



SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET
Område Sahlgrenska

Psykiatri

Självskattning av personlighet funktionsförmåga och livshändelser med hjälp av DIP-Q

*Kartläggning av en patientgrupps
personlighetsmässiga sårbarhet på en
psykiatrisk öppenvårdsmottagning*

Karin Olander Carlson, leg. psykolog / leg. psykoterapeut
Specialist i klinisk psykologi
Allmänpsykiatriska sektionen
Psykiatrisk Mottagning, Mellanvårdsteamet
Lilla Badhusgatan 2, 411 21 Göteborg
karin.olander@vgregion.se

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
FÖRORD	4
1 SAMMANFATTNING	5
2 INLEDNING	6
2.1 DIP-Q	6
2.2 Personlighetsteorier	7
2.3 Personlighetstörningar	8
2.3.1 Kluster A- excentriska och udda personlighetsdrag	8
2.3.2 Kluster B- utagerande och dramatiska personlighetsdrag	8
2.3.3 Kluster C - undandragande och ängsliga personlighetsdrag	9
2.4 Skäl till personlighetsbedömning	9
2.5 Försvarsnivåer och individuella försvarsmekanismer	10
2.6 Livshändelser	12
2.7 Global skattning av funktionsförmågan (GAF-skattning)	13
3 BAKGRUND	14
3.1 Psykiatrisk mottagning, Mellanvårdsteamet	14
3.2 Syfte	15
3.3 Frågeställningar	15
3.3.1 Frågor om utläsandet av DIP-Q	15
3.3.2 Frågor om patienternas personlighetsmässiga sårbarhet	15
3.3.3 Frågor om patienternas behandling och sysselsättning	16
3.3.4 Frågor om patienternas psykiska hälsa	16
4 METOD	17
4.1 Patientgrupp	17
4.1.1 Behandling	17
4.1.2 Diagnoser	17

4.2	Instrument	18
4.3	Åtgärd	18
4.4	Granskning av neuropsykologiska utredningar	18
4.5	Inventering av mottagningens behandlingsinsatser och sysselsättningar utanför mottagningen	19
4.6	Bedömning av nuvarande psykiska hälsa	19
5	VAD KAN MAN SOM PSYKOLOG/BEHANDLARE UTLÄSA UR ETT DIP-Q RESULTAT?	21
5.1	Information från DIP-Q histogrammet	21
5.2	Information gällande kluster A, B och C	23
5.3	Information gällande utvecklingsnivåer (psykotisk nivå, borderlinenivå och neurotisk nivå)	23
5.4	Information gällande global funktionsförmåga (GAF)	26
5.5	Information gällande generalkriterier	27
5.6	Information gällande livshändelser	28
5.7	På vilket sätt kan diagnostisk information från DIP-Q användas för olika ställningstagande som val av utredningsinsatser och behandlingsinsatser?	29
5.7.1	Personlighetsstörningar och utredning	29
5.7.2	Kan man ur ett DIP-Q resultat utläsa om en person har en neuropsykologisk funktionsnedsättning?	29
5.7.3	Personlighetsstruktur och behandling	29
5.8	Återkoppling till patienten	31
6	RESULTAT	32
6.1	Personlighetstyper enligt DIP-Q	32
6.2	Personlighetsstörningar enligt DIP-Q	33
6.3	Personlighetsorganisering enligt DIP-Q	34
6.4	Personlighetsstruktur enligt DIP-Q	35
6.5	Kluster A, B, C och personlighetsmönster enligt DIP-Q	37
6.6	Generalkriterier enligt DIP-Q	38
6.7	Självskattad GAF (globalt funktionsvärde) enligt DIP-Q	39

6.8	Personlighetsdiagnos enligt DIP-Q	40
6.9	Personlighetsorganisering inom diagnosgrupperna enligt DIP-Q	41
6.10	Personlighetsstörningar inom diagnosgrupperna enligt DIP-Q	42
6.11	Neuropsykologiska funktionsnedsättningar och personlighetsstörningar enligt DIP-Q	43
6.12	Patienter med en tidigare fastställd personlighetsdiagnos och komorbiditeten med syndromdiagnoser	44
6.13	Psykosociala problem och påfrestning enligt DIP-Q	45
6.14	Personlighetsdiagnos och hög stressnivå enligt DIP-Q	46
6.15	Könsskillnader i personlighetsstörning, funktionsförmåga och psykosociala problem enligt DIP-Q	46
6.16	Behandlingsresurser	47
6.17	Behandlingskontakter	48
6.18	Behandling och sysselsättning	49
6.19	Psykisk hälsa	50
6.20	Sambandet mellan psykisk hälsa, sysselsättning och behandling	51
6.21	Prognostiskt värde gällande livskvalité i en DIP-Q skattning	52
7	DISKUSSION	53
8	REFERENSER	56

Förord

Följande studie är en FoU-rapport och har finansierats med medel från lokala FoU-rådet för Göteborg och södra Bohuslän.

Handledare för studien har varit professor Sven G. Carlsson vid Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet. På ett inlevelsefullt och ödmjukt sätt har han gett mig goda råd och ett mycket gott stöd som lett fram till denna rapport.

Verksamhetschef Jan Svedlund och sektionschef Eva Hellqvist på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Område Sahlgrenska Psykiatri har båda gett sitt bifall till projektet och på olika sätt hjälpt till så att möjlighet funnits att genomföra studien.

Mina arbetskamrater på Mellanvårdsteamet har alla varit behjälpliga vid insamlandet av materialet.

Hans Ottosson, M.D., specialist i psykiatri vid Umeå Universitet har tagit del av studien och kommit med värdefulla synpunkter som förtydligat delar i rapporten.

Ett tack till samtliga berörda personer

Göteborg
050513
(2:a revideringen 060901)

Karin Olander Carlson

1 Sammanfattning

Studien är en kartläggning av en patientgrupps personlighetsmässiga sårbarhet på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Metod som använts är självskattningsinstrumentet DIP-Q, granskning av neuropsykologiska utredningar, inventering av behandlingsinsatser och sysselsättningsinsatser samt bedömning av patientgruppens nuvarande psykiska hälsa.

Resultatet av studien visar att patienterna har en personlighetsmässig sårbarhet som påverkar deras vardagliga liv.

24 % av patienterna har en tidigare fastställd personlighetsdiagnos. 89 % av patienterna uppfyller kriterierna för personlighetsstörning enligt deras självskattade DIP-Q resultat och 55 % uppfyller 2 > generalkriterier och GAF (år) < 70. I genomsnitt har patienterna tre personlighetsstörningar samtidigt. De vanligaste störningarna är borderline, tvångsmässig och fobisk personlighetstyp. Detta ger en antydning om att personlighetsdiagnoser är underdiagnostiserade i denna patientgrupp.

51 % av patienterna har enligt DIP-Q resultatet en borderline personlighetsorganisering. Den självskattade globala funktionsförmågan (GAF) är i genomsnitt 52.

Studien visar också att det finns ett samband mellan personlighetsstörningar och neuropsykologiska funktionsnedsättningar. Funktionsnedsättningarna är lika vanliga bland kvinnorna som bland männen, men det är fler kvinnor som har diagnosen AD/HD och fler män som har ett Aspergers syndrom.

60 % av patienterna har under sin behandlingstid fått en förbättrad psykisk hälsa. I genomsnitt har patienterna kontakt med fem behandlare på mottagningen (inklusive sin kontaktman och läkare). Kuratorn är efter kontaktman och läkare den person som patienterna träffar mest. 79 % har eller har haft en kontakt med kuratorn och 68 % med arbetsterapeuten. 51 % med psykologen för psykoterapeutisk behandling, stödjande samtal, enbart psykoterapibedömning eller utredning och 25 % med sjukgymnasten. 14 % träffar samtliga yrkesgrupper samt ingår i någon grupp på mottagningen.

14 % har en sysselsättning inom kommunen och 53 % har ingen annan sysselsättning än den behandling de får på mottagningen.

Detta resultat visar på att patientgruppen har stora psykiska och sociala funktionssvårigheter och behöver mycket stöd för att kunna förbättra sin livskvalité.

2 Inledning

2.1 DIP-Q

Användandet av patientsjälvskattningar har en lång tradition inom psykiatin. Såväl självskattningar gällande symtom, tidiga tecken, funktioner, men även livskvalité är vanligt förekommande. Självskattningsinstrumenten är ett hjälpmedel i både utrednings- och behandlingsarbetet.

DIP-Q¹ är en patientsjälvskattningsskala för personlighetsstörningar som utvecklats och utvärderats i en avhandling på Umeå Universitet [1]. Skalan ansluter till de psykiatriska diagnossystemen DSM-IV [2] och ICD-10, kapitel V [3].

DIP-Q innehåller också en patientsjälvskattning av den globala funktionsförmågan (GAF) samt en patientsjälvskattning av livshändelser [4]. Till DIP-Q finns utarbetad en klinisk manual [5].

Ett antal studier [6,7] har undersökt DIP-Q ur olika aspekter av validitet och reliabilitet. Data från dessa studier tyder på att DIP-Q ger en valid skattning av prevalensen av personlighetsstörningar både i kliniska och icke-kliniska material.

Diagnoser ställda med DIP-Q har också med vissa undantag (som schizoid, histrionisk och narcissistisk personlighetsstörning) en acceptabel överensstämmelse med en klinisk bedömning som är baserad på en strukturerad intervju [8]. DIP-Q har även en god test-retest reliabilitet för samtliga DSM-IV personlighetsstörningar, om bedömningen inte inkluderar patienter som är påverkade av akut stress, depression eller ångestsyndrom [9].

För att diagnosen ska bli tillförlitlig måste bedömningen ske på ett systematiserat och strukturerat sätt. Med hjälp av strukturerade diagnostiska intervjuer exempelvis SCID-II [10] kan en sådan bedömning göras. Dessa intervjuer är oftast tidskrävande. DIP-Q är en god hjälp i diagnostiken, men ersätter inte den kliniska bedömningen eller andra yrkesspecifika kliniska utredningar.

¹ DIP-Q är en förkortning av DSM-IV and ICD-10 Personality – Questionnaire.

2.2 Personlighetsteorier

Det finns olika personlighetsteorier som försöker beskriva hur människan fungerar psykiskt och socialt, dels som en hel individ och dels som en sammansatt individ. Nedan följer några av de vanligaste teorierna [11]:

- *Typologier.* Enligt de tidigare typläror (Kretschmer, Jung och Sheldon) kunde man urskilja ett antal personlighetstyper, där varje typ ansågs ha ett bestämt karakteristiskt reaktionsmönster. Nancy Mc William [16] beskriver också personligheten utifrån ett typologiskt synsätt och där samspelet mellan personlighetstyp och personens utvecklingsnivå är grunden för personlighetsstrukturen.
- *Faktorteorier.* Egenskapsteorier eller dimensionsteorier (Eysenck, Cattell och Sjöbring) har som syfte att fastställa vilka grundläggande faktorer (dimensioner) som ligger bakom individens många yttre beteenden (ytfaktorer) och som personen visar prov på i sitt dagliga liv.
- *Psykodynamiska teorier.* Dessa teorier framställer personligheten som kraftspelet (dynamiken) mellan individens drifter och dennes upplevelser av omvärlden (drifttillfredställelsen och dess hinder). I *driftpsykologin* är fokus riktat på drifternas styrning av upplevelsen av andra personer (Freud och Jung). Inom *objektrelationsteorin* är fokus riktat på hur upplevandet av andra personer inverkar på driftlivet (Winnicott, Mahler och Klein).
- *Behavioristisk teori.* Inom denna teori uppfattas personligheten som olika mönster eller system av reaktioner som byggs upp i kontakten med omvärlden och utlöses av stimuli i personens omgivning. På vilket sätt personen reagerar beror på vilka reaktioner som blivit förstärkta respektive hämmade (Pavlov, Skinner och Watson).
- *Social inlärningsteori.* Enligt denna teori, som är nära besläktad med behaviorismen, utvecklar individen sin personlighet dels genom omgivningens reaktioner som antingen blivit förstärkta respektive hämmade och dels genom att personen uppfattar innebörden i andra människors handlingar och sociala roller (Bandura).
- *Ekologiska teorier.* Dessa teorier lägger stor vikt vid hur individen agerar i olika situationer utifrån sina inre motiv, vanor, känslor, attityder osv. och hur detta inre samspel utvecklas mellan individen och situationen, såväl gällande den fysiska som psykosociala situationen. De ekologiska teorierna har ett holistiskt synsätt (Jung, Bjerre och Goldstein). Under de senaste decennierna har en samspelsmodell, en helhetsbeskrivning av personligheten vuxit sig stark, den s.k. *interaktionistiska psykologin* (Magnusson).

2.3 Personlighetsstörningar

Alla människor har en personlighet med olika egenskaper. Grunddragen i vår personlighet formas tidigt och följer oss ofta genom livet. De påverkar hur vi samverkar med andra människor och hur vi hanterar situationer som uppstår i vardagen.

När personlighetsdragen blir stela och hämmande begränsar de vår funktionsförmåga och leder till psykiatriska symtom. En personlighetsstörning innebär att en person har ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck i personens tankesätt, känsloliv, kontroll av impulser, relationer till andra individer och medför för personen en karaktäristisk livsstil och hållning till sig själv och andra. Det varaktiga mönstret leder oftast till ett psykiskt lidande och försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden och kan spåras tillbaks till adolescensen eller tidig vuxenålder.

De typer av personlighetsstörningar som är angivna i DSM-IV (kodas på axel II) är följande:

2.3.1 Kluster A- excentriska och udda personlighetsdrag

Paranoid personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av misstänksamhet och brist på tillit inför andra personer varför deras motiv genomgående uppfattas som illasinnade.

Schizoid personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av ett tillbakadragande från sociala situationer och ett begränsat register av känslouttryck i kontakten med andra.

Schizotyp personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av sociala och mellanmänniska funktionsstörningar som utmärks av excentriskt beteende, kognitiva eller perceptuella förvrängningar samt av akuta obehagskänslor vid nära kontakter och begränsad förmåga till nära relationer.

2.3.2 Kluster B- utagerande och dramatiska personlighetsdrag

Antisocial personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av bristande respekt för och kränkningar av andras rättigheter som varat sedan 15-års ålder.

Borderline personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av påtaglig impulsivitet samt instabilitet med avseende på mellanmänniska relationer, självbild och affekter.

Histrionisk personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av överdriven emotionalitet och en strävan efter uppmärksamhet.

Narcissistisk personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av en grandiositet (i fantasin eller i beteendet), behov av beundran och brist på empati.

2.3.3 Kluster C - undandragande och ängsliga personlighetsdrag

Fobisk personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för negativa omdömen.

Osjälvständig personlighetsstörning

Ett genomgående mönster och ett påtagligt starkt behov av att bli omhändertagen, vilket leder till ett undergivet och klängigt beteende samt rädsla för separation.

Tvångsmässig personlighetsstörning

Ett genomgående mönster av upptagenhet, ordning och perfektionism samt att få en såväl mental som mellanmänsklig kontroll, på bekostnad av flexibilitet, öppenhet och effektivitet.

