



NEWSLETTER

Juli 2022

64/22

Orientering fra forperson og næstforperson.....	2
Klinisk akademiske grupper (KAG) i Region Hovedstaden.....	3
Metakognitiv Interpersonel Terapi som behandlingsmetode til personer med ængstelig personlighedsstruktur.....	4
Radikalt åben dialektisk adfærdsterapi	7
<i>Boganmeldelse: Den ængstelige personlighed</i>	9
Kommende boganmeldelse	11
<i>Referat: Seminar om diagnostik og behandling af grænsepsykosser (skizotypi og borderline)</i>	11
<i>Referat: Forskning i borderline, diagnostik og behandling</i>	21
Highly recommended	26
<i>Referat: IPTP's ordinære generalforsamling</i>	32
Fornyelse af medlemskab/kontingent	33
Kalender	33
ISSPD	33
Kontaktpersoner/bestyrelse	34

Orientering fra forperson og næstforperson

Kære medlemmer, det er med en del vemod at vi skriver denne orientering – eftersom professor Erik Simonsen er gået af som formand og overladt opgaven med at drive IPTP videre til den nye bestyrelse. Vi vil derfor gerne benytte lejligheden til at takke Erik Simonsen for det store og vigtige arbejde han har lavet i og med IPTP gennem årene. Vi vil også gerne takke hans sekretær Dorit Mortensen, der har fulgt ham i alle årene og bistået IPTP og medlemmerne. Begge har ydet en imponerende indsats. Så TAK!

Siden sidst har der været afholdt generalforsamling, hvorefter bestyrelsen konstituerede sig. Vi vil gerne takke alle bestyrelsens medlemmer – nye som gamle - for at ville bidrage i deres fritid, med at gøre IPTP til et institut, der kan arrangere vigtige kurser inden for feltet om personlighed og psykopatologi. Vi vil i den ombæring også gerne takke alle der er medlem – uden jeres støtte ville vi ikke kunne gøre det.

Kurset om *grænsepsykoser* var meget velbesøgt og rummede mange spændende oplæg om grænselandet mellem borderline personlighedsforstyrrelse og psykoser (se referat i dette Newsletter).

I skrivende stund nærmer deadline sig for tilmelding til den 4-dages uddannelse i DBT-PTSD med Martin Bohus. Af økonomiske årsager fordrer afholdelse af dette kursus mindst 20 tilmeldte*. Vi vil i bestyrelsen gerne afholde længerevarende kurser/uddannelser fra tid til anden, så vi håber meget på dette kursus. Videre er bestyrelsen i gang med at undersøge mulighed for at afholde et kursus med fokus på støtte og behandling til pårørende til personer diagnosticeret med personlighedsforstyrrelser samt det næste nationale seminar om personlighedsforstyrrelser, der på grund af COVID-19 situationen har været udskudt.

Hvad internationale arrangementer angår har der just været afholdt den Nordiske MBT-konference i Aalborg. European Society for the Study of Personality Disorders (ESSPD) afholder den 6. kongres virtuelt 10.-12. oktober 2022. Endskønt de specifikke datoer endnu ikke er meldt ud, så vil vi også minde om, at International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD) i efteråret 2023 i Sidney (Australien) afholder deres næste kongres. Her håber vi på stærkt dansk fremmøde.

Slutteligt vil vi nævne, at vi i dette Newsletter har valgt at fokusere særligt på ængstelig/evasiv personlighedsforstyrrelse – i form af boganmeldelser m.m.

God læselyst.

Mickey Kongerslev & Kraka Bjørnholm

**Kurset med Bohus gennemføres – tilmeldingsfrist flyttet til 1. august*

Klinisk akademiske grupper (KAG) i Region Hovedstaden - set ud fra arbejdsgruppen for ængstelig evasive patienter

I Region Hovedstadens Psykiatri har vi de seneste par år arbejdet på at sikre en tættere integration mellem klinisk forskning, klinik og kompetenceudvikling på det psykoterapeutiske område på tværs af de forskellige centre. Arbejdet køres igennem KAG Psykoterapi, som ledes af overlæge Per Sørensen, psykolog Nicole Rosenberg og chefpsykolog Bettina Jaeger. Fra hvert center varetages dialogen mellem klinik, forskning og ledelsen af KAG'en af en KAG Partner, hvor jeg er KAG partner for Psykiatrisk Center Stolpegård. Der arbejdes på at tilbyde patienter højt specialiseret og ensartet kvalitet, som også er så evidensbaseret som muligt, ligesom at der også arbejdes på overgange mellem enheder, tilfredshed for patienter og pårørende og på en lang række andre parametre.

