
Hva kjennetegner personlighetsforstyrrelser hos eldre?

KRONIKK

ARVID HAMMERSTAD

arvskj@ous-hf.no

Arvid Hammerstad er ph.d. og psykologspesialist ved Alderspsykiatrisk seksjon, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HÅKON HOLVIK TORGUNRUD

Håkon Holvik Torgunrud er spesialist i allmennmedisin og i psykiatri og overlege ved Alderspsykiatrisk poliklinikk, Sørlandet sykehus Arendal. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EIVIND AAKHUS

Eivind Aakhus er ph.d., spesialist i psykiatri og fagsjef for psykisk helse ved Nasjonalt senter for aldring og helse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Omtrent én av ti eldre har en personlighetsforstyrrelse, men tilstanden vies liten oppmerksomhet i helsetjenesten. Personlighetsforstyrrelser kan påvirke forløpet av somatisk sykdom og gjennomføringen av medisinsk behandling og er en klinisk utfordring mange leger møter – særlig fastleger.

Å anerkjenne betydningen av personlighetsfungering kan være avgjørende for å lykkes med somatisk og psykisk behandling. Økt forståelse for personlighetsvansker og -forstyrrelser kan bidra til mer realistiske mål, bedre behandlingsallianse og mer målrettet medisinsk oppfølging.

Fastleger vil ofte møte eldre pasienter som gjentatte ganger tar kontakt med diffuse eller skiftende somatiske eller psykiske plager, har lav etterlevelse av behandling eller havner i konflikter med helsepersonell. Andre har hatt langvarige behandlingsforløp for depresjon eller angst uten varig effekt. Konsultasjonene med disse pasientene kan

oppleves tidkrevende og lite målrettede, og både lege og pasient kan sitte igjen med en opplevelse av at «ingenting nytter». Legen kan kjenne på en emosjonell respons på selve relasjonen, såkalt *heartsink*-reaksjon (1), mens pasienten kan erfare avvisning eller manglende forståelse.

Kjennetegn på personlighetsforstyrrelse hos eldre

Personlighetsforstyrrelser kjennetegnes av mønstre av tanker, følelser og atferd som er relativt stabile over tid og som skaper vansker i selvopplevelse, relasjoner, emosjonsregulering og samarbeid med andre – også behandlere (2). Andelen eldre som tilfredsstillende kriterier for en personlighetsforstyrrelse, er nær andelen blant yngre voksne, det vil si om lag 10 % (3).

Selv om personlighetsvansker ofte er livslange, er de ikke statiske, og vanskene kan endre uttrykk gjennom livsløpet, påvirket av belastninger, sykdom og livshendelser (3, 4). Hos eldre er personlighetsforstyrrelser ofte mindre synlige. Impulsive og utagerende trekk kan være mer dempet enn hos yngre, mens rigiditet, mistenksomhet, hjelpeløshet og sosial tilbaketrekning ofte vedvarer eller forsterkes. Personlighetsproblematikk kan hos noen dempes i løpet av voksenlivet, for så å reaktiveres i høy alder ved tap av helse, roller eller nære relasjoner. Hos andre kan problematikken bli tydelig først i sen alder, og da ofte i sammenheng med sykdom eller betydelig stressbelastning. Noen har mer gjennomgripende og vedvarende personlighetsforstyrrelser med liten variasjon gjennom hele livet.

*«Hos eldre er personlighetsforstyrrelser ofte mindre synlige.
Impulsive og utagerende trekk kan være mer dempet enn hos yngre»*

Vi erfarer at noen kliniske situasjoner gir grunn til å vurdere om personlighetsfungering bidrar til pasientens utfordringer (ramme 1).

Ramme 1 Kjennetegn som kan vekke mistanke om underliggende personlighetsproblematikk hos eldre.

Selvfungering: Ustabil, rigid eller sårbar selvforståelse, ofte preget av over- eller undervurdering av egne evner.

Relasjoner: Gjentatte samhandlingsvansker, konfliktfylte relasjoner eller vekslende mellom idealisering og avvisning av behandlere. Kan også komme til uttrykk som sosial tilbaketrekning, isolasjon eller få nære relasjoner.

Emosjonsregulering: Intense, langvarige eller lite fleksible følelsesreaksjoner, særlig ved frustrasjon, usikkerhet eller opplevd avvisning.

Mestring og fleksibilitet: Fastlåste strategier for å håndtere stress, sykdom og behov for hjelp, med begrenset evne til å justere atferd i tråd med situasjon eller råd.

Stabilitet over tid: Mønstrene har vært til stede over mange år og på tvers av livsområder og forklares ikke fullt ut av psykisk eller somatisk lidelse eller av kognitiv svikt.