I ICD-10 kapitel V anges paranoid-, schizoid-, antisocial-, emotionellt instabil- (impulsiv och borderline), histrionisk-, anankastisk-², ängslig- och osjälvständig personlighetsstörning.

I DIP-Q formuläret svarar patienterna på 140 självpåståenden om hur det varit de senaste 5 åren. Påståendena är konstruerade utifrån samtliga kriterier som definierar de personlighetsstörningar som är beskrivna i DSM-IV och ICD-10. Fem av dessa påståenden utvärderar de allmänna kriterierna (generalkriterierna) för personlighetsstörning. Om skattningen av dessa påståenden är 40 % (2/5) eller högre och/eller att GAF-skattningen är under 70 är sannolikheten för diagnos störst [5].

2.4 Skäl till personlighetsbedömning

Inom den kliniska verksamheten är det viktigt att få en uppfattning och en bedömning om en patient har avvikande personlighetsdrag, ett avvikande personlighetsmönster eller en personlighetsstörning.

² Tvångsmässig

Det finns ett antal skäl till detta:

- ≈ Personlighetsstörningar är en viktig sårbarhetsfaktor för funktionella störningar som schizofrena syndrom, förstärknings- och ångestsyndrom. 75 % av alla patienter med personlighetsstörning har också en syndromdiagnos, medan en mindre andel av alla patienter med syndromdiagnoser också har en personlighetsstörning [12].
- ≈ Differentialdiagnostiken mellan personlighetsstörningar och funktionella störningar är ofta svår att avgöra. Komorbiditeten är hög mellan olika axel I och axel II störningar, men också mellan olika axel II tillstånd.
- ≈ Personlighetsstörningar påverkar prognosen om man samtidigt har en funktionell störning.
- ≈ Personlighetsstörningar ökar risken för avvikande reaktioner på behandling. Ett sätt att närma sig personlighetsstörningar vid val av olika behandlingsformer är att tänka i termer av :

- **personlighetsdimensioner**
som t.ex. neuroticism/psykoticism,
extroversion/introversion [13,14,15,16,17]
- **personlighetsorganisering**
som psykotisk / borderline / neurotisk [14,15,16,17]
- **personlighetsstrukturer**
som ett samspel mellan utvecklingsnivå (neurotisk nivå / borderline nivå / psykos nivå) och personlighetstyp [16,17]
- **personlighetsmönster**
inom de olika klustren [2]:
 - psykotiska personlighetsdrag (kluster A)
 - borderline personlighetsdrag (kluster B)
 - neurotiska personlighetsdrag (kluster C)

2.5 Försvarsnivåer och individuella försvarsmekanismer

För att förstå personlighetsdiagnostik är det viktigt att känna till människors olika försvarsmekanismer (eller copingstrategier). Dessa är automatiska psykologiska processer som skyddar individen från ångest och från att bli medveten om inre eller yttre faror och påfrestningar. Processerna fungerar oftast på ett omedvetet plan. I DSM-IV sammankopplas de enskilda försvarsmekanismerna till följande försvarsnivåer [2]:

- 1 **Hög adaptiv nivå.** Denna försvarsnivå innebär att personen har en optimal adaptiv förmåga att hantera påfrestningar. Försvaren leder till tillfredställelse och ger tillgång till tankar, känslor och insikt samt främjar balansen mellan motstridiga känslor. Försvar som inkluderas är
 - antecipation
 - anknytning
 - altruism
 - humor
 - rättframhet
 - självreflektion
 - sublimering
 - undertryckande

- 2 **Hämmningsnivå (kompromissbildning).** Försvarsfunktionerna på denna nivå håller potentiellt hotande tankar, känslor, minnen, önskningar eller rädslor utanför medvetandet. Försvar som inkluderas är
 - förskjutning
 - dissociation
 - intellektualisering
 - affektisolering
 - reaktionsbildning
 - bortträngning
 - annullering

- 3 **Lätt verklighetsförvrängningsnivå.** Denna nivå utmärks av att förvrängningar av självrepresentationer (personens självuppfattning), objektrepresentationer (de inre objekt som exempelvis mamma, pappa, syskon som är införlivade inom personen) och kroppsuppfattning kan användas för att skydda självkänslan. Försvar som inkluderas är
 - nedvärdering
 - idealisering
 - omnipotens

- 4 **Förnekandenivå.** På denna nivå håller personen obehagliga eller oacceptabla påfrestningar, impulser, tankar, affekter eller ansvarstagande utanför medvetandet genom att tillskriva eller förlägga dessa faktorer till yttre orsaker. Försvar som inkluderas är
 - förnekande
 - projektion
 - rationalisering

- 5 **Uttalad verklighetsförvrängningsnivå.** Denna nivå utmärks av en uttalad förvrängning eller att personen drar felaktiga slutsatser av själv- eller objektrepresentationernas agerande (felattribuering). Försvar som inkluderas:
 - autistiska fantasier
 - projektiv identifikation
 - splitting av själv- eller objektrepresentationerna

- 6 **Agerandenivå.** På denna nivå hanterar personen inre och yttre påfrestningar genom att agera eller underlåter att agera. Försvar som inkluderas:
- utagerande
 - apatisk inåtvändhet
 - hjälpavvisande klagomål
 - passiv aggressivitet
- 7 **Psykotisk nivå.** På denna nivå mister personen i hög grad kontakten med den yttre verkligheten då försvarssystemet inte klarar av att hantera personens reaktioner på påfrestningar. Försvar som inkluderas:
- projektioner på vanföreställningsnivå
 - psykotiskt förnekande
 - psykotisk verklighetsförvrängning

2.6 Livshändelser

I DSM-IV systemet på axel IV rapporteras psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter som kan påverka diagnostik, behandling och prognos vid psykiska störningar (axel I och axel II). Exempel på sådana problem är svåra livshändelser och grupperas i följande kategorier:

- « Problem i primärgruppen
- « Problem relaterade till den sociala miljön
- « Problem i skolan
- « Problem i arbetet
- « Problem med boendet
- « Ekonomiska problem
- « Problem med sjukvård
- « Problem i samband med kriminalitet
- « Andra psykiska problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter

I DIP-Q formuläret under rubriken "Livshändelser" besvarar patienterna i 11 frågor om de under det senaste året haft problem eller svårigheter i de kategorier som beskrivs ovan. Patienterna skattar sedan på en skala 1-6 den sammantagna graden av det senaste årets påfrestning. Dessa både skattningar sammanvägs sedan i ett gemensamt värde som mäter personens psykosociala stress.

2.7 Global skattning av funktionsförmågan (GAF-skattning)

I DSM-IV systemet på axel V noteras behandlarens bedömning av patientens allmänna funktionsförmåga i form av GAF-skattningar (Global Assessment of Functioning) [2,18,19].

Det är en skattning av den psykiska funktionsnivån på en skala mellan 0 och 100. Skalan beaktar psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga, där psykisk sjukdom (0) respektive psykisk hälsa (100) utgör de bägge polerna. På varje skalsteg tar man ställning till såväl personens psykiska symtom som funktion. Vanligast är att behandlaren gör en totalskattning av symtom och funktion, men man kan också göra en uppdelning dem emellan [20,21]. Funktionsnedsättning som beror på fysiska begränsningar eller begränsningar p.g.a livsomständigheter beaktas inte. Skattningen kan göras vid det aktuella behandlingstillfället eller före och efter en behandlingsperiod. Informationen används vid planering och utvärdering av behandling, för att predicera utfallet och för att mäta behandlingstyngd.

I DIP-Q formuläret gör patienterna sin egna totala GAF-skattning, dels gällande det sista året och dels gällande de senaste veckorna. En självskattad GAF över 70 gör en personlighetsdiagnos mindre trolig [5].

3 Bakgrund

3.1 Psykiatrisk mottagning, Mellanvårdsteamet

Flera verksamheter i Sverige, såväl psykiatriska som andra, använder DIP-Q som en undersökningsmetod, såväl i forskningssammanhang som inom det kliniska arbetet. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset / Område Sahlgrenska Psykiatri används instrumentet på ett flertal allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar och inom den slutna vården.

En av dessa mottagningar är Mellanvårdsteamet. Detta team startade upp 1992 i samband med genomförandet av psykiatireformen. Målgruppen var allmänpsykiatriska patienter med återkommande inläggningar inom slutenvården. Patienterna hade oftast ett långvarigt psykiskt funktionshinder som medförde sociala konsekvenser. Teamet kom att skilja sig från de sedvanliga allmänpsykiatriska öppenvårdsteamerna främst genom sitt kontaktmannaskap, sin tillgänglighet och snabba behandlingsinsatser. Ett teampsykiatriskt arbetssätt växte fram där utvecklandet av samarbetsformer med vårdgrannar, socialtjänsten, försäkringskassan, AMI m.fl. samt kontakt och stöd till anhöriga var viktiga arbetsuppgifter.

Under årens lopp har verksamheten såväl utvidgats som utvecklats, men vänder sig i stort sett till den ursprungliga målgruppen. 041231 fick 112 personer (73 kvinnor och 39 män) sin behandling på Mellanvårdsteamet.

DIP-Q har sedan slutet av 90-talet använts på mottagningen som ett hjälpmedel i den kliniska bedömningen av den enskilda patienten. Någon dokumenterad helhetsbedömning av målgruppens personlighetsmässiga sårbarhet har inte gjorts, varför en sådan studie är intressant ur ett flertal aspekter som:

- ◆ behandlingstyngd
- ◆ utrednings- och behandlingsinsatser
- ◆ behandlingsmetoder
- ◆ prognostiska värden gällande behandling och livskvalité
- ◆ målsättningsfrågor
- ◆ personalsammansättningsfrågor
- ◆ utvecklandet av samarbetsformer med primärvård, socialtjänst, AMI³, FK⁴ m.fl.

Kartläggningen kan också ge en antydning om det finns en underdiagnostisering av personlighetsstörningar och hur komorbiditeten med andra syndromdiagnoser ser ut.

³ Arbetsmarknadsinstitutet

⁴ Försäkringskassan

3.2 Syfte

Syftet med denna studie är att göra en kartläggning av en patientgrupps personlighetsmässiga sårbarhet med hjälp av DIP-Q på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Studien kommer framförallt att ta fasta på:

- * patientgruppens behandlingstygnd utifrån personlighetsavvikelser, funktionsförmåga och psykosocial påfrestning
- * sambandet mellan neuropsykologiska funktionsnedsättningar och personlighetsstörningar
- * patientgruppens behandling och sysselsättning
- * patientgruppens nuvarande psykiska hälsa
- * prognostiskt värde gällande livskvalité

3.3 Frågeställningar

Följande frågeställningar kommer att belysas i studien:

3.3.1 Frågor om utläsandet av DIP-Q

- ▶ Vad kan man som psykolog/behandlare utläsa ur ett DIP-Q resultat?
- ▶ På vilket sätt kan diagnostisk information från DIP-Q användas för olika ställningstagande som val av utredningsinsatser och behandlingsinsatser?

3.3.2 Frågor om patienternas personlighetsmässiga sårbarhet

- ▶ Vilka personlighetstyper är vanligast hos patienterna oavsett om de uppfyller diagnos eller inte?
- ▶ Hur många personlighetsstörningar har i genomsnitt de patienter som tangerar och/eller överstiger cut-off linjen?
- ▶ Vilken personlighetsorganisering är vanligast hos patienterna?
- ▶ Hur ser personlighetsstrukturen ut hos patienterna?
- ▶ Inom vilket/vilka kluster (A, B eller C) befinner sig vanligtvis patienterna?
- ▶ Hur många generalkriterier uppfyller patienterna i genomsnitt?
- ▶ Vilket globalt funktionsvärde (GAF) har patienterna i genomsnitt?
- ▶ Hur stor andel av patienterna uppfyller kriterierna för personlighetsdiagnos?
- ▶ Vilka personlighetsstörningar är vanligast hos de patienter som uppfyller diagnos för personlighetsstörning?
- ▶ Hur stor andel av patienterna har en neuropsykologisk funktionsnedsättning och hur ser sambandet ut med personlighetsstörning?
- ▶ Hur hög är i genomsnitt stressnivån hos patienterna?
- ▶ Finns det ett samband mellan personlighetsdiagnos och hög stressnivå?

- ▶ Finns det en könsskillnad i personlighetstyp, psykosociala problem och funktionsförmåga?

3.3.3 Frågor om patienternas behandling och sysselsättning

- ▶ Vilka behandlingsresurser finns på mottagningen och hur stor andel av patienterna har kontakt med respektive yrkesgrupp?
- ▶ Hur stor andel av patienterna har fler behandlingskontakter förutom kontakten med sin kontaktman och läkare?
- ▶ Hur stor andel av patienterna har någon sysselsättning vid sidan av behandlingen på mottagningen?

3.3.4 Frågor om patienternas psykiska hälsa

- ▶ Har patienternas psykiska hälsa under behandlingstiden på mottagningen blivit förbättrad, är den oförändrad eller har den blivit försämrad?
- ▶ Har den psykiska hälsan något samband med de sysselsättningar som patienterna deltar i utanför mottagningen och de behandlingsinsatser som patienterna får?
- ▶ Har en DIP-Q skattning ett prognostiskt värde gällande patienternas livskvalité?

4 Metod

4.1 Patientgrupp

Studien omfattar 57 patienter (40 kvinnor och 17 män) som under åren 2000-2004 har varit eller är knutna till psykiatrisk mottagning, Mellanvårdsteamet.

37 % påbörjade sin behandling före år 2000. Fyra patienter har avslutat sin behandling på mottagningen.

Åldersfördelningen är 20-66 år. Genomsnittlig ålder för patientgruppen är 37,4 år (kvinnor 37,2 år och män 37,9 år). Genomsnittlig behandlingstid är 4 år (kvinnor 4 år och män 3,7 år).

Urvalet är samtliga patienter på mottagningen som vid tidpunkten 041231 hunnit fylla i ett DIP-Q formulär. För en mindre grupp gäller att de p.g.a. sina uttalade funktionsnedsättningar haft svårigheter att göra en DIP-Q skattning. De patienter som inte längre har så mycket kontakt med mottagningen p.g.a. att de fått en bättre livskvalité eller att de exempelvis bor på ett behandlingshem har inte heller gjort någon DIP-Q skattning.

4.1.1 Behandling

Varje patient har en kontaktman som antingen är mentalskötare eller sjuksköterska. Kontaktmännen är närvarande då patienterna träffar sin behandlande läkare. Övriga behandlande yrkesgrupper är arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och psykolog.

Behandlingen utgår från individens speciella behov och planeras i samråd med denna. I en behandling kan ingå stödsamtal, fobiträning, farmakologisk behandling, arbetsterapi, sjukgymnastik, familjearbete, ekonomisk planering och rådgivning, yrkesspecifika utredningar samt psykoterapi. Behandlingen kan ske både individuellt och i grupp.

4.1.2 Diagnoser

Patientgruppen har följande huvuddiagnoser:

- förstämningssyndrom 37 %
- ångestsyndrom 30 %
- personlighetsstörning 24 %
- psykosjukdom 9 %

Som bidiagnoser återfinns de neuropsykologiska funktionsnedsättningarna som 20 % av patientgruppen har.

De vanligast förekommande personlighetsstörningarna är:

- ▲ borderline 70 %
- ▲ schizoid 15 %
- ▲ ospecificerad 15 %.

