

3. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989;86:262-6.
4. Oghalai JS, Manolidis S, Barth JL et al. Unrecognized benign paroxysmal positional vertigo in elderly patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:630-4.
5. Coppo GF, Singarelli S, Fracchia P. Benign paroxysmal positional vertigo: follow-up of 165 cases treated by Semont's liberating maneuver. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1996;16:508-12.
6. Steddin S, Brandt T. Benigner paroxysmal Lagerungsschwindel. *Nervenzentrum* 1994;65:505-10.
7. Cohen HS, Jerabek J. Efficacy of treatments for posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1999;109:584-90.
8. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;107:399-404.
9. Steenerson RL, Cronin GW, Marbach PM. Effectiveness of treatment techniques in 923 cases of benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 2005;115:226-31.
10. Mizukoshi K, Watanabe Y, Shojaku H et al. Epidemiological studies on benign paroxysmal positional vertigo in Japan. *Acta Otolaryngol Suppl* 1988;447:67-72.
11. Froehling DA, Silverstein MD, Mohr DN et al. Benign positional vertigo: incidence and prognosis in a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clin Proc* 1991;66:596-601.
12. Baloh RW, Honrubia V, Jacobsen K. Benign positional vertigo: clinical and otologic features in 240 cases. *Neurology* 1987;37:371-8.
13. Katsarkas A, Kirkham TH. Paroxysmal positional vertigo – a study of 255 cases. *J Otolaryngol* 1978;7:320-30.
14. Katsarkas A. Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV): idiopathic versus post-traumatic. *Acta Otolaryngol* 1999;119:745-9.
15. Karlberg M, Hall K, Quicker N et al. What inner ear diseases cause benign paroxysmal positional vertigo? *Acta Otolaryngol* 2000;120:380-5.
16. Lindeman HH. Studies on the morphology of the sensory regions of the vestibular apparatus. *Adv Embryol Cell Biol* 1969;42:1-113.
17. Gans RE. Overview of BPPV: pathophysiology and diagnosis. *Hearing Rev* 2000;8:38-43.
18. Hilton M, Pinder D. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD003162.
19. Fife, TD. Recognition and management of horizontal canal benign positional vertigo. *Am J Otol* 1998;19:345-51.
20. Honrubia V, Baloh RW, Harris MR. Paroxysmal positional vertigo syndrome. *Am J Otol* 1999;20:465-70.
21. Epley JM. Positional vertigo related to semicircular canalolithiasis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;112:154-61.
22. Schuknecht HF. Positional vertigo: clinical and experimental observations. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1962;66:319-32.
23. House MG, Honrubia V. Theoretical models for the mechanisms of benign paroxysmal positional vertigo. *Audiol Neurootol* 2003;8:91-9.
24. Schuknecht HF. Cupulolithiasis. *Arch Otolaryngol* 1969;90:765-78.
25. Brandt T, Steddin S, Daroff RB. Therapy for benign paroxysmal positioning vertigo, revisited. *Neurology* 1994;44:796-800.
26. Miller JM, Demer JL. Biomechanical analysis of strabismus. *Binocular Vis* 1992;45:341-54.
27. Büttner U, Helmchen CH, Brandt TH. Diagnostic criteria for central versus peripheral positioning nystagmus and vertigo: a review. *Acta Otolaryngol* 1999;119:1-5.
28. Jen JC, Yue Q, Karrim J et al. Spinocerebellar ataxia type 6 with positional vertigo and acetazolamide responsive episodic ataxia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;65:565-8.
29. Honrubia V, House M. Mechanism of posterior semicircular canal stimulation in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Acta Otolaryngol* 2001;121:234-40.
30. Haynes DS, Resser JR, Labadie RF et al. Treatment of benign positional vertigo using the semont maneuver: efficacy in patients presenting without nystagmus. *Laryngoscope* 2002;112:796-801.
31. Korres S, Dimitrios GB, Antonis K et al. Occurrence of semicircular canal involvement in benign paroxysmal positional vertigo. *Otol Neurotol* 2002;23:926-32.
32. Parnes LS, Price-Jones RG. Particle repositioning maneuver for benign paroxysmal positional vertigo. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993;102:325-33.
33. Hain TC, Helminski JO, Reis IL et al. Vibration does not improve results of the canalith repositioning procedure. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:617-22.
34. Motamed M, Osinubi O, Cook JA. Effect of mastoid oscillation on the outcome of the canalith repositioning procedure. *Laryngoscope* 2004;114:1296-8.
35. Semont A, Freyss G, Vitte E. Curing the BPPV with a liberatory maneuver. *Adv Otorhinolaryngol* 1988;42:290-3.
36. Tirelli G, Russolo M. 360-degree canalith repositioning procedure for the horizontal canal. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131:740-6.
37. Kim YK, Shin JE, Chung JW. The effect of canalith repositioning for anterior semicircular canal canalolithiasis. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2005;67:56-60.
38. Nuti D, Nati C, Passali D. Treatment of benign paroxysmal positional vertigo: no need for postmaneuver restrictions. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:440-4.
39. Nunez RA, Cass Sp, Furman JH. Short- and long-term outcomes of canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:647-52.
40. Helminski JO, Janssen I, Kotaspoikis D et al. Strategies to prevent recurrence of benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;131:344-8.

