssyndrom och schizofreni [15,16].

Prognosen vid personlighetssyndrom inom kluster A är otillräckligt kartlagd. En studie antyder att personlighetsdrag från kluster A (liksom även personlighetsdrag från kluster C) tenderar att bli mer uttalade senare i livet [5]. Behandlingsmöjligheterna vid kluster A-problematik är enligt klinisk erfarenhet mindre goda, och evidensbaserade program saknas.

**Kluster B.** Inom kluster B är det främst formerna antisocial respektive borderline som studerats mer ingående. Personlighetsdragen hos patienter i kluster B-gruppen tenderar att bli mindre uttalade senare i livet [5]. Prognosen för borderline-formen har undersökts i ett stort antal studier. I en 10-årsuppföljning av nästan 300 tidigare sjukhusvårdade patienter med borderline-form har även visats att hela 93 procent uppnått symtomatisk remission under minst 2 år [17]. 30 procent av dem som uppnådde remission återföll emellertid. Hälften av patienterna hade under 10-årsperioden uppnått såväl symtomfrihet som god social och yrkesmässig funktion.

Det finns i dag ett antal olika psykoteraeutiska behandlingsprogram som är specifikt inriktade mot borderline-formen och som i kontrollerade studier visat goda resultat [18,19]. Trots mångåriga försök att skapa behandlingsformer för den antisociala formen är resultaten fortfarande otillfredsställande dystra [20,21].

**Kluster C.** De tre former som inkluderas i kluster C kan närmast beskrivas som mer extrema och dysfunktionella kombinationer av egenskaper som är vanligt förekommande i befolkningen. Vårdkontakter initieras främst när personen under mer belastande levnadsomständigheter får stegrade ångestsymtom/depressiva symtom. Funktionsförmågan är i varierande grad nedsatt, och personens livssfär är begränsad. Svårigheter att etablera fungerande relationer leder för många till ensamhet och isolering, vilket kan antas ha betydelse för att särdragen snarast förstärks under livsloppet [5].

Forskningsunderlaget avseende behandling är begränsat och otillräckligt, men det finns visst stöd för

att kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk psykoterapi har positiva effekter [22].

## Etiologiska aspekter

Etiologin bakom personlighetspatologi är synnerligen komplex. Både genetiska faktorer och miljöfaktorer inverkar på personlighetsutvecklingen. Relationen mellan den genetiska konstitutionen och miljön i tidig barndom har på senare år studerats alltmer ingående. År 2002 publicerades en studie av pojkar, där man undersökt sambandet mellan utsatthet för misshandel under barndomen och antisociala personlighetsmönster i vuxenåldern [23]. Man kunde visa att pojkar med en genotyp som innebär låga nivåer av enzymet monoaminoxidas-A (MAO-A) var betydligt mer sårbara för att senare i livet utveckla antisocialitet än de med en genotyp som innebär höga nivåer, givet att de varit utsatta för svår misshandel under barndomen. För de som inte utsatts för misshandel spelade MAO-A-genotypen ingen roll.

Efterföljande studier har kunnat bekräfta hypotesen om betydelsen av genetiska sårbarhetsfaktorer för uppväxtmiljöns inverkan på personlighetsutvecklingen [24].

Det finns således grund för att betrakta genetiska faktorer och miljöfaktorer som interagerande faktorer med avgörande betydelse för utveckling av såväl funktionella som dysfunktionella personlighetsdrag. I den kliniska vardagen finns det i dag emellertid en benägenhet att dikotomisera frågeställningen, vilket kan leda till onödigt motstridiga uppfattningar inom professionen med problematiska konsekvenser för det kliniska samarbetet med patienten.

## Olika sätt att beskriva personlighetspatologi

Personlighetspatologi kan betraktas från flera olika utgångspunkter, vilka kan ses som på varandra lagrade förklaringsnivåer [25]. Sättet att beskriva personlighetspatologi skiljer sig åt beroende på vilken utgångspunkt man väljer:

- Kriterier enligt DSM-5. När man identifierar personlighetspsykiatri med stöd av kriterier enligt DSM-5 betraktar man personlighetspatologin på en fenomenologisk ytnivå, där presenterade och manifesterade maladaptiva tankar, känslor och beteenden fokuseras.
- Psykologiska test. En underliggande nivå speglas av psykologiska test, där dysfunktionella personlighetsdrag liksom dysfunktionella begränsningar av kapacitet och funktionalitet i hjärnans grundläggande kognitiva, emotionella och impulsreglerande system kartläggs, t ex via personlighetsinventorier och kognitiva test av olika slag.
- Hjärnbildningstekniker. Ännu en underliggande nivå speglas av hjärnbildningstekniker, där hjärnans biologiska system och deras funktioner kartläggs, vilket gör det möjligt att belysa dysfunktionellitet även utifrån ett biologiskt perspektiv.
- Genetisk analys. En grundläggande nivå representeras av genetisk analys, där genetiska sårbarhetsfaktorer av betydelse för personlighetsutvecklingen kan kartläggas.