Personlighetsstörningsdiagnoserna är ställda av läkaren (psykiatrikern) på mottagningen, som har en lång klinisk erfarenhet av bedömningar. Som hjälp och underlag för det diagnostiska ställningstagandet har används tvärprofessionella utredningar, strukturerade diagnostiska intervjuer som SCID-II och självskattningsinstrumentet DIP-Q.

4.2 Instrument

Som instrument i studien har använts patientsjälvskattningsskalan DIP-Q som mäter:

- de personlighetsstörningar som är beskrivna i ICD-10 kap.V och DSM-IV; axel II
- en persons psykosociala problem som är beskrivna i DSM-IV; axel IV
- en persons globala funktionsförmåga (GAF) som finns beskriven i DSM-IV; axel V

Flera studier har beskrivit metodens validitet och reliabilitet [6,7].

4.3 Åtgärd

Patienterna har själva fyllt i personlighetsformuläret DIP-Q [4]. Detta har skett på mottagningen eller i hemmet. Vid enstaka tillfällen har kontaktmannen varit närvarande. Formuläret har sedan databehandlats i ett speciellt program [22]. Resultatet för varje ifyllt formulär har redovisats i ett histogram och i ett protokoll. Detta har sedan delgivits patienterna. Bedömningen av resultatet har gjorts av behandlande läkare (psykiater) och psykolog på teamet.

4.4 Granskning av neuropsykologiska utredningar

För att få en uppfattning om man ur ett DIP-Q resultat kan utläsa om en person har en neuropsykologisk funktionsnedsättning, har en närmare granskning gjorts på de patienter som blivit neuropsykologiskt utredda. Behandlarna på mottagningen har också svarat på frågan om vilka patienter i studien som de misstänker har en neuropsykologisk funktionsnedsättning.

4.5 Inventering av mottagningens behandlingsinsatser och sysselsättningar utanför mottagningen

För att kunna beskriva om det finns ett samband mellan psykisk hälsa och behandling, har en inventering gjorts av de behandlingskontakter på teamet som patienterna har eller har haft under sin behandlingstid. Dessa har sedan samskattats med nuvarande psykiska hälsa. De behandlingar som patienterna fått har dels varit individuella och dels gruppinriktade.

På samma sätt har en inventering gjorts av de sysselsättningar som patienterna deltagit eller deltar i utanför mottagningen för att se om det finns ett samband mellan psykisk hälsa och sysselsättning.

4.6 Bedömning av nuvarande psykiska hälsa

För att få en uppfattning om patienternas psykiska hälsa under behandlingstiden på mottagningen blivit *förbättrad*, är *oförändrad* eller blivit *försämrad* har de blivit skattade på ett teammöte av behandlande personal. Skattningsskalan är treskalig:

Tabell 1 Skattning av psykisk hälsa

skattning	funktion
1	<i>förbättrad</i>
2	<i>oförändrad</i>
3	<i>försämrad</i>

Kriterierna för de olika funktionerna är individuella och satta utifrån den enskilde personens förutsättningar. Exempelvis kan en åtgärd som ett behandlingshem för en person skattas som en ETTA d.v.s. att personen förbättrat sin funktion och nu är mottaglig för en annan sorts behandling, men för en annan person skattas som en TRE A d.v.s. att personens funktion blivit så försämrad att en annan behandling är nödvändig.

Exempel på kriterier för förbättrad funktion är att:

- » personen har kommit till mottagningen för att få sin behandling där
- » personen har tagit ansvar för sin behandling gällande tider och planering
- » personen deltar i någon kommunal verksamhet
- » personen har börjat studera
- » personen har fått en praktikplats
- » personen har kommit till behandlingshem
- » personen har fått eller ett lönearbete
- » personen behöver endast sporadisk kontakt med mottagningen
- » personen har färre inläggningar på slutenvårdsavdelning än tidigare
- » personen har avslutat sin behandling på mottagningen

Exempel på kriterierna för försämrad funktion är att:

- » personen har mer och mer uteblivit från sin behandling på mottagningen
- » personen håller inte avtalade tider
- » personen deltar inte aktivt i planeringen av sin behandling
- » personen har kommit till ett behandlingshem eller till en annan sjukvårdsinrättning
- » personen har blivit alltmer märkt av sin psykiska sjukdom och pga. detta har svårt att aktivt ta del av sin behandling
- » personen har ett ökat behov av slutenvårdskontakt
- » personen har avslutat sin behandling på mottagningen

Exempel på kriterier för oförändrad funktion är att:

- » personens psykiska hälsa har varken blivit bättre eller sämre under behandlingstiden på mottagningen

5 Vad kan man som psykolog/behandlare utläsa ur ett DIP-Q resultat?

Det finns en hel del viktig information som en patient ger om sig själv i ett självskattat DIP-Q. Det som psykologen kan utläsa är hur patientens personlighetsmässiga sårbarhet ser ut, hur patienten uppfattar sin funktionsförmåga samt vilken påfrestning som de psykosociala problemen ger.

Den skattning som patienten gör om sig själv är främst ett hjälpmedel för psykologen/behandlaren vid en första bedömning. För att slutligen ta ställning till vilken utredning som bör göras eller vilken behandling patienten kommer att ges, sker genom den sedvanliga kliniska psykolog- eller psykoterapibedömningen. Andra behandlare gör sina bedömningar för fortsatt utredning eller behandling.

5.1 Information från DIP-Q histogrammet

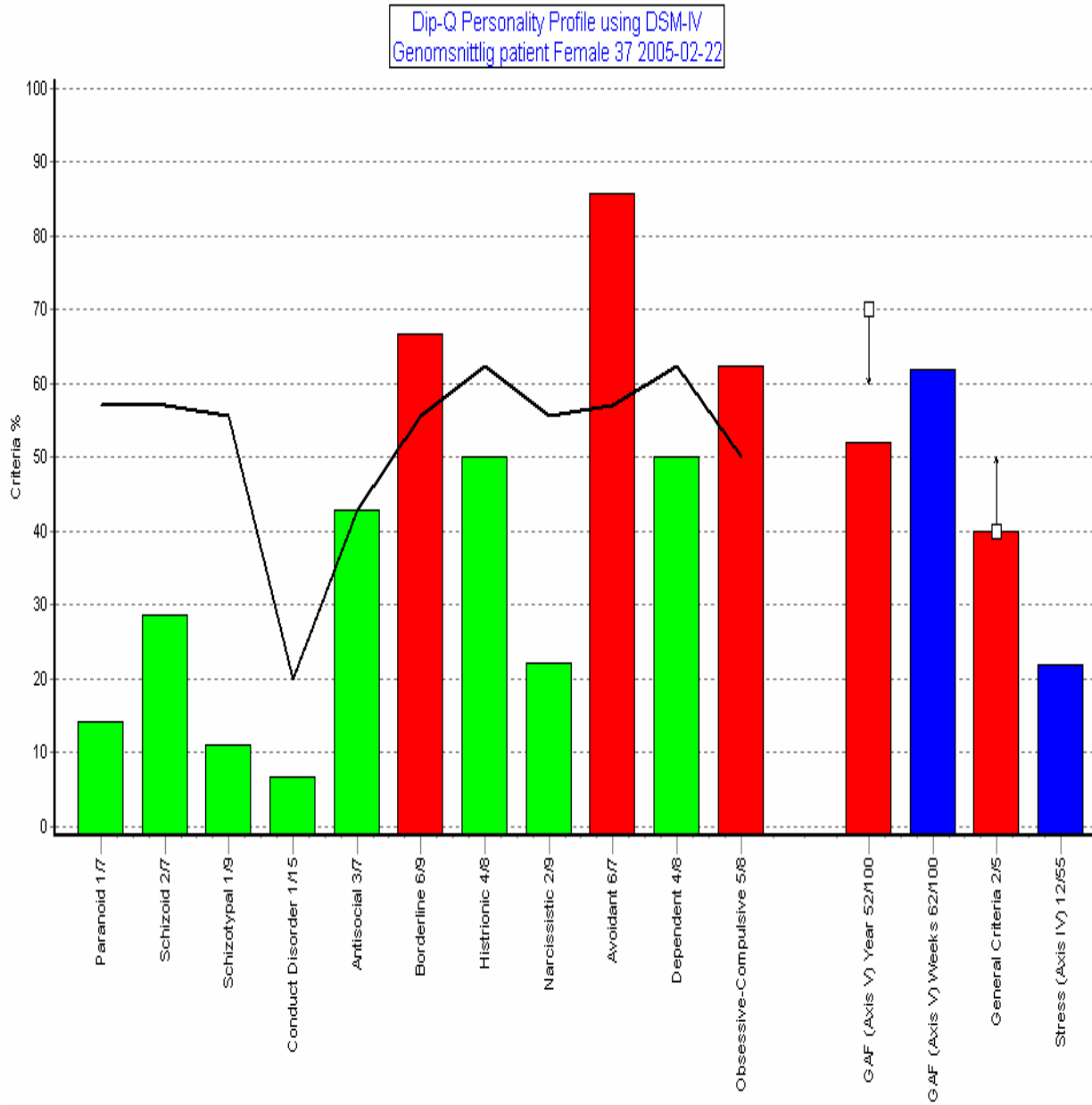
Den första information man får från ett DIP-Q histogram är om patienten gett utslag på några personlighetstyper och i så fall vilka. Man ser om personen har en skattad låg profil (ligger under cut-off linjen), en gränspofil (tangerar cut-off linjen) eller hög profil (överstiger cut-off linjen). Man får också information om patientens GAF-värde (år och veckor), antal uppfyllda generalkriterier och stressnivå.

Tabell 2 visar hur ett histogram kan se ut på en person. Detta histogram visar den genomsnittliga patienten i denna studie.

På följande sätt kan man tolka histogrammet:

– En 37 årig person (kvinna eller man) som har en borderline personlighetsorganisering. Personen har höga värden på tre personlighetstyper - fobisk, borderline och tvångsmässig typ. Denna person har således en fobisk, borderline och tvångsmässig personlighetsstruktur på en borderline nivå. Personen har 2 generalkriterier och en GAF (år) 52 vilket ger en klar antydning om att personen uppfyller kriterierna för en personlighetsdiagnos. Personens GAF (veckor) är 62. Då detta värde är högre än GAF (år) kan det vara en indikator på att den behandling som patienten har fått på mottagningen varit tillfredställande. Stressnivån ligger inom intervallet lätt-måttlig stress, stressnivå B, vilket betyder att personen inte befinner sig i något akut stresstillstånd. Hela självskattningen blir då mer tillförlitlig.

Tabell 2 DIP-Q personlighetsprofil enligt DSM-IV. Genomsnittlig patient i denna studie



A diagnosis demands at least 2 General Criteria or a GAF (Axis V) Year value less than 70.

5.2 Information gällande kluster A, B och C

Den information man sedan får är inom vilket eller vilka kluster A, B eller C (se sidan) som den personlighetsmässiga sårbarheten ligger. Indelning i kluster finns bara inom DSM-IV systemet, men går även att överföra till ICD-10 systemet.

Det man kan utläsa ur klustren är patientens personlighetsmönster utifrån psykotiska personlighetsdrag (kluster A), borderline personlighetsdrag (kluster B) och neurotiska personlighetsdrag (kluster C).

Vid en jämförelse mellan de bägge diagnossystemen skiljer sig cut-off gränsen inom klustren på följande sätt:

Tabell 3 Genomsnittliga cut-off värden inom respektive kluster och diagnossystem

<i>Kluster</i>	DSM-IV	ICD-10
A	57 %	48 %
B	55 %	55 %
C	57 %	60 %

Det man kan förvänta sig utifrån dessa gränser är att patienter skattade med DSM-IV uppvisar något oftare neurotiska personlighetsdrag och patienter skattade med ICD-10 uppvisar något oftare psykotiska personlighetsdrag. Borderline personlighetsdrag tycks vara lika förekommande hos patienterna, oavsett vilket diagnossystem man är skattad med.

5.3 Information gällande utvecklingsnivåer (psykotisk nivå, borderline nivå och neurotisk nivå)

På axeln andel personlighetskriterier, som också anger psykologiska utvecklingsnivåer med personlighetsdimensionerna neurotisk/psykotisk, avgör cut-off värdet gränsen mellan utvecklingsnivåerna. Detta innebär att något direkt borderline intervall inte förekommer, utan blir gränslinjen som består av de fasta cut-off värdena (cut-off linjen).

Om man tolkar ett DIP-Q histogram utifrån ett utvecklingsperspektiv kan en person som överstiger cut-off linjen med höga värden på några personlighetstyper (hög profil) inom kluster C ha en psykotisk personlighetsorganisering samtidigt som personlighetsdragen är neurotiska.

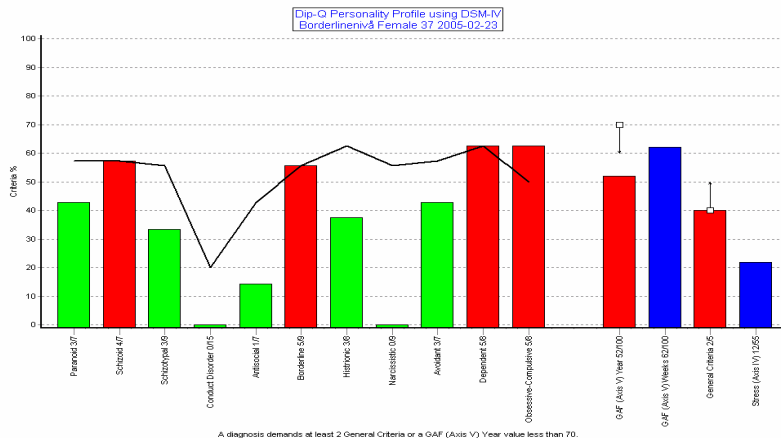
Likaså kan en neurotisk organiserad person som inte överstiger cut-off linjen (låg profil) ändå uppfylla en del kriterier inom kluster A med psykotiska personlighetsdrag.

Samspelet mellan patientens utvecklingsnivå (psykotisk-borderline-neurotisk) och personlighetstyp (t.ex. paranoid, borderline, osjälvständig, tvångsmässig) är mycket komplext och avgör den personlighetsstruktur som patienten har [16]⁵.

Man kan alltså ha en tvångsmässig personlighetsstruktur på såväl psykotisk nivå, borderlinenivå som på neurotisk nivå och en borderline personlighetsstruktur på liknande nivåer. Detsamma gäller för en paranoid personlighetsstruktur eller en osjälvständig personlighetsstruktur (se avsnitt 5.7.3 samt tabell 11 a och 11 b, avsnitt 6.4).

Det man inte kan utläsa ur ett DIP-Q histogram är om personen är *organiserad* på en borderlinenivå, endast om personen befinner sig på gränslinjen (gränsprofil).