Et af de udviklingsprojekter der er sat i søen, er bestræbelsen på, at vores ængstelige, evasive patienter i højere grad mødes i et mere ensartet og evidensbaseret tilbud end tidligere. Det er velkendt, at der findes langt bedre evidensgrundlag for behandling af emotionelle ustabile, end det der underbygger behandling af ængstelig, evasive.

Udviklingsprojektet består af en nedsat arbejdsgruppe, hvori der indgår klinikere fra alle de centre, der tilbyder pakker for denne målgruppe sammen med KAG ledere og forskere. I den forbindelse har jeg repræsenteret klinikken for PC Stolpegård og psykolog Sebastian Simonsen repræsenterer Forskningsenheden.

I forbindelse med arbejdet startede vi med at lede efter evidens for psykoterapeutisk behandling af ængstelig evasive, men måtte konkludere at der ikke var et validt, empirisk grundlag til at pege i retning af anbefaling af en specifik førstevalgs behandling for denne patientgruppe. I henhold til KAG'ens vision blev det planlagt at lave et stort randomiseret studie for at belyse området. Desværre har vi ikke fået økonomisk støtte efter adskillige fondsansøgninger.

Efter en længere proces i arbejdsgruppen, besluttede vi at belyse effekt af terapi for ængstelig evasive patienter indenfor tre veldefinerede psykoterapeutiske rammer: MIT-MBT, DAT RO og Schematerapi. De forskellige centre, der tilbyder pakke for psykoterapeutisk behandling for ængstelig evasive har derfor forpligtet sig til at behandle hovedparten af patienterne indenfor disse rammer. Vi

har ligeledes lavet en anbefaling af et kombineret individuel- og gruppekoncept, der kan varetages indenfor timeantallet i pakken.

På PC Stolpegård arbejder vi med både Schematerapi og MBT-MIT i en kombineret gruppe og individuelt format. Vores tilbud for denne patientgruppe i regionsfunktionen er under revision, men vi arbejder fortsat indenfor en ramme med MBT-MIT. Metoden beskrives andetsteds i dette nyhedsbrev, og har hos os været i proces siden omkring 2015, hvor psykolog Sebastian Simonsen og Nanna Nørregaard startede det første gruppeforløb. Vi har god klinisk erfaring for, at de allermest ængstelig evasive i et behandlingskoncept med andre personlighedsforstyrrelser konfronteres med så meget angst og tilbageholdenhed, at deres udbytte af terapien ikke bliver optimalt.

Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F. W., Sørensen, P., & Dimaggio, G. (2022). Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(3), 163–171.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001432>

*Overlæge Catherine Wohler,
PC Stolpegård, og KAG partner*

Metakognitiv Interpersonel Terapi som behandlingsmetode til personer med ængstelig personlighedsstruktur

Case

Jens er 31 år, sygemeldt og kendt med ængstelig PF samt tilbagevendende depressive episoder. Når andre kontakter eller der kræves noget af ham, så overvældes han af ubehag og begynder at ruminere overdrevent. Han er ikke i stand til at sætte ord på, hvad han egentligt tænker, men kan godt se, at tankerne blot er med til at forværre hans ubehag. For at mindske ubehaget, så distraherer han sig selv ved at spille computer eller ender tilbage i sengen, hvor han føler sig drænet for energi og ude af stand til at mobilisere sig selv til at gøre noget. Da han møder til behandling, præsenterer han sine vanskeligheder under overskrifter som 'stress', 'depression' og 'tankemylder' samt undskylder sin passivitet, både individuelt og i gruppe, ved medicinske bivirkninger, der gør ham sløv og ufokuseret samtidig med, at han efterspørger mere medicin til at lindre sine plager.

Monitoreringsproblemer og dysfunktionelle interpersonelle skemata

Metakognitiv Interpersonel Terapi (MIT) er en integrativ behandlingsmetode udviklet af Giancarlo Dimaggio og kollegaer til behandling af personlighedsfor-