Personlighedsforstyrrelser

Forskningslektor Erik Simonsen,
speciallæge i psykiatri Ulrik Helt Haahr,
specialeansvarlig overlæge Morten Kjølbye &
afdelingslæge Per Sørensen

Roskilde Amtssygehus Fjorden,
Institut for Personlighedsteori og
Psykopatologi (IPTP) og Psykiatrisk Forskningsenhed

Personlighedsforstyrrelser er i International Classification of Diseases (ICD)-10 defineret som »vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde, der afviger fra det i kultursam-

menhængen forventede og accepterede inden for mindst af følgende områder: 1) kognition, 2) følelsesliv, 3) impuls kontrol og behovstilfredsstillelse og 4) interpersonelle forhold«. I Danmark har vi tidligere anvendt en række forskellige betegnelser for disse forstyrrelser som for eksempel karakterafvigelse, karakterneuroser, psykopatier, personlighedsafvigelser og grænsepsykoser. I ICD-10 anvender man betegnelsen »ændringer af personlighedsstruktur«, i daglig tale personlighedsforstyrrelser (**Tabel 1**).

Tidligere spillede psykoanalysen en dominerende rolle teoretisk og behandlingsmæssigt, men den er nu afløst af en bredere tilgang omfattende biologiske, kognitive og psykodynamiske modeller. Den amerikanske psykiaterorganisation

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

APA udviklede i 1980 et nyt multiaksialt diagnosesystem, hvor personlighedsforstyrrelserne blev placeret på en særskilt akse. Man ville øge klinikernes bevidsthed om personlighedens betydning for psykisk sygdom, herunder skabe en øget indsigt i personlighedens patogenetiske, patoplastiske og prognostiske betydning for psykiske sygdomme. Dette er kun sket i beskedent omfang, men det har til gengæld ført til udvikling af nye undersøgelsesmetoder og en markant øget forskning, hvis resultater nu venter på at blive omsat til den daglige klinik.

Mennesker med personlighedsforstyrrelser udgør en væsentlig del af klientellet blandt misbrugere og kriminelle, revalidender og bistandsmodtagere, somatiserende patienter i sygehusvæsenet og almen praksis samt suicidale og selvskadende patienter på skadestuer. Endvidere findes personlighedsforstyrrelser som komorbiditet ved mere vanskeligt behandlelige angsttilstande, spiseforstyrrelser og depressioner.

I nærværende artikel vil vi give en status over de seneste forskningsresultater samt kort redegøre for forskningsaktiviteter og behandlingsmiljøer i Danmark.

Epidemiologi

I en norsk epidemiologisk undersøgelse med 2.053 personer udgjorde den samlede prævalens af personlighedsforstyrrelser 13,4%, hvor de evasive (5,0%), paranoide (2,4%) og de histrioniske (2,0%) var de hyppigst forekommende [1]. 10-12% af de indlagte på psykiatriske afdelinger i Danmark har de senere år haft personlighedsforstyrrelse som hoveddiagnose ved udskrivelse, og i psykiatrisk speciallægepraksis udgør patienterne skønsmæssigt ca. 25%.

Diagnostik og klassifikation

De fleste læger afstår helt fra at anvende personlighedsdiagnoser. Oftest fordi man mangler tilstrækkelig erfaring eller de nødvendige informationer, eller fordi man ikke opfatter tilstanden som psykiatrisk sygdom. Spørgeskemaer (*personality inventories*) har i de senere år fundet stigende anvendelse som supplement til det kliniske interview (Tabel 2).