Tabell 4 Borderline nivå

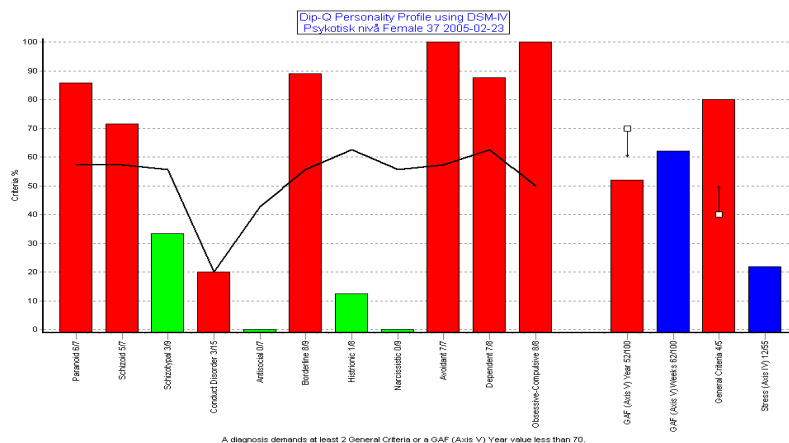


Man kan däremot göra antagandet på gruppnivå att en person i en patientgrupp befinner sig på en *borderline nivå* (se avsnitt 6.3, figur 3a och 3 b):

- * om personen tangerar cut-off linjen med någon eller några personlighetstyper, men överstiger den inte
- * om personen inte tangerar cut-off linjen, men överstiger linjen med max det antal personlighetsstörningar som gruppen i genomsnitt har
- * om personen tangerar cut-off linjen med någon eller några personlighetsstörningar och överstiger linjen med max det antal personlighetsstörningar som gruppen i genomsnitt har

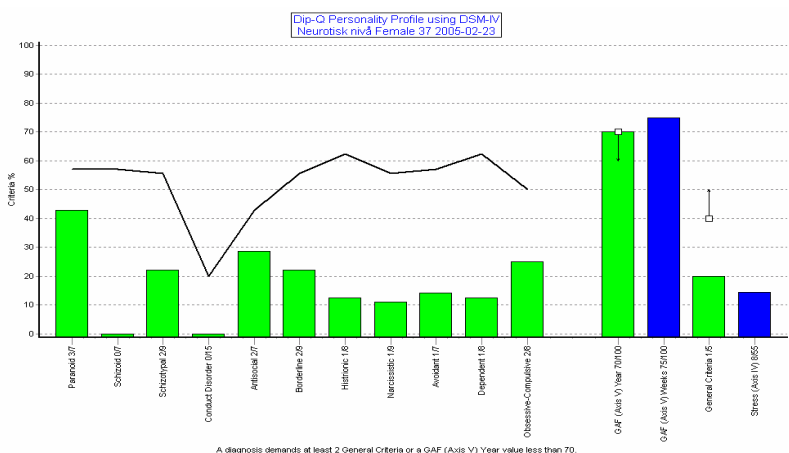
⁵ I boken *Psykoanalytisk diagnostik* (1994) presenterar Nancy. Mc Williams en grafisk modell över personlighetsstrukturens utvecklingsnivå och personlighetstyp (s.127-130). Begreppet borderline diskuteras i boken både utifrån patologisk nivå och som typ av patologi. 1980 etablerades begreppet i den tredje utgåvan av DSM som typ av personlighetsstörning. Det har rått en viss oenighet bland psykoanalytiker huruvida begreppet bör beteckna en nivå eller en typ av personlighetsstruktur. Kernberg förespråkar det förra alternativet och Gundersen det senare.

Tabell 5 Psykotisk nivå



Likaså befinner sig en person på en *psykotisk nivå* om personen överstiger linjen med fler personlighetsstörningar än genomsnittet (i denna studie tre stycken enligt DSM-IV).

Tabell 6 Neurotisk nivå



En person som understiger linjen befinner sig således på en *neurotisk nivå*.

5.4 Information gällande global funktionsförmåga (GAF)

När det gäller funktionsförmågan skattar patienten hur det varit det sista året och de sista veckorna. Den information man får är hur väl patienten uppfattar sina symtom och sin funktionsförmåga. Intressant är också skillnaden mellan GAF (år) och GAF (veckor). Om GAF (veckor) är högre än GAF (år) kan det tolkas som att patienten är nöjd med sin behandling. Skillnaden mellan de båda skattningarna blir då en indikation på om den behandling som ges är till nytta för patienten eller inte [2].

När det gäller vilket vårdbehov en patient har kan GAF-värdet ge en viss vägledning [23] och vad värdet innefattar går att utläsa ur GAF-skalan (se tabell 8) [4].

Tabell 7 Vårdbehov utifrån GAF-värde

skala	GAF- vårdbehov	
100	söker inte hjälp	
90		<i>rådgivning psykoterapi</i>
80		
70		
60	<i>öppenvård medicin psykoterapi</i>	
50		
40		
30	<i>kontinuerligt stöd slutenvård</i>	
20		
10	<i>tvångsvård</i>	
1		

”Utöver GAF-värdet kan även krav på kompetens för behandlingen avgöra vem som ska ha basansvaret. Med kompetensnivå menas förväntad kompetensnivå inom specialiteterna allmänmedicin och allmänpsykiatri ”...” Generellt för prioritering till specialistpsykiatri gällande att GAF-värdet skall vara 40 eller lägre. Vid GAF-värde 40-50 skall primära patientansvaret läggas fast genom konsultation/samråd. Detta kan göras generellt eller utifrån varje enskild patient. Ansvaret läggs fast i rutin för samordnad vårdplanering i öppen vård. I vårdplanen skall också alla planerade insatser samordnas. Vid GAF-värde 50 och högre gäller generellt att primärvården har det primära basansvaret. GAF under 30 kräver i allmänhet tillsyn dygnet runt, antingen i särskilt boende inom kommunens ansvar eller under behandling i slutenvård på sjukhus” [24].

Tabell 8 GAF-skalan i DIP-Q formuläret

100

90	Du har inte haft några som helst symtom. Du har deltagit i många olika aktiviteter och fungerat utmärkt hemma, bland vänner och på arbetet.
80	Du har fungerat bra och har endast haft mycket lätta symtom såsom nervositet inför ett prov eller ett framträdande. Någon gång kan Du ha haft lite vardagliga problem eller bekymmer (t ex grålat med någon i familjen).
70	Du har haft LÄTTA, övergående symtom och problem som varit enkla att förstå utifrån vad som har hänt.
60	Du har haft LINDRIGA symtom, Du har t ex varit lite nedstämd eller har haft lindriga sömnbesvär. Du har i stort sett fungerat bra och har haft flera goda vänner men det kan ha trasslat lite på arbetet eller i skolan.
50	Du har haft MÅTTLIGA symtom, t ex enstaka ångestattacker eller känt Dig deprimerad av och till eller Du har få vänner och har haft en del konflikter med vänner eller på arbetet.
40	Du har haft ALLVARLIGA symtom. Du har t ex varit djupt nedstämd och kan ha funderat på att ta livet av Dig eller Du har inte haft några vänner alls, Du har mått så dåligt att Du inte klarat av arbete eller studier.
30	Du har haft MYCKET ALLVARLIGA symtom såsom konstiga tankar och hallucinationer, eller varit så djupt nedstämd att Du inte brytt Dig om din familj eller vänner och Du har haft stora problem hemma och inte kunnat vara på arbetet eller i skolan.
20	Du har haft MYCKET ALLVARLIGA symtom, t ex ständiga självmordsplaner eller befallande rösthallucinationer eller Du har inte fungerat vare sig hemma eller på arbetet och mestadels legat till sängs.
10	Du har haft EXTREMT ALLVARLIGA symtom (som ovan) och Du har gjort självmordsförsök eller försökt skada någon annan eller haft så stora problem att Du periodvis inte kunnat ta hand om Dig själv.
0	Du har haft EXTREMT ALLVARLIGA symtom med upprepade allvarliga självmordsförsök. Du måste vaktas för att inte skada Dig själv eller andra eller Du har fungerat så dåligt så att Du inte kunnat äta eller sköta din hygien och behövt hjälp med allt.

5.5 Information gällande generalkriterier

Antalet uppfyllda generalkriterier visar graden av personens symtom och funktionsstörning. Ju fler generalkriterier (minst 2/5) som är uppfyllda, desto större blir sannolikheten för att personen har en personlighetsstörning. Det händer att patienter inte uppfyller kriterierna, men ändå har en hög profil. Om GAF-värdet är mindre än 70 ger det ändå en antydning om att diagnos kan sättas. Men om GAF-värdet är över 70 blir det vanskligare att tolka. Det man kan utläsa är att patienten har en personlighetsmässig sårbarhet, men är relativt symtomfri och fungerar funktionsmässigt bra.

5.6 Information gällande livshändelser

Den psykosociala påfrestningen under det senaste året skattar patienten på en skala mellan 1-6. Svårighetsgraden är följande:

Tabell 9 Psykosocial påfrestning

skala	psykosocial påfrestning	poäng
1	ingen	0
2	lätt	1
3	måttlig	2
4	svår	3
5	extrem	4
6	katastrofal	5

Hur personen skattar sin påfrestning påverkar värdet på de Ja som personen uppger som problem gällande de 11 livshändelserna.

Formeln blir:

$$\frac{(\text{Antal "Ja"}) \times (\text{Poäng})}{55} \times 100 = \text{Total psykosocial påfrestning (stressnivå \%)}$$

Om den psykosociala påfrestningen är lätt och antal Ja på livshändelser är tre stycken, blir stressnivån 5 %. Om personen skattar katastrofal på påfrestning och har svarat Ja på tre livshändelser blir stressnivån 27 %. Om antal Ja är fyra och den psykosociala påfrestningen svår blir stressnivån 21 % o.s.v.

Detta innebär att varje livshändelse som patienten svarat Ja på värderas på samma sätt utifrån det skalsteg som patienten valt. I en intervju med patienten skulle förmodligen de problem som är förknippade med de olika livshändelserna kvalitativt skilja sig från varandra.

För att få en uppfattning om patientens stressnivå är låg eller hög kan man indela den total psykiska påfrestningen i poäng och procentsatser.

Om stressnivån är alltför hög bör man tolka DIP-Q Q resultatet med större försiktighet. I ett akut stresstillstånd kan patienten skatta sig mer dysfunktionell jämfört med en skattning utförd i ett stabilt läge. Självsfattningen blir då mindre tillförlitlig [1,5].

Tabell 10 Stressnivå gällande den totala psykosociala påfrestningen

stressnivå	påfrestning	poäng	%
A. ingen - lätt	0 / 55	0 - 10	0 - 19
B. lätt - måttlig	11 / 55	11 - 21	20 - 39
C. måttlig - svår	22 / 55	22 - 32	40 - 59
D. svår - extrem	33 / 55	33 - 43	60 - 79
E. extrem - katastrofal	44 / 55	44 - 54	80 - 99
F. katastrofal -	55 / 55	55	100

5.7 På vilket sätt kan diagnostisk information från DIP-Q användas för olika ställningstagande som val av utredningsinsatser och behandlingsinsatser?

5.7.1 Personlighetsstörningar och utredning

Om en patient får en profil på gränslinjen eller en hög profil, där någon eller några personlighetstyper tangerar eller överskrider cut-off linjen, kan det vara av värde att utreda just de personlighetsstörningarna. Det finns såväl olika självskattningsinstrument, screeningsinstrument som diagnostiska intervjuer för att utreda olika typer av störningar [25].

5.7.2 Kan man ur ett DIP-Q resultat utläsa om en person har en neuropsykologisk funktionsnedsättning?

Om en patient får en hög profil inom flera kluster (A, B eller C) kan detta vara en stark indikator på att personen har en neuropsykologisk funktionsnedsättning. Bedömningen kan då bli att utreda patienten (se avsnitt.6.11).

5.7.3 Personlighetsstruktur och behandling

På DIP-Q histogrammen kan psykologen/behandlaren utifrån vilka kluster (A, B eller C) som är mest framträdande se vilket personlighetsmönster eller vilka personlighetsdrag som patienten har.

Samtidigt kan man ta fasta på patientens utvecklingsnivå (organisering):

- en hög profil - *psykotisk nivå*
- en gränspofil - *borderlinenivå*
- en låg profil - *neurotisk nivå*

Genom att se vilka personlighetstyper (t.ex. paranoid, borderline, osjälvständig, fobisk, tvångsmässig etc.) som gett utslag på histogrammet får man en information

om patientens personlighetsstruktur dvs. om patienten har t.ex. en paranoid personlighetsstruktur, en osjälvständig personlighetsstruktur eller en tvångsmässig personlighetsstruktur och på vilken nivå personen är organiserad.

Personlighetsstrukturen är samspelt mellan personlighetsorganiseringen (utvecklingsnivåerna) och personlighetstyperna. Detta är ett mycket komplext samspel, men ger en viktig information i valet av behandlingsmetod [16].

När det gäller val av behandling kan en självskattad DIP-Q vara till hjälp, men är inte ett tillräckligt underlag för en behandlare att välja metod efter. Den kliniska intervjun och andra kliniska bedömningar föregår alltid ett ställningstagande till behandlingsmetod.

- **Hög profil**

En person med hög profil (se 5.3 tabell 5) inom kluster A har en *psykotisk personlighetsorganisering* med ett psykotiskt personlighetsmönster. Personen är då strukturerad på en psykotisk nivå med psykotiska personlighetsdrag ex. en *paranoid personlighetsstruktur på psykotisk nivå* eller en *schizoid personlighetsstruktur på psykotisk nivå*

Även en person med hög profil inom kluster B eller C har en psykotisk personlighetsorganisering, men med ett personlighetsmönster av borderline personlighetsdrag eller neurotiska personlighetsdrag. En sådan person skulle kunna ha en *narcissistisk personlighetsstruktur på psykotisk nivå* eller en *tvångsmässig personlighetsstruktur på psykotisk nivå*.

Den behandlingsmetod som man vanligtvis väljer till psykotiskt organiserade patienter är en stödjande psykoterapi som förmedlar psykologisk trygghet och där terapeuten har en mer pedagogisk roll.

- **Gränsprofil**

En person vars värden tangerar cut-off gränserna inom de olika klustren men överskrider dem inte har en gränsprofil (se 5.3 tabell 4) och ligger på histogrammets gränslinje, *en borderline personlighetsorganisering*. Personen kan ha såväl psykotiska personlighetsdrag som borderline eller neurotiska personlighetsdrag i sin personlighetsstruktur. Tillexempel kan en person ha en *schizotyp personlighetsstruktur på borderlinenivå*, en *histrionisk personlighetsstruktur på borderlinenivå* eller en *osjälvständig personlighetsstruktur på borderlinenivå*.

En patient med en borderline personlighetsorganisering skulle mer vara hjälpt av en expressiv psykoterapi där etablering av fasta ramar för det terapeutiska arbetet är viktigt. Terapeutens roll är att sätta gränser.

- **Låg profil**

En person med låg profil (se 5.3 tabell 6) inom såväl kluster A, B som C har en neurotisk personlighetsorganisering, men där personlighetsdragen kan vara såväl psykotiska, borderline som neurotiska ex. en *schizoid personlighetsstruktur på neurotisk nivå*, en *borderline personlighetsstruktur på neurotisk nivå* eller en *fobisk personlighetsstruktur på neurotisk nivå*.