Dette kan fastlegene gjøre

Personlighetsforstyrrelser hos eldre er tett knyttet til multimorbiditet og høy bruk av helsetjenester (5). Pasientene kan motta utilstrekkelig eller uhensiktsmessig somatisk helsehjelp, blant annet fordi de kan ha vansker med å uttrykke symptomer og behov presist, har krevende samhandling med helsepersonell og i mindre grad følger medisinske råd eller anbefalinger om livsstilsendringer. I praksis kan dette føre til fragmenterte behandlingsforløp, gjentatte henvisninger, unødvendige utredninger og hyppige reinnleggelser. Slike forløp opptar gjerne uforholdsmessig mye tid uten åpenbar bedring i funksjon eller livskvalitet.

Ambisjonen i fastlegepraksis bør ikke være å stille en sikker personlighetsdiagnose, men å øke bevisstheten om hvordan vedvarende personlighetsmønstre kan påvirke sykdomsforløp, behandling og samarbeid. Her kan flere grep være nyttige (ramme 2).

Ramme 2 Tilnærming fastlegen kan ha overfor eldre pasienter med personlighetsproblematikk.

Gjenkjenne mønstre: Vedvarende samarbeidsvansker, misforståelser og manglende etterlevelse kan være tegn på underliggende personlighetsproblematikk, noen ganger uttrykt som idealisering av nåværende behandler og negativ omtale av tidligere behandler.

Se pasienten i helhetsperspektiv: Når somatiske behandlingsplaner ikke gir forventet effekt, bør psykologiske og relasjonelle faktorer vurderes i tillegg til medisinske.

Skape konsistens: Stabile relasjoner, tydelige rammer og forutsigbar oppfølging, for eksempel gjennom faste timeavtaler, kan være særlig viktig.

Avklare realistiske mål: Tydelig forventningsavklaring kan forebygge frustrasjon og bidra til mer hensiktsmessige behandlingsforløp.

Søke råd og samarbeid: Ved mistanke om personlighetsproblematikk, særlig ved samtidig og vedvarende depresjon eller angst, kan veiledning fra spesialisthelsetjenesten være nyttig.

For mange leger kan forståelsen i seg selv være avlastende, ved å redusere frustrasjon, forebygge unødvendig utredning og støtte mer realistiske behandlingsforløp.

Markert personlighetsendring hos eldre pasienter kan også være uttrykk for annen psykisk eller somatisk lidelse eller demens. Særlig frontotemporal demens er det viktig å være oppmerksom på (6, 7).

ICD-11 og kartleggingsverktøy

Det kommende diagnosesystemet ICD-11 (2) har beveget seg bort fra kategoriske enten–eller-diagnoser, slik de var definert i ICD-10, og over mot en vurdering av grad av svikt i personlighetsfungering og fremtredende personlighetstrekk. Denne

dimensjonale forståelsen gir et mer nyansert bilde av personlighetsforstyrrelser. Samtidig gir ICD-11 et mer praktisk anvendelig rammeverk for klinikere (8), selv om kunnskapen om ICD-11 hittil er begrenset utenfor psykiatrien.

«ICD-11 har beveget seg bort fra kategoriske enten–eller-diagnoser og over mot en vurdering av grad av svikt i personlighetsfungering og fremtredende personlighetstrekk»

Det finnes få kartleggingsverktøy spesifikt utviklet for eldre. Et kort screeningverktøy er *Gerontological Personality Disorder Scale* (GPS), som finnes i både pasient- og pårørendeversjon og som har vist tilfredsstillende validitet i allmennpraksis (9, 10). Verktøyet kan bidra til å strukturere klinisk mistanke, støtte henvisningsbeslutninger og gi et felles språk i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. En norsk versjon av GPS-verktøyet planlegges ferdig høsten 2026.

I det alderspsykiatriske miljøet ved Oslo universitetssykehus er det under utvikling et strukturert, men fleksibelt utredningsprogram basert på ICD-11 for alderspsykiatrien. Arbeidet innebærer også utprøving og validering av nyere kartleggingsverktøy. Slike initiativer kan på sikt styrke alderspsykiatriens rolle som rådgivende samarbeidspartner for fastleger og bidra til bedre diagnostikk, mer realistiske behandlingsmål og tydeligere ansvarsavklaring i behandlingsforløp.

Behandlingsformer

Det finnes etablerte behandlingsformer for personlighetsforstyrrelser som kombinerer individuell samtale og gruppetilbud. Selv om disse i begrenset grad er undersøkt hos eldre, tyder forskning og klinisk erfaring på at også eldre kan ha nytte av slike tilnærminger når de tilpasses funksjonsnivå og livssituasjon (11, 12).

Psykofarmakologisk behandling regnes ikke som behandling av personlighetsforstyrrelser i seg selv, men kan være aktuelt ved samtidig psykisk lidelse, som depresjon, brukt målrettet og som supplement til andre tiltak (12).

Tidspunktet for når personlighetsproblematikk tematiseres, er viktig. I akutte eller ustabile faser kan pasienten oppleve dette som lite hjelpsomt, til og med provoserende, og slike samtaler bør fortrinnsvis tas i mer stabile faser av kontakten.