Fortsatt forskning kommer med all sannolikhet att förbättra förståelsen för hur dessa nivåer är relaterade

de till varandra och skapa en betydligt mer ingående bild av vad som utmärker personlighetspatologi.

Den tyske filosofen och psykiatern Karl Jaspers [26] diskuterar hur förklarande information som kartläggs via naturvetenskaplig forskningsmetodik relaterar till den kunskap om patienten som erhålls via empatisk förståelse. De fyra perspektiv som kortfattat beskrivits ovan representerar olika aspekter av förklaring på empirisk grund. Men även den empatiska förståelsen med dess inriktning på tolkning av intentionality och subjektiva behov har betydelse för kunskapen om och beskrivningen av personlighetspatologi.

## Samsjuklighet och differentialdiagnostik

Alla former av personlighetspatologi visar sig i form av en komplex och många gånger svårtolkad klinisk bild. Samsjuklighet i bemärkelsen att personen lider av flera mer eller mindre överlappande former av psykisk ohälsa är vanlig [27-29]. Mest frekvent är förekomsten av kliniskt signifikanta och nytillkomna komplikationer i form av diagnostiserbara depressions- eller ångesttillstånd. Mestadels rör det sig då om symptomstegring på grund av pågående inre och/eller yttre fysiska och/eller psykiska påfrestningar. Noggrann genomgång av personens aktuella livssituation ger viktiga ledtrådar.

Samsjuklighet av mer varaktig karaktär förekommer också i många fall. Bipolär sjukdom av typen bipolär II kan t ex spela en roll bakom en klinisk bild med problematik som vid borderline-form av personlighetspsykiatri. Omvänt kan en svår och långvarig ätstörningsproblematik i sofliga fall komma att överskugga bakomliggande personlighetspatologi. Särskilt intrikat att utreda och bedöma är en tänkbar kombination av utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse (neuropsykiatrisk problematik) och personlighetspatologi, t ex odiagnostiserad ADHD som döljs bakom en bild av emotionellt instabil personlighetsproblematik.

När symtombilden är komplex och delvis överlappande mellan olika diagnoser är det sällan möjligt att strikt särskilja de tänkbara alternativen. Differentialdiagnostiken kommer därför mer att handla om att värdera det relativa inflytandet av de olika påvisbara formerna av psykisk ohälsa eller sjuklighet. Ett välkänt exempel på hur differentialdiagnostiska resonemang måste vävas samman med samsjuklighetsperspektivet är s k dubbeldiagnoser, dvs samtidig förekomst av substansberoende och psykisk ohälsa.

Att oreflekterat notera ett flertal diagnoser utan att sinsemellan rangordna dem efter svårighetsgrad och betydelse för helhetsbilden är ett konstfel, som kan leda till missriktad behandling.

## Diagnostik av personlighetspatologi

Personlighetsdiagnostik måste betraktas som en process över tid. I det diagnostiska arbetet inkluderas såväl utredning inom de olika förklarande nivåerna som förståelseperspektivet. Därtill krävs anamnes ur ett livsperspektiv för att den aktuella kliniska bilden ska kunna förstås i sitt sammanhang och mot en bakgrund av individens unika utvecklingshistoria.

Generella och bestående funktionssvårigheter i arbete, studier och relationer är ett primärt observandum. Ofta är svårigheterna att relatera också märk-

bara redan från början i behandlingskontakten. Detta motiverar en stegvis fördjupning av det formella diagnostiska arbetet samtidigt som behandlingsinsatser påbörjas. Utökad personkännedom ger därtill en mer nyanserad bild av såväl patientens problem som adaptiva resurser.

## Anamnes vid diagnostiken

Den aktuella problembilden och patientens aktuella livssituation är en naturlig utgångspunkt för anamnesen. Särskild lyhörddhet för såväl risk för suicid som risk för våld är viktigt. Därutöver ska anamnesen steg för steg fördjupas genom att behandlaren aktivt följer upp nedanstående huvudteman vid lämpliga tillfällen:

- Nuvarande livsstil, levnadsvanor inklusive dygnsrytm, kostvanor och motion samt aktuell droganamnes.
- Psykiatrisk och somatisk bakgrundshistorik inklusive ärftlighet.
- Funktionssvårigheternas utveckling ur ett livsperspektiv.
- Generell personlig utvecklingshistorik inklusive resurser och tidiga särdrag.
- Familjehistorik inklusive etnicitet, sociala omständigheter, anknytningshistorik och utveckling av relationer till familjemedlemmar.
- Särskilda livshändelser av stor betydelse inklusive traumatiska erfarenheter.
- Kamratrelationer från förskoletiden och framåt till aktuell livssituation.
- Relationer till partner, sexualitet inklusive sexuell livsstil.
- Livsmeningsanamnes inklusive särskilda intressen, förmågor och engagemang.

Den relativa betydelsen av denna mängd av pusselbitar ur patientens livshistorik utvärderas tillsammans med patienten. Förståelseperspektivet är bärande i den bedömningen. Utvärderingen är inte statisk, utan de mest väsentliga aspekterna är mer eller mindre kontinuerligt i fokus i dialogen med patienten.