En patient med en neurotisk personlighetsorganisering skulle kunna tillgodogöra sig en insiktsterapi. Terapeuten och patienten blir då allierande samarbetspartners i avtäckandet av patientens tidigare omedvetna försvar, känslor, fantasier, föreställningar, konflikter och ambitioner.

Då det finns en tendens hos människor att växla mellan olika utvecklingsnivåer kan det för behandlaren bli aktuellt att också växla mellan olika behandlingsmetoder. Behandlingsinriktningen i det terapeutiska arbetet påverkas också av patientens personlighetsmönster dvs. om det är psykotiska-, borderline- eller neurotiska personlighetsdrag som är mest framträdande. Detta oavsett vilken utvecklingsnivå personen befinner sig på.

Inom specialistpsykiatri är det svårt att renodla just en behandlingsmetod p.g.a. patienternas uttalade funktionshinder. Oftast förekommer inslag från såväl de psykodynamiska som de kognitiva och beteendeterapeutiska metoderna i ett behandlingsarbete.

5.8 Återkoppling till patienten

En viktig del i behandlingsarbetet är den återkoppling som sker till patienten. Flertalet av patienterna vill ta del av resultatet av sin självskattning.

Innan man träffar patienten kan det vara av värde att titta igenom dennes frågeformulär och med hjälp av en kodningsmall notera de frågor vars svar gett utslag som kriterier för de olika personlighetstyperna [26].

Vid återkopplingsamtalen går man tillsammans med patienten igenom frågorna och svaren och visar hur dessa redovisats på DSM-IV och ICD-10 histogrammen. Som hjälp för att förklara de olika personlighetstyperna och dithörande kriterier kan man vid genomgången ta med sig DSM-IV och ICD-10 manualerna.

Efter en återkoppling kan hos många patienter finnas kvar frågor de inte fått svar på, förklaringar omkring deras personlighet de inte riktigt förstått eller frågor de aldrig ställde. Det är då viktigt att patienten åter får möjlighet att vända sig till psykologen med sina frågor. En fördel är om patienten har en kontaktman eller någon annan behandlare inom den verksamhet där patienten får sin behandling som kan vara med vid återkopplingen eller finnas som stöd efteråt.

6 Resultat

Samtliga resultatavsnitt (förutom avsnitten 6.11, 6.12, 6.16, 6.17, 6.18, 6.19, 6.20) är enbart sammanställningar av patienternas självskattade DIP-Q och bygger inte på någon annan klinisk bedömning. Avsnitt 6.11 beskriver sambandet mellan neuropsykologiska funktionsnedsättningar och patienternas DIP-Q skattade personlighetsstörningar. Avsnitt 6.12 beskriver de patienter som har en tidigare fastställd personlighetsdiagnos och samsjukligheten med syndromdiagnoser.

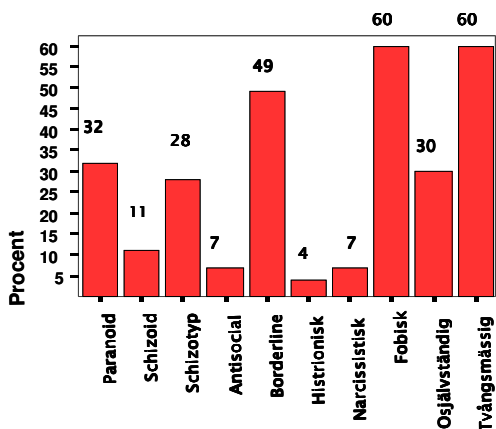
6.1 Personlighetstyper enligt DIP-Q

De vanligast förekommande personlighetstyperna⁶ hos patienterna går att utläsa ur figur 1a och figur 1b.

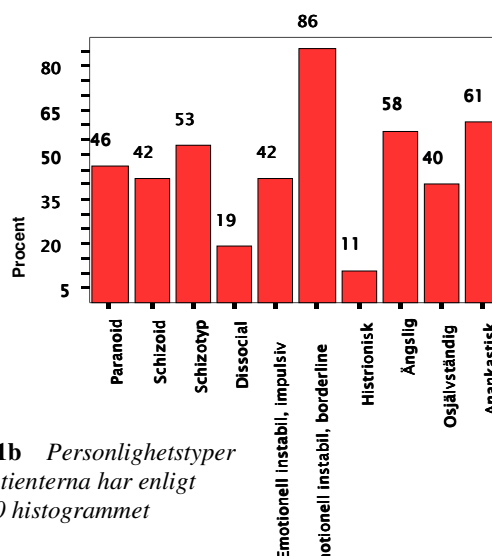
I DSM-IV klassificeringen är tvångsmässig och fobisk de mest framträdande personlighetstyperna bland patienterna, följt av borderline, paranoid, osjälvständig och schizotyp personlighetstyp.

I ICD-10 är emotionell instabil; borderline de mest framträdande personlighetstyperna, följt av anankastisk, ängslig, schizotyp och paranoid.

I båda diagnosystemen är borderline och tvångsmässig personlighetstyp de mest vanliga, följt av fobisk/ängslig. På gruppnivå föreligger det alltså en ganska god samstämmighet i bedömning mellan de olika diagnosystemen.



Figur 1a Personlighetstyper som patienterna har enligt DSM-IV histogrammet



Figur 1b Personlighetstyper som patienterna har enligt ICD-10 histogrammet

⁶ Personlighetstyper används här för att beskriva typologin. Ovanstående personlighetstyper klassificeras med diagnosystemen DSM-IV och ICD-10. Det finns fler personlighetstyper som passivt-aggressiv, depressiv, masochistisk, dissociativ, psykopatisk etc. som inte inkluderas i ovanstående diagnosystem.

6.2 Personlighetsstörningar enligt DIP-Q

Antal personlighetsstörningar (PD) som patienterna har samtidigt kan utläsas ur figur 2a och figur 2b.

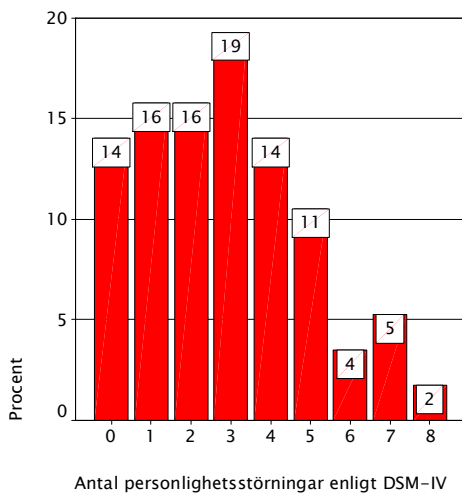
19 % av patienterna uppvisar minst tre PD samtidigt, 14 % uppvisar fyra och 11 % fem olika PD. 14 % har inga personlighetsstörningar (enligt DSM-IV).

14 % av patienterna har tre olika PD, 9 % har fem, 18 % har sex och 18 % har sju. 4 % har inga personlighetsstörningar (enligt ICD-10).

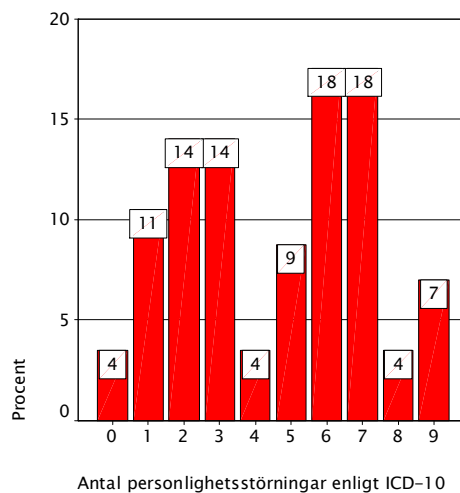
För övrigt visar undersökningen att patienterna i genomsnitt har 3/10 personlighetsstörningar⁷ skattade med DSM-IV och i genomsnitt 5/10 PD skattade med ICD-10.

55 % av patienterna har 3> personlighetsstörningar samtidigt (DSM-IV).

56 % av patienterna har 5> personlighetsstörningar samtidigt (ICD-10).



Figur 2a Antal personlighetsstörningar som patienterna har enligt DSM-IV histogrammet



Figur 2b Antal personlighetsstörningar som patienterna har enligt ICD-10 histogrammet

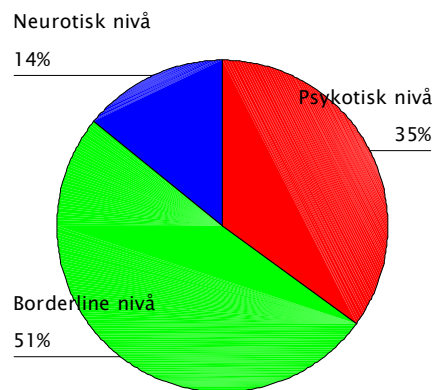
⁷ Uppförandestörning är inte inräknad

6.3 Personlighetsorganisering enligt DIP-Q

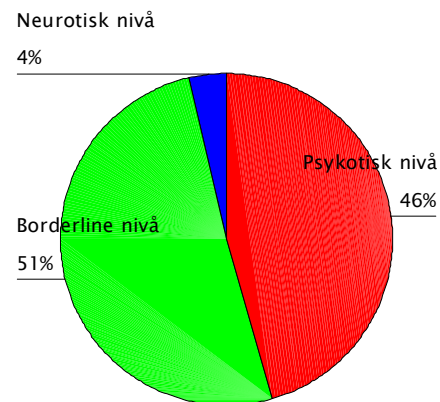
Andel patienters personlighetsorganisering på de olika utvecklingsnivåerna går att utläsa ur figur 3 a och figur 3 b.

51 % av patienterna har en borderline personlighetsorganisation (BPO).

Det är något vanligare att patienter skattade med DSM-IV har en neurotisk organisering (14 % mot 4 %) och att patienter skattade med ICD-10 har en psykotisk organisering (46 % mot 35 %).



Figur 3a Patienternas personlighetsorganisering enligt DSM-IV



Figur 3b Patienternas personlighetsorganisering enligt ICD-10

6.4 Personlighetsstruktur enligt DIP-Q

Personlighetsstrukturen hos patienterna dvs. samspelet mellan utvecklingsnivå och personlighetstyp går att utläsa i tabell 2a och tabell 2b.

Skattade med DSM-IV föreligger följande:

- ◆ Hos patienterna som är organiserade på en *neurotisk nivå* (låg profil på histogrammet) är främst *borderline*, sedan *tvångsmässig* och *osjälvständig personlighetsstruktur* mest vanlig.
- ◆ Hos patienterna som är organiserade på en *borderline nivå* (gränsprofil på histogrammet) är främst *tvångsmässig*, sedan *fobisk* och *borderline personlighetsstruktur* mest vanlig.
- ◆ Hos patienterna som är organiserade på en *psykotisk nivå* (hög profil på histogrammet) är främst *borderline*, sedan *fobisk* och *tvångsmässig personlighetsstruktur* mest vanlig.

I DSM-IV skattningen är antisociala, histrioniska och narcissistiska personlighetsstrukturer mindre förekommande bland patienterna. Men när de förekommer är det framförallt hos personerna med en psykotisk personlighetsorganisering.

Skattade med ICD-10 föreligger följande:

- ◆ Hos patienterna som är organiserade på en *neurotisk nivå* (låg profil på histogrammet) är främst *borderline*, sedan *histrionisk* och *impulsiv personlighetsstruktur* mest vanlig.
- ◆ Hos patienterna som är organiserade på en *borderline nivå* (gränsprofil på histogrammet) är främst *borderline*, sedan *tvångsmässig* och *schizoid personlighetsstruktur* mest vanlig.
- ◆ Hos patienterna som är organiserade på en *psykotisk nivå* (hög profil på histogrammet) är främst *paranoid*, sedan *histrionisk* och *dissocial personlighetsstruktur* mest vanlig.

Tabell 11 a Personlighetsstrukturens utvecklingsnivå och vanligast förekommande personlighetstyper i DSM-IV skattningen

PERSONLIGHETSSTRUKTURER			
Utvecklingsnivå	Personlighetstyper		
neurotisk nivå ⁸ (14 %)	borderline	tvångsmässig	osjälvständig
borderlinenivå ⁹ (51 %)	tvångsmässig	fobisk	borderline
psykotisk nivå ¹⁰ (35 %)	borderline	fobisk	tvångsmässig

Tabell 11 b Personlighetsstrukturens utvecklingsnivå och vanligast förekommande personlighetstyper i ICD-10 skattningen

PERSONLIGHETSSTRUKTURER			
Utvecklingsnivå	Personlighetstyper		
neurotisk nivå (4 %)	borderline	histrionisk	impulsiv
borderlinenivå (51 %)	borderline	tvångsmässig	schizoid
psykotisk nivå (46 %)	paranoid	histrionisk	dissocial

⁸ Teoretiska modeller på den neurotiska nivån; oïdipal (Freud), initiativ kontra skuld (Erikson), identitetsintegration och objektkonstans (Mahler) [16].

⁹ Teoretiska modeller på borderlinenivån; anal fas (Freud), autonomi kontra skam och tvivel (Erikson), separation – individuation (Mahler) [16].

¹⁰ Teoretiska modeller på den psykotiska nivån; oral (Freud), grundtillit kontra misstro (Erikson), symbios (Mahler) [16].

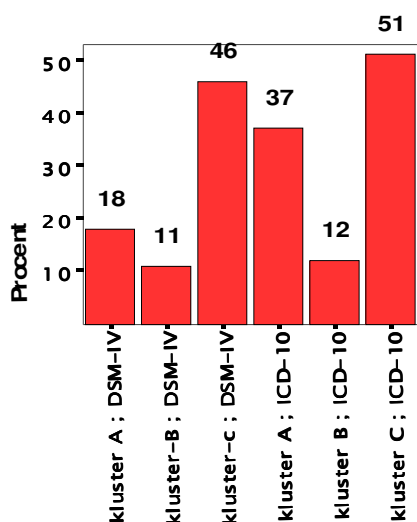
6.5 Kluster A, B, C och personlighetsmönster enligt DIP-Q

Vilka kluster som patienterna vanligtvis befinner sig i och därtill vilket personlighetsmönster som patienterna har går att utläsa ur figur 4a och figur 4b.

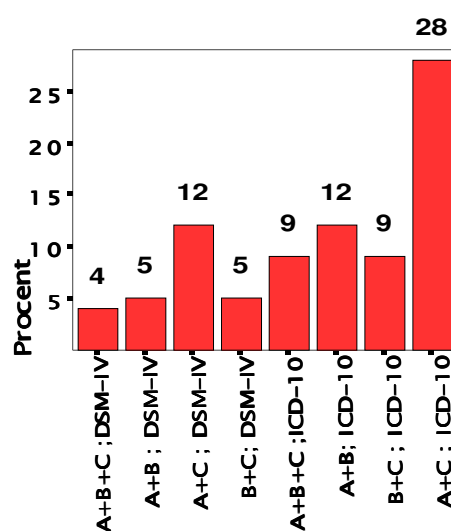
Det är vanligast att patienterna befinner sig i kluster C inom de båda diagnossystemen. Personlighetsmönstret är neurotiskt och präglas av undandragande och ängsliga personlighetsdrag.

Många patienter befinner sig inom fler än ett kluster. Den vanligaste kombinationen är kluster A och C. Personlighetsmönstret är såväl psykotiskt som neurotiskt med udda, excentriska, undandragande och ängsliga personlighetsdrag.