Alderspsykiatriens rolle

Tematikken er også relevant i sykehustjenester. Personlighetsforstyrrelser kan forekomme blant eldre med multimorbiditet og komplekse sykdomsbilder og kan bidra til gjentatte innleggelses, uavklarte symptomer og krevende samhandling i somatiske avdelinger (5). Når personlighetsproblematikk ikke gjenkjennes, kan symptomer feiltolkes og behandlingsforløp fragmenteres. Økt bevissthet og kompetanse kan bidra til mer realistiske behandlingsmål, bedre tverrfaglig samarbeid og mer virksomme forløp – både for pasienten og for helsepersonellet.

Personlighetsforstyrrelser hos eldre har hatt lav prioritet i forskning og kliniske retningslinjer (11). En medvirkende forklaring kan være forestillingen om at personligheten er fastlåst, kombinert med at utredning oppleves som krevende på grunn av somatisk sykdom, isolasjon og kognitiv svikt. Ifølge årsrapporten fra Nasjonalt kvalitetsregister for alderspsykiatri får kun rundt én prosent av pasientene en personlighetsforstyrrelsesdiagnose som hoveddiagnose i alderspsykiatrisk utredning og behandling (13), noe som tyder på lavt fokus på personlighetsforstyrrelser som del av pasientens utfordringer.

«Personlighetsforstyrrelser hos eldre har hatt lav prioritet i forskning og kliniske retningslinjer. En medvirkende forklaring kan være forestillingen om at personligheten er fastlåst»

Selv om alderspsykiatrien i dag må antas å ha begrenset erfaring på feltet, er fagområdet godt posisjonert til å spille en nøkkelrolle videre. Alderspsykiatrien har særskilt kompetanse på livsløpsperspektiv, kompleks komorbiditet, kognitiv funksjon og samspillet mellom psykisk og somatisk sykdom – sentrale forhold ved personlighetsforstyrrelser i høy alder. Som spesialistfelt vil alderspsykiatrien kunne bidra med systematisk utredning og fungere som rådgivende samarbeidspartner for fastleger og sykehus tjenester.

Livslang og helhetlig helsehjelp

Personlighetsforstyrrelser forsvinner ikke med alderen. For fastleger handler det ofte om å gjenkjenne og forstå hvordan livslange personlighetsmønstre påvirker sykdom, behandling og relasjoner. Økt bevissthet, tydelige rammer og godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan gjøre det lettere for leger å navigere i komplekse behandlingsforløp og forebygge både under- og overbehandling. Det vil bidra til at eldre med personlighetsforstyrrelser får mer realistisk og verdig helsehjelp.

LITTERATUR

1. Moscrop A. 'Heartsink' patients in general practice: a defining paper, its impact, and psychodynamic potential. Br J Gen Pract 2011; 61: 346–8. [PubMed][CrossRef]
2. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. <https://icd.who.int/en/> Lest 13.2.2026.
3. Penders KAP, Peeters IGP, Metsemakers JFM et al. Personality Disorders in Older Adults: a Review of Epidemiology, Assessment, and Treatment. Curr Psychiatry Rep 2020; 22: 14. [PubMed][CrossRef]
4. Conjaerts JAP, Videler AC, Schepman R et al. Clinical Staging for Personality Disorders in Older Adults. J Geriatr Psychiatry Neurol 2025; 38: 32–43. [PubMed][CrossRef]

5. Oude Voshaar RC, van Dijk SDM. New horizons in personality disorders-from neglect to necessity in geriatric care. *Age Ageing* 2025; 54: afaf066. [PubMed][CrossRef]
6. van Alphen SP, van der Werff S, Rosowsky E et al. Assessment of Personality Disorders in Older Adults. A Practice Guide. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2023; 36: 470–8. [PubMed][CrossRef]
7. Barker MS, Manoochehri M, Huey ED. The Diagnostic Landscape of Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. *R I Med J (2013)* 2025; 108: 17–22. [PubMed]
8. Christensen TB, Nysæter TE. Ny oppfatning av personlighetsforstyrrelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0619. [PubMed][CrossRef]
9. van Alphen SP, Engelen GJ, Kuin Y et al. A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 862–8. [PubMed][CrossRef]
10. Penders KAP, van Zadelhoff E, Rossi G et al. Feasibility and Acceptability of the Gerontological Personality Disorders Scale (GPS) in General Practice: A Mixed Methods Study. *J Pers Assess* 2019; 101: 534–43. [PubMed][CrossRef]
11. van Alphen SPJ. Addressing the Clinical Needs of Older Adults With Personality Disorders: A Call for Targeted Scientific Research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2025; 33: 635–7. [PubMed][CrossRef]
12. Bangash A. Application to older adults. I: Bach B, red. *Personality disorders in ICD-11: Assessment and treatment*. Oxford: Oxford University Press, 2025: 617–42.
13. KVALAP. Kvalitetsregister i alderspsykiatri. Årsrapport for 2024 med plan for forbedringstiltak. Rapport 2025.
<https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/alderspsykiatriregister/#arsrapporter>
Lest 13.2.2026.

Publisert: 15. mars 2026. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0085

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.