Der foreligger kun få validitetsundersøgelser af de danske oversættelser over for veldefinerede kliniske populationer. De psykometriske egenskaber er derimod undersøgt for de fleste instrumenters vedkommende. Spørgeskemaer skal anvendes med stor forsigtighed. I sagens natur er man afhængig af patientens evne til realistisk at vurdere sig selv, og tilstedeværelse af depression og angst kan forvrænge patientens vurdering.

Inden for de næste 5-7 år bliver grundlaget lagt for en ny psykiatrisk klassifikation. Det nuværende kategorielle system har været stærkt kritiseret, og alternative dimensionelle modeller er foreslået [2]. Den kategorielle sygdomsmodel svarer til anvendelsen af diagnoser i somatikken: Enten har man, eller også har man ikke en sygdom (som en binær variabel i statistik). Men virkeligheden er snarere, at der er glidende

Tabel 1. International Classification of Diseases 10. Personlighedsforstyrrelserne og en kort beskrivelse af deres træk.

Personlighedsforstyrrelse	Kort beskrivelse af karaktertrækkene
Skizoid	Isoleret, stiltfærdig, glædesløs
Paranoid	Mistænksom, selvhenførende, rethaverisk
Ængstelig, evasiv	Selvsikker, nærtagende, hæmmet
Dependent	Føjelig, uselvstændig, fredelig
Histrionisk	Livlig, flirtende, affektpræget
Tvangspræget	Rigid, regelbunden, tør
Emotionel ustabil	Impulsiv, humørustabil, kaotisk
Dyssocial	Selvhævdende, aggressiv, egoistisk

Tabel 2. Spørgeskemaer til personlighedsvurdering.

Forkortelse	Spørgeskemaets navn	Antal items	Skalaer
MCMI-III	Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3. udgave	175	13 DSM-IV-personlighedsforstyrrelser og 10 kliniske syndromer
NEO-PI-R	Neuroticism-Extroversion-Openness-Personality Inventory-Revised	240	5 faktorer og 30 facetter
SASB	Structured Analysis of Social Behavior	36	3 ortogonale dimensioner
DAPP	Dimensional Assessment Personality Pathology	290	18 personlighedsdimensioner
TCI	Tridimensional Character Inventory	240	4 temperamenter, 3 karaktertræk, 28 <i>lower order traits</i>
SNAP	Schedule for Normal and Nonadaptive Personality	375	12 personlighedsdimensioner
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (akse 2)	119	13 DSM-personlighedsforstyrrelser

DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.

overgange. Den dimensionelle tilgang svarer til måling af blodtryk (som en kontinuer variabel i statistik). Det er næppe sandsynligt, at vi kan undvære kategorielle diagnoser, da lægen ofte skal træffe beslutning om, hvorvidt der er sygdom til stede eller ej. De alternative dimensionelle modeller samler sig om fire personlighedsdimensioner, som kan anvendes til både at beskrive det normale og det patologiske: neuroticisme (emotionel ustabilitet), ekstroversion-introversion, antagonisme-afhængighed samt perfektionisme [2].

Det er mest sandsynligt, at man ved næste revision vil åbne op for en dimensionel diagnostik, men en som er baseret på de eksisterende kategorier, den såkaldte hybridmodel og supplerer med rene dimensionelle modeller til klinisk brug.

Ætiologi

I de senere år er der fremkommet stærkere evidens for personlighedsforstyrrelsernes neurobiologiske fundament. I tvil-

linge- og familieundersøgelser har man påvist, at ca. halvdelen af personlighedsopatologien kan tilskrives genetiske forhold [3]. Neurofysiologiske undersøgelser af sammenhæng mellem neurotransmittersystemer og personlighedsdimensioner har ikke vist entydige resultater ud over mellem lav serotoninaktivitet og fjendtlig, aggressiv adfærd [4]. Patienter med emotionel ustabil personlighedsstruktur har ved billeddannende teknikker vist sig at have mindre hippocampus og amygdala, som man ser det ved en posttraumatisk stressstilstand. Fysisk og seksuelt misbrug var associeret til disse ændringer [5]. Undersøgelser af spædbørn og småbørn har kastet lys over sammenhængen mellem bestemte tilknytningsmønstre og senere kontaktforstyrrelser, men generelt ved vi meget lidt om sammenhæng mellem temperament, barndomsoplevelser og senere udvikling af personlighedsopatologi.