styrrede patienter, der som Jens har det til fælles, at de er ude af stand til at bemærke, hvad der foregår inde i dem, for slet ikke at tale om at sætte disse reaktioner ind i en meningsfuld og ofte relationel kontekst. I stedet præsenteres vi som behandlere for de dysfunktionelle strategier, som patienten gør brug af for at komme ud af samt forhindre uudholdelige følelsesmæssige tilstande i at opstå, som f.eks. undgåelse, overdreven bekymringstendens og perfektionisme, samt de symptomer, som disse strategier giver anledning til, og som også er med til at opretholde deres lidelse. Metoden er således egnet, men ikke afgrænset til, behandling af personer med ængstelig personlighedsstruktur. I arbejdet med disse patienter udgør det en central udfordring, at de som følge af deres manglende evne til at monitorere sig selv, har meget vanskeligt ved overhoved at præsentere relevant og konkret materiale, der kan arbejdes med i terapien. Inden for rammerne af MIT er behandlerens opgave først og fremmest at øge patientens bevidsthed om de mentale processer og tilstande, der ligger til grund for deres uhensigtsmæssige måder at håndtere reelle eller potentielle smertefulde tilstande på. Denne kapacitet benævnes *metakognitiv monitorering*, hvilket i praksis ligger meget tæt op af *mentalisering* i MBT, og handler i første omgang om at øge patientens bevidsthed om de relationelle mønstre, som de genudspiller på tværs af relationer og kontekster, og hvordan disse er påvirket af dybt forankrede *interpersonelle skemata*, som fører til fastlåste antagelser om dem selv og andre. Ifølge MIT udvikles vores interpersonelle skemata på baggrund af relationelle erfaringer, og de kan være både sunde og usunde, hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige af karakter. De beror altid på aktiveringen af et såkaldt relationelt ønske eller motiv, der er alment menneskeligt, som f.eks. behovet for tilknytning, selvhævdelse, autonomi eller tilhørighed, og det selvbillede eller den kerneantagelse, der ligger til grund for dette ønske. Som resultat af de erfaringer vi har gjort os med, hvordan disse behov vil blive mødt, hvis vi giver udtryk for dem, etableres således forholdsvis stabile forventninger til hvordan og under hvilke betingelser andre vil respondere på disse behov fremover.

Copingstrategier, emotionel regulering og negative selvopfattelser

Eksemplificeret ved Jens, så handlede dette indledningsvis om at gøre ham nysgerrig på, hvordan man kunne forstå det ubehag samt den udprægede lyst til at blive liggende under dynen, han trods alt beskrev, ved at insistere på det som reaktion på *noget* frem for at gå med på ønsket om at få følelserne til at gå væk. Her kunne Jens så alligevel fortælle, at han i løbet af ugen havde modtaget en besked fra moren, som han ellers så vidt muligt undgik. Gennem fælles udforskning af den konkrete hændelse, kunne Jens ganske hurtigt få fat i følelsen af angst samt impulser til at flygte og undgå ved hverken at reagere på eller tage stilling til morens henvendelse. Problemet med denne strategi var ikke desto mindre, at den både førte til intens skam og dårlig samvittighed samt forværrede angsten, fordi han havde en erfaring med, at moren kunne reagere på hans und-

gåelse ved at møde op. Jens fortalte i lyset af dette om en opvækst præget af morens overinvolvering og manglende følelsesmæssige kontrol. Med tanke på disse patienters svært begrænsede evne til at identificere affektive aspekter af hændelser som disse, så trækkes der i MIT på konkrete teknikker med henblik på at få fat i de mere kropslige og affektive aspekter af patientens erfaringer, som f.eks. guidede visualiseringsøvelser. Jens kom på denne måde i kontakt med et ønske om at sige fra over for moren samt den vrede og irritation, der lå bag denne impuls, men som var meget skamfuld for ham at vedkende sig. Det dominerende skema viste sig således at være drevet af et behov for autonomi, men som Jens automatisk forventede ville blive mødt med både sammenbrud og forsøg på at overtale ham om det modsatte fra morens side. Dette forventede Jens igen ville give anledning til panik og overvældende skam hos ham samt gøre ham ude af stand til at holde fast i sin beslutning, hvilket blot ville bekræfte i ham i hans grundlæggende syn på sig selv som værende inkompetent og svag. For at undgå dette scenarie, så undlod Jens at svare moren og isolerede sig i hjemmet, men problemet med denne *copingstrategi* var, at den ikke hjalp Jens til at ændre sine grundlæggende overbevisninger om den pågældende situation til et mere adaptivt alternativ, og derfor også, at den er med til at opretholde hans dysfunktionelle selvopfattelse.