Oavsett om den enskilt vanligaste personlighetstypen bland patienterna är borderline och att de organiserar sig på en borderline personlighetsnivå, är det en mindre andel av patienterna vars personlighetsmönster är kluster B (ett mönster med utagerande och dramatiska personlighetsdrag).



Figur 4a Andel patienter som tangerar eller överstiger gränsvärdet inom de olika klustren



Figur 4b Kombinationer av kluster som patienterna kan befinna sig i

6.6 Generalkriterier enligt DIP-Q

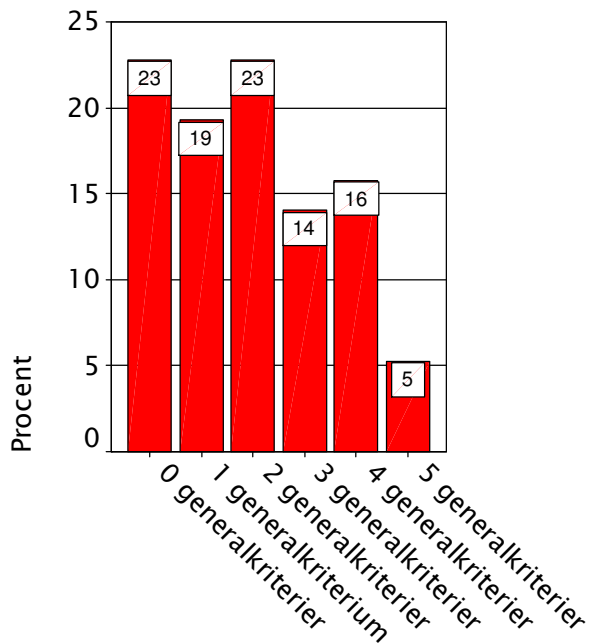
Andel patienter som uppfyller minst 2 generalkriterier samt medelvärdet för antal generalkriterier går att utläsa ur figur 5a och figur 5b.

- 23 % har 2 generalkriterier
- 14 % har 3 generalkriterier
- 16 % har 4 generalkriterier
- 5 % har 5 generalkriterier

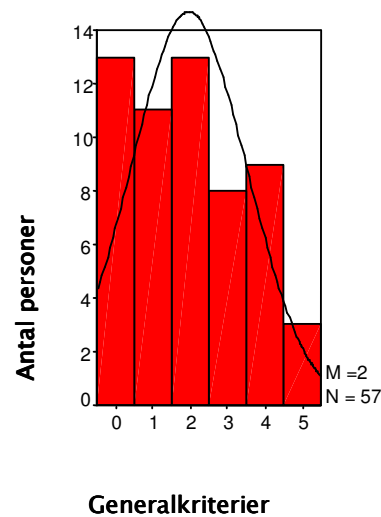
Sammanlagt har 58 % av patienterna 2 eller flera generalkriterier.

I genomsnitt uppfyller patienterna 2 generalkriterier.

Det är detta antal som måste vara uppfyllt för att diagnos sannolikt kan föreligga.



Figur 5a Andel patienter som uppfyller generalkriterierna för personlighetsstörning



Figur 5b Antal generalkriterier som patienterna i genomsnitt uppfyller

6.7 Självsfattad GAF (globalt funktionsvärde) enligt DIP-Q

Patienternas globala värde gällande GAF (år) och GAF (veckor) går att utläsa ur figur 6a och figur 6b.

Patienterna har i genomsnitt värdet 52 på GAF (år).

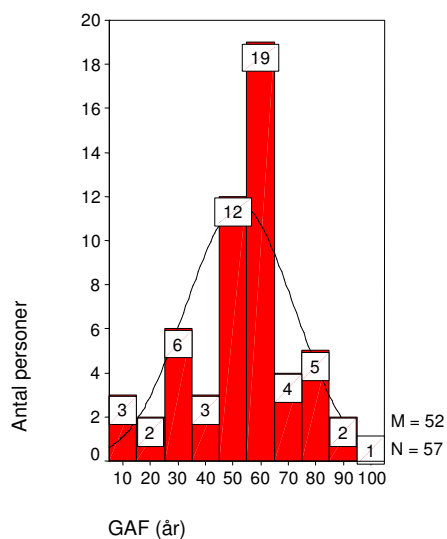
Detta värde på GAF-skalan [2] (se tabell 8, avsnitt 5.4) ligger i intervallen 51-60 som beskriver följande symtom och funktion:

”**Måttliga symtom** (t ex flacka affekter och omständligt tal, enstaka panikattacker) **eller måttliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola** (t ex har endast få vänner, har konflikter med kolleger eller arbetskamrater).

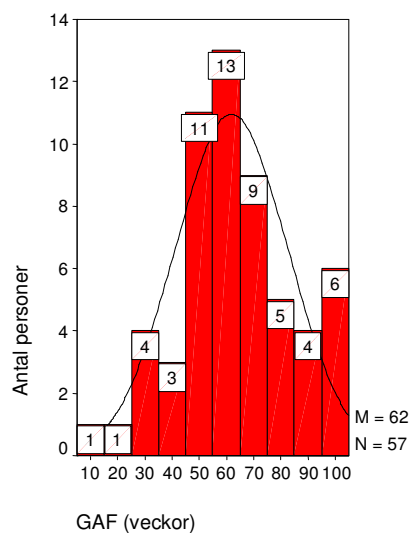
Om en person ligger inom detta intervall gällande vårdbehov så får personen sin behandling inom psykiatrisk öppenvård (se tabell 7, avsnitt 5.4) [23,24].

GAF (veckor) är 62. På GAF-skalan är intervallen 61-70 och beskriver följande symtom och funktion:

”**Vissa lindriga symtom** (t ex nedstämdhet och lindriga sömnbesvär) **eller vissa funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola** (t ex tillfälligt skolk, stulit från annan familjemedlem) **men i stort sett tämligen välfungerande, har några etablerade, betydelsefulla personliga relationer.**



Figur 6a Patienternas globala funktionsbedömning det senaste året



Figur 6b Patienternas globala funktionsbedömning de senaste veckorna

6.8 Personlighetsdiagnos enligt DIP-Q

Andel patienter som uppfyller kriterierna för personlighetsdiagnos går att utläsa ur figur 7.

« 4 % uppfyller enbart 2 generalkriterier

« 21 % uppfyller GAF (år) < 70

« 11 % uppfyller GAF (år) < 50

« 23 % uppfyller såväl generalkriterierna som GAF (år) < 70

« 32 % uppfyller såväl generalkriterierna som GAF (år) < 50

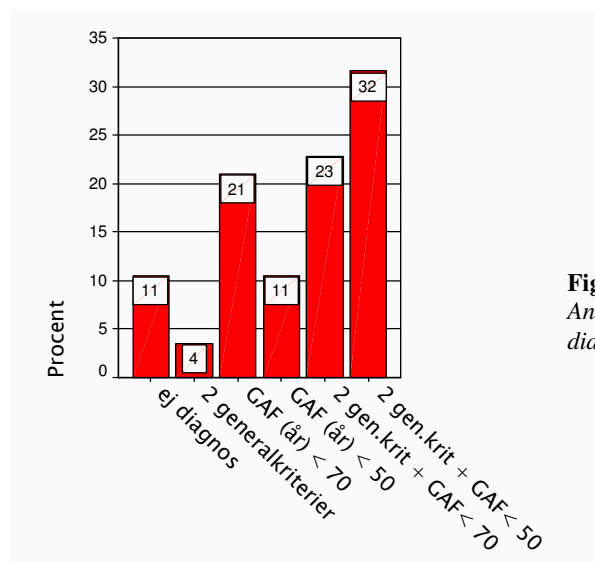
89 % av patientgruppen uppfyller kriterierna för en personlighetsdiagnos.

55 % uppfyller såväl generalkriterierna som GAF (år) < 70

87 % av patienterna har ett GAF- värde mindre än 70.

43 % av patienterna har ett GAF- värde mindre än 50.

Detta innebär att ett stort antal av patienterna uppfyller en personlighetsdiagnos om man enbart ser till GAF-värdet. Enligt de vårdprioriteringar som är gjorda (se tabell 7, avsnitt 5.4) ska personer med en expertskattad GAF mellan 40-50 få sitt vårdbehov tillgodosedd av primärvård psykiatrin. Om det expertskattade GAF-värdet sammanfaller med det självskattade GAF-värdet (vilket vissa uppskattningar tyder på) innebär det i förlängningen att flera personer med en personlighetsstörning framöver inte kommer att få sin behandling inom specialistpsykiatrin.



Figur 7
Andel patienter som enligt DIP-Q uppfyller diagnos för personlighetsstörning

6.9 Personlighetsorganisering inom diagnosgrupperna enligt DIP-Q

Andel patienter inom de olika utvecklingsnivåerna som uppfyller personlighetsdiagnos går att utläsa ur tabell 12 a och tabell 12 b .

Tabell 12a Andel patienter inom de olika utvecklingsnivåerna som uppfyller personlighetsdiagnos enligt DSM-IV

<i>Diagnos grupper</i>	Neurotisk nivå	Borderlineni vå	Psykotisk nivå	Totalt
ej diagnos	5 %	5 %		10 %
minst 2 gen.krit		2 %	2 %	4 %
GAF < 70	3 %	16 %	1 %	21 %
GAF < 50	4 %	5 %	2 %	11 %
2 gen. krit + GAF < 70		11%	12 %	23 %
2 gen. krit + GAF < 50	2 %	12 %	18 %	32 %
Totalt	14 %	51 %	35 %	100 (101) %

Tabell 12 b Andel patienter inom de olika utvecklingsnivåerna som uppfyller personlighetsdiagnos enligt ICD-10

Diagnos grupper	Neurotisk nivå	Borderlineni vå	Psykotisk nivå	Totalt
ej diagnos	2 %	7 %	2 %	11 %
minst 2 gen.krit			4 %	4 %
GAF < 70	2 %	19 %		21 %
GAF < 50		9 %	2 %	11 %
2 gen. krit + GAF < 70		5 %	18 %	23 %
2 gen. krit + GAF < 50		11 %	21 %	32 %
Totalt	4 %	51 %	46 %	101 (102) %

6.10 Personlighetsstörningar inom diagnosgrupperna enligt DIP-Q

De vanligast förekommande personlighetsstörningarna hos patienterna inom de olika diagnosgrupperna går att utläsa ur tabell 13.

Hos de patienter som inte uppfyller generalkriterierna men har en GAF < 70 är osjälvständig-, tvångsmässig- och borderline personlighetsstörning mest vanlig.

Den antisociala-, histrioniska-, narcissistiska-, schizoida- och fobiska personlighetsstörningen återfinns främst hos de patienter som uppfyller såväl generalkriterierna som GAF < 70.

Tabell 13 De vanligast förekommande personlighetsstörningarna enligt DSM-IV och ICD-10 i procent

Diagnos grupper	Personlighetsstörningar enligt DSM-IV (%)	Personlighetsstörningar enligt ICD-10 (%)
ej diagnos	Paranoid 11, schizotyp 6, tvångsmässig 3	Dissocial 18, paranoid 12, schizoid 8, borderline 8
minst 2 gen.krit	Paranoid 6, fobisk 6, osjälvständig 6, tvångsmässig 6	Dissocial 9, osjälvständig 9, paranoid 8, ängslig 6
GAF < 70	Osjälvständig 29, tvångsmässig 24, borderline 22, fobisk 12	Borderline 18, histrionisk 17, osjälvständig 17, tvångsmässig 17
GAF < 50	Schizoid 17, schizotyp 6, tvångsmässig 6	Schizotyp 10, tvångsmässig 9, impulsiv 8, borderline 8
2 gen. krit + GAF < 70	Antisocial 50, histrionisk 50, narcissistisk 50, paranoid 44, fobisk 32, schizotyp 31, borderline 29, osjälvständig 24, tvångsmässig 24	Paranoid 42, ängslig 39, schizotyp 33, histrionisk 33, osjälvständig 30, schizoid 29, dissocial 27, tvångsmässig 26, impulsiv 25, borderline 24
2 gen. krit + GAF < 50	Schizoid 68, schizotyp 50, antisocial 50, histrionisk 50, narcissistisk 50, fobisk 47, borderline 43, osjälvständig 41	Schizoid 50, histrionisk 50, impulsiv 46, osjälvständig 44, ängslig 42, schizotyp 40, tvångsmässig 37, borderline 36

6.11 Neuropsykologiska funktionsnedsättningar och personlighetsstörningar enligt DIP-Q

Andel personer med en neuropsykologisk funktionsnedsättning (NPF)¹¹ och sambandet mellan NPF och personlighetsstörningar enligt DIP-Q går att läsa i nedanstående text.

I denna studie är 26 % neuropsykologiskt utredda. Av de utredda personerna har 39 % en störning som vanligen diagnostiseras under barndomen och 33 % en neurokognitiv störning

♣ Uppmärksamhet / hyperaktivitet (AD/HD)	13 %
♣ Aspergers syndrom	13 %
♣ Mental retardation	13 %
♣ Traumatiska hjärnskador efter sjukdom eller skada	20 %
♣ Minnesrelaterade sjukdomar	13 %
♣ Ingen neuropsykologisk diagnos	28 %

Totalt i studiens patientgrupp har 11 % ett s.k. neuropsykiatriskt tillstånd (NPT)¹² och 9 % en neurokognitiv diagnos. Sammantaget har 20 % en neuropsykologisk funktionsnedsättning. Ingen patient har fått denna diagnos utan att vara psykologutredd.

Studien visar att neuropsykologiska funktionsnedsättningar är lika vanligt bland kvinnorna som bland männen och att det är fler kvinnor som har diagnosen AD/HD och fler män som har ett Aspergers syndrom.

Hos mottagningens behandlare finns en misstanke om att ytterligare 18 % av patienterna har en neuropsykologisk funktionsnedsättning. Det är betydligt vanligare att man tror att de manliga patienterna har en funktionsnedsättning (11 %) än de kvinnliga patienterna (7 %) har det.

När det gäller barndomsdiagnoserna är det dubbelt så vanligt att man misstänker att en man har ett NPF än att en kvinna har det.

82 % av patienterna med en neuropsykologisk funktionsnedsättning får en hög profil på DSM-IV histogrammet och överskrider cut-off gränsen på 4 eller fler personlighetsstörningar mot 33 % som inte har funktionsnedsättningen. Förhållandet är 73 % mot 61 % av patienterna på ICD-10 histogrammet.

De patienter som misstänks ha en neuropsykologisk funktionsnedsättning får också en hög profil. 30 % överskrider cut-off gränsen på 4 eller fler

¹¹ NPF-inkluderar diagnoserna uppmärksamhet/hyperaktivitet (AD/HD), Aspergers syndrom, mental retardation, traumatiska hjärnskador efter sjukdom eller skada samt minnesrelaterade sjukdomar.

¹² NPT-inkluderar diagnoserna uppmärksamhet/hyperaktivitet (AD/HD), Aspergers syndrom och mental retardation. Dessa funktionsnedsättningar diagnostiseras vanligtvis under barndom och ungdomsåren.

personlighetsstörningar på DSM-IV histogrammet och 60 % på ICD-10 histogrammet.