Behandling

Der er i de senere år kommet flere randomiserede undersøgelser vedrørende anvendelse af psykoterapi. I en metaanalyse konkluderede man, at der var klar effekt af psykoterapeutisk behandling [6]. Både kognitive og psykodynamiske behandlingsprogrammer, der specifikt retter sig mod personlighedsopatologi, har vist sig at være effektive, specielt for emotionelt ustabile personer (personer med *borderline*). I et velkontrolleret design er der påvist effekt af mentaliseringsbaseret psykoanalytisk behandling til *borderline*-patienter [7]. Ved 18-måneders-opfølgning fandt man reduktion af selvdestruktive handlinger, selvmordsforsøg og genindlæggelser samt lavere angst og depression hos personer, der havde fået psykoanalytisk behandling, end hos personer, der ikke havde fået behandling.

Medicinsk behandling kan rettes mod enkeltsymptomer (f.eks. impulsivitet, aggression, stemningssvingninger) og kan derved supplere den psykoterapeutiske behandling. Selektive serotoninoptagelseshæmmere (SSRI) er førstevalgspræparat ved affektive og impulsprægede symptomer, mens anti-psykotika i små doser er førstevalgspræparat ved aggression, kognitive og perceptuelle forstyrrelser.

Ved selvdestruktiv, især suicidal, adfærd, skal man overveje, om der kan være tale om en affektiv lidelse. I en metaanalyse har man påvist, at samtidig tilstedeværelse af personlighedsforstyrrelse øger risikoen for manglende behandlingsrespons ved depression til det dobbelte [8].

Forløb

Nyere undersøgelser tyder på, at personlighedsforstyrrelser langtfra er så stabile og uforanderlige som tidligere antaget. Vi har længe vidst, at impulsivitet mindskes med årene, f.eks. at den dyssociale (psykopatens) interpersonelle vanskeligheder (og kriminalitet) aftager med årene. Ved en seksårsopfølgningsundersøgelse af 290 *borderline*-patienter var tre fjerdedele af patienterne remitteret [9]. Først aftager impulsiviteten, og derefter de kognitive dysfunktioner, hvorimod de affektive symptomer viser højere grad af behandlingsresistens. Samme tendens til høj grad i remission ved behandling er fundet for de ængstelige-evasive, skizotypale og tvangsprægede personlighedsforstyrrelser [10].

Behandlingsmiljøer i Danmark

Erfaringerne med behandling af personlighedsforstyrrelser i speciallægepraksis her i landet er yderst sparsomt beskrevet. Det har været anslået, at ca. 15% af disse patienter med personlighedsforstyrrelser var i psykoterapeutisk behandling, og ca. 35% modtog medicinsk behandling. Speciallægepraksis er særlig egnet til at varetage forskellige former for individuel behandling, inklusive psykoterapi, men speciallægekonsultationens manglende integration i et tværfagligt samarbejde sætter sine begrænsninger. Ved alvorlige personlighedsforstyrrelser er der brug for specialiserede ambulante behandlingsprogrammer og dagbehandlingsprogrammer, særlig ved komorbiditet med misbrug, spiseforstyrrelser, depression, angsttilstande og selvskadende adfærd, men også i det hele taget for at sikre bredde i behandlingstilbuddet (psykoedukation, kunstterapi, gruppeterapi, familierapi mv.). Disse specialiserede behandlingsprogrammer er udviklet i Norge, Holland, USA og England. Dagbehandling har efterhånden også vundet indpas ved enkelte psykiatriske hospitaler i Danmark.

Udviklingstendenser for uddannelse og forskning

Nationalt og internationalt er der i de seneste år taget flere initiativer til oprustning af uddannelse og forskning. I England har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en national udviklingsplan for hele området personlighedsforstyrrelser, og World Psych-

Fakta om personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelser har store sociale og familiære omkostninger

Kombinationen af genetiske, udviklingsmæssige og traumatiske oplevelser har betydning for ætiologi

Personlighedsforstyrrelser kan diagnosticeres pålideligt gennem systematisk udredning

Flere nye diagnostiske metoder er tilgængelige

Prognosen ved andre tilstande forværres ved komorbiditet med personlighedsforstyrrelse

Personlighedsforstyrrelser har et godartet forløb ved relevant behandling

Der er evidens for effekt af psykoterapi og medicinsk behandling

Specielle behandlingsprogrammer er nødvendige ved sværere tilfælde

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

iatric Association har etableret en særlig Personality Disorder Section, som netop har udgivet et netbaseret undervisningsprogram.