Eksposering i og uden for det terapeutiske rum

Ifølge MIT vil en enkelt situation stort set altid give anledning til aktiveringen af flere forskellige skemata, men som ofte er hierarkisk forbundet. MIT er oprindeligt udviklet som individuelterapi, men det er også erfaringen, at det gruppeterapeutiske rum kan være en central arena, hvori patienter kan undersøge og udfordre de dominerende skemaer, som fører til, at de lynhurtigt tolker andres adfærd, udtryk og udtalelser i en skema-kongruent form samtidig med, at de ignorerer alle signaler, som måtte være uventede eller afvigende. I Jens' tilfælde skete der noget interessant, da han på et senere tidspunkt delte, hvad der umiddelbart syntes at være en lignende situation med gruppen. Han havde i ugens løb haft en telefonsamtale med sin søster, som han ellers også ofte undgik, og var gået med til at mødes med hende den efterfølgende weekend, hvilket havde ført til lammende panik. Gruppen hjalp ham til igen at identificere vrede over, at søsteren muligvis kontaktede ham på foranledning af moren, men vigtigere endnu også en tristhed og skuffelse som følge af dette. Med udgangspunkt i dette kom Jens i kontakt med et mere grundlæggende ønske om at blive mødt med forståelse og omsorg fra søsteren, hvis han rent faktisk viste hende, hvor ked af det han var. Endnu en gang afholdt han sig dog fra dette på baggrund af en fastlåst antagelse om, at andre vil se på ham som en belastning og ikke kunne håndtere det, hvis han deler, hvordan han virkelig har det, hvilket udelukkende ville bekræfte ham i hans billede af sig selv som forkert og værdiløs samt føre til skam, ensomhed og håbløshed.

At skabe plads til noget mere sundt og adaptivt

Et specifikt mål i MIT er at styrke patienternes evne til at få blik for, at de i til-læg til deres negative idéer om sig selv og andre er besiddelse af idéer, som er både sunde og langt mere adaptive samt tillade sig selv at lade ens adfærd være styret af disse. Formålet er på den måde ikke at udfordre deres usunde skemata, men at få dem til at se samt lade sig styre af de mere hensigtsmæssige skemata, som stort set altid er der, men som blot overskygges fuldkommen af det usunde. MIT indebærer et aspekt af adfærdseksponeering, men det understreges, at dette arbejde ikke må indledes præmaturt og ikke før patienten har en vis evne til me-takognitiv monitorering. Adfærdseksponeering i MIT betyder, at patientens op-fordres til at bremse brug af copingstrategier i relationelle situationer både i og uden for terapirummet. For Jens' vedkommende ville dette f.eks. være at udfor-dre sig selv på at vise sin tristhed, undgå at undgå samt træne på at sige fra og tillade sig selv at vise sin vrede. Til at starte med er hensigten med disse eksperimen-ter endnu en gang blot at træne patienten i at lægge mærke til, hvad de kom-mer i kontakt med, når de udfordrer deres ellers så fastlåste forestillinger og handler på baggrund af overbevisninger, som er både mere sunde og adaptive. På sigt er det antagelsen, at patienter på denne måde både vil opleve lindring, fordi de i langt højere grad får deres primære behov opfyldt, men også, at dette vil være medvirkende til, at alternative og mere positive antagelser om selvet styrkes.

Videre læsning

Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders; a treatment manual*. East Sussex: Routledge

Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R., & Salvatore, G. (2020). *Metacognitive Interpersonal Therapy: Body, Imagery and Change*. Oxon: Routledge

Anne Rogne, cand.psych.

Radikalt åben dialektisk adfærdsterapi

Selvkontrol bliver ofte forbundet med bl.a. velvære [1], men som med alt andet kan man have for meget af en god ting. Overkontrol er bl.a. forbundet med af-stand, en reserveret indstilling i sociale relationer, et hæmmet udtryk for følelser, optagethed af detaljer frem for helheden, overdreven perfektionisme, uvilje mod at løbe en risiko og social isolation [2, 3].

Der findes flere psykoterapiformer målrettet patienter med borderline person-lighedsforstyrrelse (fx dialektisk adfærdsterapi, mentaliseringsbaseret terapi og schema terapi), der er karakteriseret ved bl.a. problemer med følelsesregulering og nedsat impuls kontrol. Radikalt åben dialektisk adfærdsterapi (RÅ-DBT) er en transdiagnostisk psykoterapiform målrettet psykiske lidelser karakteriseret ved

overkontrol som fx ængstelig og tvangspræget personlighedsstruktur, nervøs spisevægring, kronisk depression og autismespektrum forstyrrelser [4].

RÅ-DBT tager udgangspunkt i dialektikken fra dialektisk adfærdsterapi, men bruger andre terapeutiske strategier og kernefærdigheder. Kerneproblemet ved overkontrol ses som problemer med lav åbenhed og uhensigtsmæssig social signalering, der fører til følelsesmæssig ensomhed. Dette kan fx komme til udtryk gennem lav grad af selvafsløring.