Sambandet mellan en hög profil på DIP-Q histogrammet och en neuropsykologisk funktionsnedsättning är endast signifikant skattat med DSM-IV ($\chi^2=8,819$, $df=1$, $p=0,003$).

37 % av patienterna med en neuropsykologisk funktionsnedsättning har också diagnosen personlighetsstörning. 60 % av patienterna som har en hjärnskada¹³ har också en personlighetsstörning.

Skattade med DSM-IV finns det en tendens till samband mellan NPF och personlighetsstörningarna histrionisk ($\chi^2=8,668$, $df=1$, $p=0,003$) och borderline ($\chi^2=3,039$, $df=1$, $p=0,081$). Skattade med ICD-10 finns det en tendens till samband mellan NPF och personlighetsstörningarna dissocial ($\chi^2=5,988$, $df=1$, $p=0,014$) och histrionisk ($\chi^2=4,059$, $df=1$, $p=0,044$).

Skattade med DSM-IV är sambandet signifikant mellan NPT och personlighetsstörningarna histrionisk ($\chi^2=17,618$, $df=1$, $p=0,000$), osjälvständig ($\chi^2=9,174$, $df=1$, $p=0,002$) och antisocial ($\chi^2=7,7117$, $df=1$, $p=0,008$). Skattade med ICD-10 föreligger ett signifikant samband mellan NPT och histrionisk ($\chi^2=11,084$, $df=1$, $p=0,001$) och tendens till samband med personlighetsstörningarna osjälvständig ($\chi^2=5,147$, $df=1$, $p=0,023$) och dissocial ($\chi^2=4,059$, $df=1$, $p=0,023$).

Studien visar också att det finns ett signifikant samband mellan en diagnostiserad och misstänkt AD/HD diagnos och personlighetsstörningarna paranoid ($\chi^2=8,313$, $df=1$, $p=0,004$), antisocial ($\chi^2=7,117$, $df=1$, $p=0,008$), borderline ($\chi^2=6,945$, $df=1$, $p=0,008$) samt narcissistisk ($\chi^2=7,117$, $df=1$, $p=0,008$) (DSM-IV) och en tendens till samband med emotionell instabil; impulsiv personlighetsstörning ($\chi^2=4,676$, $df=1$, $p=0,031$) (ICD-10).

Det finns också tendens till samband mellan en diagnostiserad och misstänkt autismspektrumstörning och fobisk personlighetsstörning ($\chi^2=1,929$, $df=1$, $p=0,165$) (DSM-IV) och personlighetsstörningarna emotionell instabil; impulsiv ($\chi^2=4,877$, $df=1$, $p=0,027$) och tvångsmässig ($\chi^2=4,215$, $df=1$, $p=0,040$) (ICD-10).

6.12 Patienter med en tidigare fastställd personlighetsdiagnos och komorbiditeten med syndromdiagnoser

Samsjukligheten eller komorbiditeten med andra syndromdiagnoser hos de patienter som har en tidigare fastställd personlighetsdiagnos går att läsa i nedanstående text.

¹³ Här menas personer med en förvärvad hjärnskada och en mental retardation.

24 % av patienterna har en tidigare fastställd personlighetsdiagnos. Av dessa patienter har 64 % också en syndromdiagnos. De vanligaste diagnoserna är ångestsyndrom, uppmärksamhetsstörning/ hyperaktivitet samt organisk hjärnskada.

Av patienterna med en personlighetsstörning har 36 % en neuropsykologisk funktionsnedsättning (NPF) (ingen könsskillnad). I den totala patientgruppen har 20 % en neuropsykologisk funktionsnedsättning (se avsnitt 6.10). Personlighetsstörning är en lite vanligare diagnos bland kvinnorna (25 %) än bland männen (18 %).

19 % av den totala patientgruppen har också en Z04 diagnos; *undersökning och observation av andra skäl*. Den vanligaste utredningsdiagnosen är Z04.8; *begäran om expertutlåtande*. Läkaren på mottagningen kan ha begärt in ett yrkesspecifikt utlåtande eller bedömt att patienten bör utredas innan ett diagnostiskt ställningstagande görs.

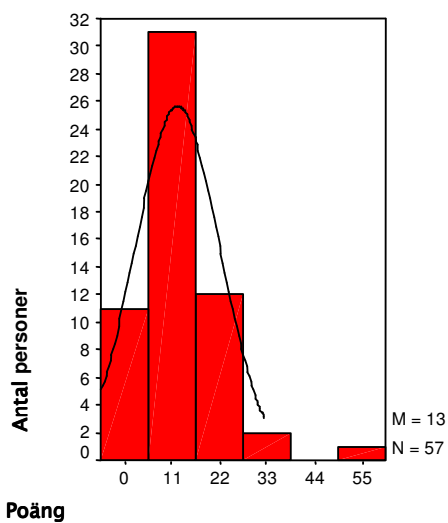
Av patienterna med personlighetsstörning är det 14 % som har denna diagnos.

6.13 Psykosociala problem och påfrestning enligt DIP-Q

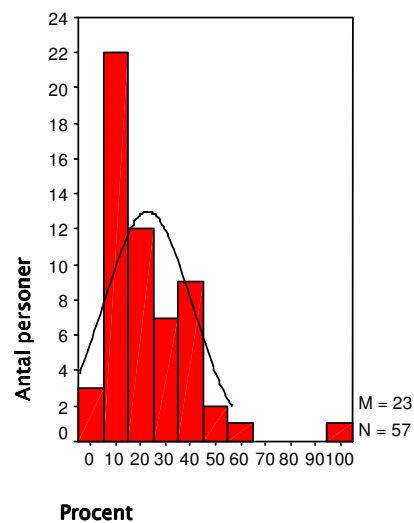
Den psykosociala stressnivån räknat i poäng och procent går att utläsa ur figur 10a och figur 10b.

Stressnivån hos patienterna är 13/55 (23 %). Enligt tabell 10 (avsnitt 5.6) befinner sig patientgruppen i intervallet *lätt – måttlig stress*, stressnivå B.

Patienterna befinner sig inte i något akut stresstillstånd. Deras resultat på hela självskattningen blir då mer tillförlitlig.



Figur 8a Patienternas psykosociala stressnivå räknat i poäng



Figur 8b Patienternas psykosociala stressnivå räknat i procent

6.14 Personlighetsdiagnos och hög stressnivå enligt DIP-Q

Sambandet mellan personlighetsdiagnos och hög stressnivå går att läsa ur texten nedan.

Stressnivå A; intervall *ingen - lätt stress* (0) och stressnivå B, C, D, E och F; intervall *lätt - katastrofal stress* (1) har korstabulerat med personlighetsdiagnos. Sambandet är inte signifikant, men det finns en tendens till ett samband ($\chi^2=3,157$, $df=1$, $p=0,076$).

I det sammanslagna intervallet *måttlig - katastrofal stress*, stressnivå C, D, E och F är sambandet inte signifikant och det finns inte heller en tendens till ett samband ($\chi^2 = 1,303$; $df = 1$; $p = 0,254$)

Resultatet visar inget signifikant samband mellan personlighetsdiagnos och stressnivå. Ju högre stressnivån är ju mindre blir sambandet.

6.15 Könsskillnader i personlighetsstörning, funktionsförmåga och psykosociala problem enligt DIP-Q

Sambandet mellan kön och personlighetsstörning, funktionsförmåga och psykosociala problem går att läsa ur texten nedan.

Könsskillnad i personlighetsstörning

Skattade med DSM-IV:

Det är en tydlig tendens att personlighetsstörningen borderline är mer förekommande hos kvinnorna. 58 % av kvinnorna har denna störning mot 30 % av männen ($\chi^2=3,766$, $df=1$, $p=0,052$).

Skattade med ICD-10:

Personlighetsstörningen histrionisk återfinns bland kvinnorna. 15 % av kvinnorna har denna störning mot 0 % av männen. Då det är så få som har störningen blir könsskillnaden inte signifikant ($\chi^2=2,850$, $df=1$, $p=0,091$).

I båda diagnossystemen är könen rätt lika belastade med de enskilda störningarna.

Könsskillnad i funktionsförmåga

Könsskillnaden gällande GAF (år)<70 är inte signifikant ($\chi^2=1,870$, $df=1$, $p=0,179$).

Bland kvinnorna har 90 % skattat sig med GAF 70< och bland männen 77%.

Könsskillnaden gällande GAF (år)< 50 är inte signifikant ($\chi^2=1,601$, $df=1$, $p=0,206$).

Bland kvinnorna har 48 % skattat sig med GAF< 50 och bland männen 30%.

Könsskillnaden gällande GAF(veckor) < 70 är inte signifikant ($\chi^2=1,671$, $df=1$, $p=0,413$).

Bland kvinnorna har 70 % skattat sig med GAF (veckor) <70 och bland männen är det 59 %.

Könsskillnad i psykosociala problem

Könsskillnaden gällande stressnivå är inte signifikant ($\chi^2=2,943$, $df=1$, $p=0,401$).

Resultatet visar inga signifikanta könsskillnader gällande personlighetsstörning, funktionsförmåga eller psykosociala problem. Däremot är borderline och histrionisk personlighetsstörning oftare förekommande bland kvinnorna än bland männen.

6.16 Behandlingsresurser

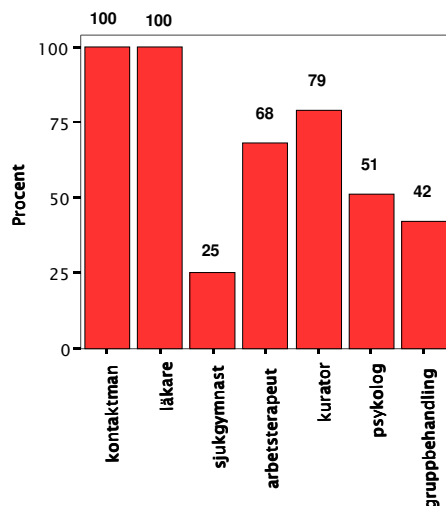
Vilka behandlingsresurser som finns på mottagningen och hur stor andel av patienterna som har kontakt med respektive yrkesgrupp går att utläsa ur figur 9.

Samtliga patienter har en återkommande kontakt med sin kontaktman och läkare. Kuratorn är sedan den person som flest patienter har eller haft en kontakt med. Därefter kommer arbetsterapeuten. Sjukgymnasttjänsten är på 75 %. Därav färre patientkontakter.

51 % har eller har haft kontakt med psykologen gällande:

- ▶ psykoterapeutisk behandling (28 %)
- ▶ jagstödande samtal (9 %)
- ▶ enbart psykoterapibedömning (7 %)
- ▶ utredning (7 %)

42 % av patienterna deltar eller har deltagit i någon form av gruppbehandling.



Figur 9
Behandlingsresurser på mottagningen och andel av patienterna som har kontakt

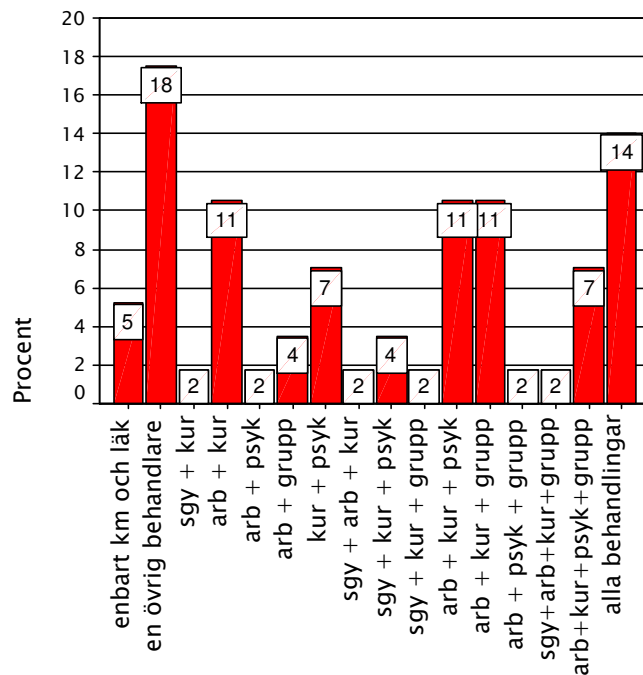
6.17 Behandlingskontakter

Hur stor andel av patienterna som har flera behandlingskontakter förutom kontakten med sin kontaktman och läkare går att utläsa ur figur 10.

I genomsnitt har patienterna kontakt med fem behandlare inklusive sin kontaktman och läkare.

5 % av patienterna har enbart en kontakt med sin kontaktman och läkare och 18 % har också någon annan behandlare som de träffar.

25 % träffar fyra behandlare, 28 % träffar fem behandlare, 11 % träffar samtliga behandlare och 14 % träffar samtliga behandlare samt ingår också i någon grupp



Figur 10
Kombinationerna av
behandlingskontakter som
patienterna kan ha

6.18 Behandling och sysselsättning

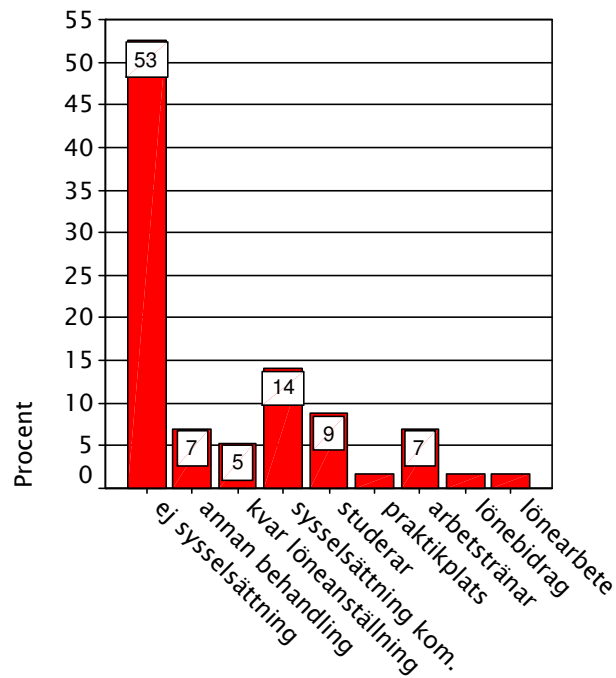
Hur stor andel av patienterna som har en någon sysselsättning vid sidan av behandlingen på mottagningen går att utläsa ut figur 11.

53 % av patienterna har inte någon annan sysselsättning än den behandling som de får på mottagningen.