Siden 1988 har Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi (IPTP) ved Roskilde Amtssygehus Fjorden stået for en række uddannelsesaktiviteter. Institutet tilbyder workshops i anvendelse af diagnostiske instrumenter og kurser med internationale førende eksperter inden for psykoterapi. I en rapport fra udvalg om forskning i psykiatrien udgivet af Amdrårdsforeningen i 2006 er der også peget på behovet for mere forskning i personlighedsforstyrrelser. Kommer der nye forskningsmidler, er der særlig behov for undersøgelser af de neurobiologiske korrelater til underliggende personlighedsdimensioner og genetiske molekylærstudier, udvikling af diagnostiske metoder til klinisk brug, et bedre og mere klinisk anvendeligt klassifikationssystem, nye randomiserede undersøgelser af behandlingsmodeller, som indbefatter rehabilitering, samt af forebyggelse af suicidal adfærd og selvskadende handlinger. Men vi har i dag ingen etablerede forskningsmiljøer inden for personlighedsforstyrrelser, og kun i meget få ph.d.-afhandlinger er der fokus på dette område. En af de vigtigste udfordringer i de kommende år bliver derfor at få etableret et nationalt forskningsnetværk.

Korrespondance: Erik Simonsen, Psykiatrisk Forskningsenhed, Roskilde Amtssygehus Fjorden, DK-4000 Roskilde. E-mail: rfes@ra.dk

Antaget: 22. august 2006

Interessekonflikter: Artiklens forfattere er medlemmer af bestyrelsen for Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan få ved henvendelse til førsteforfatteren.

Litteratur

1. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:590-6.
2. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Personal Disord* 2005;19:110-30.
3. Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* Dec 20;1998(55):941-8.
4. Coccaro EF. Neurotransmitter function in personality disorders. Silk K, red. Washington: American Psychiatric Press, 2006: 1-25.
5. Driessen M, Herrmann J, Stahl K et al. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1115-22.
6. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1223-32.
7. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
8. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006;188:13-20.
9. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160:274-83.
10. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:883-9.

Helbredsundersøgelser ved natarbejde

Professor Jens Peter E. Bonde, overlæge Johan Hviid Andersen, overlæge Poul Frost, overlæge Anette Kærgaard, overlæge Henrik A. Kolstad & overlæge Ane Marie Thulstrup

Århus Universitetshospital, Arbejdsmedicinsk Klinik, og Herning Sygehus, Arbejdsmedicinsk Klinik

I Danmark har omkring 180.000 mænd (12,5%) og 95.000 kvinder (7,5%) regelmæssigt arbejde om natten (www.statistikbanken.dk). Arbejdstagere med arbejde om natten skal ifølge EU's arbejdstidsdirektiv tilbydes regelmæssig gratis helbreds kontrol. Ved natarbejde forstås i denne sammenhæng mindst tre timers arbejde i tidsrummet mellem midnat og klokken fem eller mindst 300 timers arbejde i dette tidsrum på årsbasis. Hverken Sundhedsstyrelsen eller Arbejdstilsynet har offentliggjort retningslinjer for, hvad en sådan helbredsundersøgelse kan eller bør omfatte. Formålet med denne

statusartikel var at vurdere det forebyggende rationale for helbreds kontrol ved natarbejde og at give anbefalinger vedrørende tilrettelæggelse og gennemførelse af sådanne undersøgelser. Oversigten er baseret på epidemiologiske studier af sygdomsforekomst, hvorimod undersøgelser af biokemiske og fysiologiske markører ikke er medtaget.

Helbreds gener

Søvnforstyrrelser med træthed og uoplagthed samt dyspeptiske symptomer opleves af de fleste natarbejdere og tilskrives den forstyrrede døgnrytme og ændrede kostvaner [1]. Natarbejde kan være forbundet med større brug af stimulanser, kan medføre forøget ulykkesrisiko og kan indvirke negativt på familieliv og sociale relationer. Natarbejde kan også spille en rolle for forløb og behandling af kroniske sygdomme som diabetes, svære thyroidea- eller binyrelidelser, sværere depressioner, kroniske søvnproblemer, epilepsi, astma, hjertekar- og nyresygdomme [2].