## Diagnostiska instrument

Till hjälp i det diagnostiska arbetet kan man vid behov använda självskattningsinstrument, semistrukturerade intervjustöd liksom personlighetsinventorier. För definitiv diagnos av personlighetssyndrom bör semistrukturerad intervju alltid ingå i utredningen.

Som stöd ger även självskattning flera fördelar. Patienten blir aktivt delaktig i arbetet, får tid att tänka igenom bakgrunden till sina svar samtidigt som den åtföljande intervjun kan begränsas till det mest relevanta. Ett användbart instrument för sådan självskattning är det personlighetsformulär som används som förberedelse inför personlighetsdiagnostisk intervju enligt SCID-II (Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders) för diagnos enligt DSM-IV och DSM-5 [30]. Arbetssättet förutsätter professionella kunskaper, erfarenhet av personlighetsbedömning och vana vid intervjumetodiken.

## Synpunkter på handläggning

Med tanke på den inverkan som personlighetssyndrom har på behandlingsutfall vid både somatisk och

psykisk ohälsa bör problematiken kunna identifieras inom såväl primärvård som somatisk specialistvård [9]. För att undvika kontraproduktiva möten bör generella kunskaper om personlighetsproblematik liksom mer specifika kunskaper om samarbetsfrämjande förhållningssätt också få allmän spridning i vården. En väl utbyggd psykiatrisk konsultverksamhet är till stor nytta, eftersom behovet av information och samråd kring handläggning är stort. I det individuella fallet kan vetskapen om att en patient har signifikant personlighetsproblematik minska risken för konfrontation.

Behandling av specifika och behandlingsbara former är emellertid väsentligen en angelägenhet för specialistpsykiatrin.

Avslutningsvis: en diagnos av personlighetssyndrom gäller inte självklart för livet. Symtombilden kan variera och vissa personlighetsdrag förändras över tid. Därför bör diagnosen kontinuerligt omprövas och sättas i relation till patientens aktuella kliniska problematik. Dessutom kan det vara en stor fördel att ha närstående med i såväl den diagnostiska processen som själva behandlingsarbetet. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4R7*

## REFERENSER

1. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A. Personality disorder across the life course. *Lancet*. 2015;385:727-34.
3. Lenzenweger MF, Willett JB. Predicting individual change in personality disorder features by simultaneous individual change in personality dimensions linked to neurobehavioral systems: the longitudinal study of personality disorders. *J Abnorm Psychol*. 2007;116:684-700.
4. Ferguson CJ. A meta-analysis of normal and disordered personality across the life span. *J Pers Soc Psychol*. 2010;98:659-67.
5. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*. 2002;359:2253-4.
6. Torgersen S. Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. I: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (editors). *Textbook of personality disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. p. 109-30.
7. Moran P, Jenkins R, Tylee A, et al. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:52-7.
8. Beckwith H, Moran PE, Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health*. 2014;8:91-101.
9. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385:717-26.
10. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry*. 2006;188:3-20.
11. Hasin D, Fenton MC, Skodol A, et al. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:1158-67.
12. Björkenstam C, Björkenstam E, Gerdin B, et al. Excess cause-specific mortality in out-patients with personality disorder. *Br J Psychiatry Open*. 2015;1:54-5.
13. Björkenstam E, Björkenstam C, Holm H, et al. Excess cause-specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study. *Br J Psychiatry*. 2015;207:339-45.
14. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
15. Barrantes-Vidal N, Grant P, Kwapil TR. The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*. 2015;41(Suppl 2):S408-16.
16. Ettinger U, Meyhöfer I, Steffens M, et al. Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: a review of the overlap with schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2014;5:18.
17. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, et al. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2010;167:663-7.
18. Stoffers JM, Völlm BA, Rückert G, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD005652.
19. Gunderson JG. Clinical practice. Borderline personality disorder. *N Engl J Med*. 2011;364:2037-42.
20. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(6):CD007668.
21. Khalifa N, Duggan C, Stoffers J, et al. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(8):CD007667.
22. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *Lancet*. 2015;385:735-43.
23. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297:851-4.
24. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:1438-46.
25. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2005;162:433-40.
26. Jaspers K. *General psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press; 1963.
27. Khan AA, Jacobson KC, Gardner CO, et al. Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 2005;186:190-6.
28. Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, et al; COSMIC Study Team. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45:453-60.
29. Yang M, Coid J, Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *Br J Psychiatry*. 2010;197:193-9.
30. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I personality disorders (SCID-II). Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.

## SUMMARY

### Personality disorders – description, definition and diagnosis

Personality disorders are common, associated with a poor quality of life, functional limitations, worse health, and often remain undiagnosed. The aetiology is complex, with the influence of both genetic and environmental factors. A person centred approach based on empathic understanding is important for the diagnostic and therapeutic alliance. In case of conceivable comorbidity, the relative influence of all possible comorbid conditions shall be evaluated to avoid an excessive number of comorbid diagnoses. A detailed and carefully taken history is crucial for a valid diagnosis and for assessment of severity.