7 % får någon annan behandling utanför mottagningen ex behandlingshem

5 % har kvar sin löneanställning

14 % har en sysselsättning inom kommunen, 9 % är studerande och 7 % arbetstränar



Figur 11

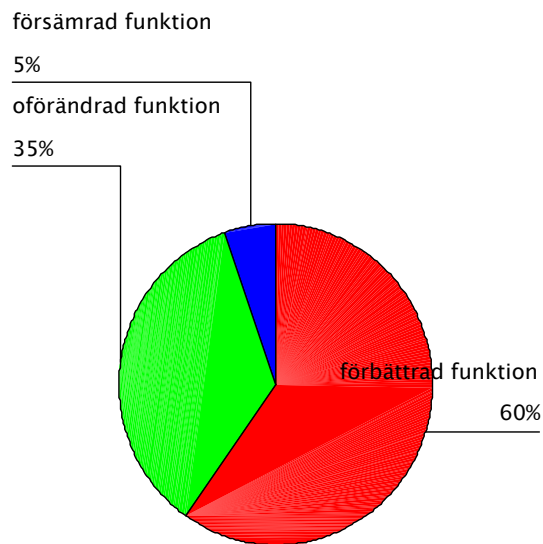
Andel patienter som har en annan sysselsättning vid sidan av behandlingen på mottagningen

6.19 Psykisk hälsa

Om patientens psykiska hälsa under behandlingstiden på mottagningen blivit förbättrad, om den är oförändrad eller om den blivit försämrad går att utläsa ur figur 12.

Enligt bedömning (avsnitt 4.6) från patienternas behandlare har:

- 60 % av patienterna under sin behandlingstid fått en förbättrad psykisk hälsa.
- 35 % en oförändrad psykisk hälsa.
- 5 % fått en försämrad psykisk hälsa.



Figur 12
Patienternas psykiska hälsa under behandlingstiden på mottagningen

6.20 Sambandet mellan psykisk hälsa, sysselsättning och behandling

Sambandet mellan psykisk hälsa, sysselsättning och behandling går att läsa ur texten nedan.

Förbättrad psykisk hälsa (60 %)

Av de patienter vars psykiska hälsa förbättrats under sin behandlingstid har 56 % någon sysselsättning utanför mottagningen.

6 % av dessa patienter har kontakt med tre behandlare¹⁴, 3 % har kontakt med fyra, 18 % har kontakt med fem behandlare, 15 % har kontakt med samtliga behandlare och 14 % har kontakt med samtliga behandlare samt deltar i någon grupp.

Av de patienter (44 %) som har sin aktivitet på mottagningen har 6 % enbart kontakt med läkare och kontaktman, 12 % har kontakt med tre behandlare, 9 % med fyra, 12 % med fem, 3 % med samtliga behandlare och 3 % med samtliga behandlare samt deltar i någon grupp.

Oförändrad psykisk hälsa (35 %)

Av de patienter vars psykiska hälsa är oförändrad sedan de började sin behandling har 40 % någon sysselsättning utanför mottagningen.

5 % av dessa patienter har enbart kontakt med sin läkare och kontaktman, 5% har tre behandlare, 10 % har fyra behandlare och 20 % har fem behandlingskontakter.

Av de patienter (60 %) som har sin aktivitet enbart på mottagningen har 15 % kontakt med tre behandlare, 35 % kontakt med fyra behandlare och 10 % kontakt med samtliga behandlare samt deltar i någon grupp.

Försämrade psykisk hälsa (5 %)

Av de patienter som under sin behandlingstid blivit försämrade har samtliga sin aktivitet på mottagningen. 33 % har kontakt med fyra behandlare och 67% med fem behandlare.

Det finns ett tydligt samband mellan psykisk hälsa, sysselsättning och behandlingsinsatser. Studien visar att de patienter som har en förbättrad psykisk hälsa också i större utsträckning har sin sysselsättning utanför mottagningen och har färre behandlingskontakter.

¹⁴ I behandlare inkluderas alltid kontaktman och läkare. Tre behandlare är kontaktman, läkare samt någon annan behandlarkategori.

6.21 Prognostiskt värde gällande livskvalité i en DIP-Q skattning

Om en DIP-Q skattning har ett prognostiskt värde gällande patienternas livskvalité går att läsa i nedanstående text.

Skillnaden mellan GAF (veckor) och GAF (år) kan vara ett mått på att den behandling som patienterna fått lett till ett tillfrisknande eller inte. I denna studie är skillnaden i medelvärdet mellan år och veckor + 10. Medianen¹⁵ är +5.

En korstabulering är gjord mellan personlighetsstörningarna och medianen av GAF- skillnaden för att se om det finns ett samband mellan personlighet och upplevd tillfrisknande.

Det är en tydlig tendens att patienter med en *schizotyp personlighetsstörning* ($\chi^2=3,810$, $df=1$, $p=0,051$ (*DSM-IV*) och ($\chi^2=3,850$, $df=1$, $p=0,050$ (*ICD-10*) och patienter med en *borderline personlighetsstörning* ($\chi^2= 2,949$, $df =1$, $p=0,086$) (*DSM-IV*) upplever ett tillfrisknande

Sambandet är inte signifikant, men det finns en tendens att patienterna med en schizotyp och en borderline personlighetsstörning upplever sin livskvalité förbättrad. Även patienterna med en ängslig och en osjälvständig personlighetsstörning uppvisar en viss tendens, men den är inte så tydlig.

Undersökningen visar också att 59 % av patienterna med en förbättrad psykisk hälsa, 50 % med en oförändrad psykisk hälsa och 33 % med en försämrad hälsa har skattats GAF (veckor) har högre än GAF (år).

¹⁵ Det värde som delar gruppen i 50/50 dvs. jämstora grupper.

7 Diskussion

Det finns ett antal skäl till att göra personlighetsbedömningar. Det finns också ett antal olika kliniska bedömningar och övervägande som görs innan en diagnos fastställs.

I ett psykiatriskt team blir det ofta ett tvärprofessionellt insamlade av fakta kring en person som är till hjälp för diagnosstämningen.

Genom att använda ett självskattningsinstrument som DIP-Q har patienten aktivt tagit ställning till sina personlighetsdrag, till sin funktionsförmåga och till sina psykosociala problem. Denna information är viktig för det fortsatta utrednings- och behandlingsarbetet.

Skattningen är heller inte så tidskrävande för patienten och administrering och rättning för behandlaren är relativt enkelt. Själva tolkningen kräver en viss eftertanke och kunskap och bör kompletteras med ytterligare utredningar eller kliniska intervjuer innan någon diagnos kan sättas.

När man tolkar resultatet får man som behandlare vara uppmärksam på patientens nuvarande psykiska status. Befinner sig patienten i en akut kris eller djupare depression kan personen skatta sig mer dysfunktionell än vad som skett om personen varit i en psykisk balans [5]. Likaså bör man ta hänsyn till om patienten har någon kognitiv funktionsnedsättning. Denna kan försvåra förståelsen av de ställda frågorna och svaren som avges blir då inte helt korrekta.

Resultatet visar att patientgruppen har en personlighetsmässig sårbarhet. I genomsnitt har patienterna tre stycken personlighetsstörningar samtidigt (skattade med DSM-IV) och fem stycken (skattade med ICD-10). De vanligaste personlighetsstörningarna är borderline, tvångsmässig och fobisk.

51 % av patienterna har en borderline personlighetsorganisering (BPO) enligt DIP-Q. Det mest framträdande personlighetsmönstret (kluster C) i patientgruppen är neurotiskt och präglas av undandragande och ängsliga personlighetsdrag.

Den globala självskattade funktionsförmågan (GAF) är i genomsnitt 52. Patienterna har enligt GAF-skalan måttliga symtom och måttliga funktionsnedsättningar [2]. Patienterna får sin behandling inom psykiatrisk öppenvård. Enligt den vertikala prioriteringen inom psykiatri [24] gäller generellt att primärvården har det primära basansvaret vid GAF-värde 50 eller högre. Men också den förväntade kompetensnivån inom specialiteterna allmänmedicin och allmänpsykiatri är faktorer som avgör var basansvaret ska ligga.

Gruppens stressnivå är i intervallet lätt-måttlig. De befinner sig inte i något akut stresstillstånd, vilket gör att självskattningen blir mer tillförlitlig [5].

24 % av patienterna har en tidigare fastställd personlighetsdiagnos. Av dessa patienter har 64 % också en syndromdiagnos. De vanligaste diagnoserna är ångestsyndrom, uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet samt organisk hjärnskada.

86 % av de personer som har diagnosen personlighetsstörning uppfyller också denna diagnos i studien.

89 % av patienterna uppfyller kriterierna för personlighetsstörning enligt DIP-Q manualen. Detta innebär att nästan samtliga patienter på mottagningen kan ha en personlighetsdiagnos, vilket förefaller orimligt. Möjligtvis kan resultatet bero på att DIP-Q kriterierna för att få en personlighetsdiagnos är för lågt satta. Att det endast krävs att GAF < 70 gör att många sannolikt kommer att få en diagnos.

Antal patienter som samtidigt uppfyller 2 >generalkriterier och GAF (år) < 70 är 55 %. Denna siffra verkar vara mer rimlig för denna patientgrupp. Studien ger en antydning om att personlighetsdiagnoser är underdiagnostiserade.

Denna studie visar också att 20 % av patienterna har en neuropsykologisk funktionsnedsättning. Nedsättningen är lika vanlig bland kvinnorna som bland männen, men det är fler kvinnor som har diagnosen AD/HD och fler män som har ett Aspergers syndrom.

Det finns en misstanke bland behandlarna att fler män än kvinnor har en neuropsykologisk funktionsnedsättning. De finns säkerligen en medial påverkan hos oss behandlare att betrakta NPF som ett manligt funktionshinder, men också att de studier som gjorts framförallt har berört pojkar och NPF¹⁶ [27,28].

Sambandet mellan en hög profil på DIP-Q histogrammet (DSM-IV) och en neuropsykologisk funktionsnedsättning är signifikant. Detta tyder på att personer med en neuropsykologisk funktionsnedsättning oftare uppvisar varaktiga personlighetsavvikelser än andra personer.

37 % av patienterna med en neuropsykologisk funktionsnedsättning har också diagnosen personlighetsstörning. 60 % av patienterna som har en hjärnskada¹⁷ har också en personlighetsstörning.

Patienterna i genomsnitt har kontakt med fem behandlare (inklusive sin kontaktman och läkare). Kuratorn är efter kontaktman och läkare den person som patienterna träffar mest. 79 % har eller har haft en kontakt med kuratorn. 14 % träffar samtliga yrkesgrupper samt ingår i någon grupp på mottagningen.

Mer än hälften av patienterna deltar inte i någon annan aktivitet än den behandling de får på mottagningen. Endast 14 % har sysselsättning inom kommunen. Detta tyder på att patientgruppen har stora psykiska och sociala funktionssvårigheter och behöver mycket stöd för att kunna få en aktiv vardag.

¹⁶ Här står NPF för Neuro Psykiatriska Funktionshinder som framförallt AD/HD, Aspergers syndrom och Tourettes syndrom (förf.anm.)

¹⁷ Här menas personer med en förvärvad hjärnskada och en mental retardation.

60 % av patienterna har under sin behandlingstid på mottagningen fått en förbättrad psykiska hälsa. Dessa patienter har i större utsträckning sin sysselsättning utanför mottagningen och har färre behandlingskontakter.

59 % av dessa patienter har också skattat GAF (veckor) högre än GAF (år) vilket kan vara ett mått på att den behandling som patienterna fått lett till ett tillfrisknade.

Denna studie har försökt ge en bild av den personlighetsmässiga sårbarheten hos en psykiatrisk patientgrupp och det stöd från specialistpsykiatrin som gruppen behöver för att kunna fungera i sin vardag och på så sätt kunna få en bättre livskvalité.

Studien har inte belyst de specifika behandlingsmetoderna som används på mottagningen och vilket värde de har för patienternas tillfrisknande. Inte heller har målsättningsfrågor och personalsammansättningsfrågor berörts.

På vilket sätt mottagningen kan utveckla sina samarbetsformer med exempelvis primärvård, försäkringskassan och socialtjänst har inte heller aktualiserats.

Psykiatrin eller den psykiska hälsovården går en ny tid till mötes.

Detta får framtida studier belysa.

8 Referenser

- [1] **Ottosson H** (1999) *Validation of a self-report questionnaire for personality disorders in DSM-IV and ICD-10*. Umeå Universitet.
- [2] **American Psychiatric Association** (1994) *Quick Reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Stockholm: Pilgrim Press.
- [3] **Socialstyrelsen** (1996) *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997*. Systematisk förteckning. Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri.
- [4] **Bodlund O et al** (1994) *Personlighetsformulär DIP-Q*. Umeå Universitet.
- [5] **Ottosson H** (2002) *Klinisk manual för DIP-Q*. Umeå Universitet.
- [6] **Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, von Knorring L, Kullgren G, Lindström E & Söderberg S** (1995) The DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q) Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49,285-291.
- [7] **Bodlund O, Grann M, Ottosson H & Svanborg C** (1998) Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: A comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 433-439.
- [8] **Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, Grann M, von Knorring L, Kullgren G, Lindström E & Söderberg S** (1998) DSM-IV and ICD-10 Personality Disorders: A comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry*, 13, 246-253.
- [9] **Ottosson H, Grann M & Kullgren G** (2000) Test-retest reliability of a self-report questionnaire for DSM-IV and ICD-10 personality disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 53-58.
- [10] **First M et al** (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. American Psychiatric Press.
- [11] **Egidius H** (1997) *Natur och kulturs psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- [12] **Alnaes R, Torgerson S** DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78; 348-355.

- [13] **Rydén G, Vinnars B** (2002) Farmakologisk behandling vid borderline personlighetsstörning. Flera alternativ för symtomlindring men inget mot störningen i sig. *Läkartidningen*, 99, 5088-94.
- [14] **Kernberg O** (1983) *Borderlinetillstånd och patologisk narcissism*. Stockholm: Natur och Kultur.
- [15] **Crafoord C** (1986) *En bok om borderline*. Stockholm: Natur och Kultur
- [16] **McWilliams N** (2000) *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- [17] **Blanck och Blanck** (1974) *Borderline- teori och behandling*. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- [18] **Luborsky L** (1962) Clinician`s Judgment of Mental Health. *Archives of General Psychiatry* 7:407-417.
- [19] **Spitzer et al.** (1976) The Global Assessment Scale: A procedure of Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Archives of General Psychiatry* 33:766-771.
- [20] **Candefjord I-L, Larsson M.** Gaf-projektet 2003, öppenvård. Huvudrapport del 1. *Nysam-Nyckeltalssamverkan augusti 2003*.
- [21] **Pedersen G** (1998) Global Assessment of Functioning - split version. <http://www.195.159.103.37/gaf/docroot/>
- [22] **Olofsson S, Grann M** (1998-1999) Dataversionen av DIP-Q. Umeå Universitet.
- [23] **Söderberg P** (2002) *GAF-videoprojektet. Psykiatrins Utvecklingsenhet i Dalarna*.
- [24] **Risö Bergerlind L-L, Brenner E** (2004) *Vertikal prioritering inom psykiatrin, Västra Götalandsregionen, Medicinska sektorrådet, psykiatri*.
- [25] **Psykologiförlaget AB** (2004) *Psykologiska test. Klinisk verksamhet*.
- [26] *Kodningsmall för DIP-Q (DSM-IV)* (1997). Kan erhållas från karin.olander@vgregion.se
- [27] **Socialstyrelsen** (2002) ADHD hos barn och vuxna. En kunskapsöversikt (författare Björn Kadesjö).
- [28] **Kadesjö B** (2000) *Neuropsychiatric and neurodevelopmental disorders in a young school-age population. Epidemiological and comorbidity in a school health perspective (akademisk avhandling)*. Göteborg: Göteborgs universitet.