Udvikling af mere hensigtsmæssig social signalering er derfor det primære fokus i RÅ-DBT og programmet består i Region Hovedstaden Psykiatri af 24 sessioner i en undervisningsgruppe (30 i den originale version) og 12 individuelle sessioner (30 i den originale version). Ligesom i dialektisk adfærdsterapi anbefales det, at behandlerne deltager i et konsultationsteam, og at patienterne tilbydes mulighed for telefonkonsultation også uden for arbejdstid, da patienter med overkontrol også kan have en høj forekomst af selvmords- og selvskadende adfærd og kan have brug for støtte til at anvende hensigtsmæssige færdigheder i sådanne situationer.

I undervisningsgruppen lærer patienterne en række færdigheder til udvikling af mere hensigtsmæssig social signalering og større mental fleksibilitet [5] og i de individuelle sessioner arbejder man bl.a. med kæde- og løsningsanalyser af situationer, hvor patienterne har udvist de mest uhensigtsmæssige sociale signaler (fx gå fra en samtale uden at sige noget eller himle med øjnene).

RÅ-DBT har vist god effekt til patienter med kronisk depression i en undersøgelse, der inkluderede patienter med personlighedsforstyrrelse [6, 7] og til patienter med nervøs spisevægring [8]. Et eksplorativt studie viste, at patienter med autismespektrum forstyrrelser også kunne profitere af at deltage i et program med RÅ-DBT [9].

Ved Psykoterapeutisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center Glostrup har vi siden efteråret 2020 haft et program med RÅ-DBT til patienter henvist til pakkeforløb for ængstelig personlighedsstruktur og patienter og personale har givet positive tilbagemeldinger om metoden. Vi planlægger derfor en systematisk opgørelse af effekten på mål for personlighedsfunktion. RÅ-DBT er sammen med mentaliseringsbaseret metakognitiv interpersonel terapi og schema terapi indført som førstevalgsbehandling til ængstelig personlighedsstruktur i Region Hovedstaden Psykiatri og praktiseres også i andre pakkeforløbsambulatorier.

*Marianne Birgitte Vestentoft, psykolog, teamleder
& Jacob Sander Hansen, psykolog,
Psykoterapeutisk Ambulatorium, PC Glostrup*

Referencer

1. Wenzel, M., Rowland, Z., & Kubiak, T. (2021). Examining five pathways on how self-control is associated with emotion regulation and affective well-being in daily life. *Journal of Personality*, 89(3), 451–467. <https://doi.org/10.1111/jopy.12590>
2. Asendorpf, J. B., Denissen, J. J., & van Aken, M. A. (2008). Inhibited and aggressive preschool children at 23 years of age: personality and social transitions into adulthood. *Developmental Psychology*, 44(4), 997–1011. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.997>
3. Chapman, B. P., & Goldberg, L. R. (2011). Replicability and 40-year predictive power of childhood ARC types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 593–606. <https://doi.org/10.1037/a0024289>
4. Lynch, T.R. (2018). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Theory and Practice for Treating Disorders of Overcontrol*. Oakland, CA: New Harbinger Publications
5. Lynch, T.R. (2018). *The Skills Training Manual for Radically Open Dialectical Behavior Therapy: A Clinicians Guide for Treating Disorders of Overcontrol*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Context Press. 558.
6. Lynch, T.R., et al. (2018). *Efficacy and Mechanism Evaluation*, in *Radically open dialectical behaviour therapy for refractory depression: the RefraMED RCT*. NIHR Journals Library
7. Lynch, T. R., Hempel, R. J., Whalley, B., et al. (2020). Refractory depression - mechanisms and efficacy of radically open dialectical behaviour therapy (RefraMED): findings of a randomised trial on benefits and harms. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 204–212. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.53>
8. Isaksson, M., Ghaderi, A., Ramklint, M., & Wolf-Arehult, M. (2021). Radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa: A multiple baseline single-case experimental design study across 13 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 71, 101637. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101637>
9. Cornwall, P. L., Simpson, S., Gibbs, C., & Morfee, V. (2021). Evaluation of radically open dialectical behaviour therapy in an adult community mental health team: effectiveness in people with autism spectrum disorders. *BJPsych Bulletin*, 45(3), 146–153. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.113>

Bog anmeldelse: Den ængstelige personlighed

”Den ængstelige personlighed” af Nana Lund Nørgaard og Sebastian Simonsen indvier læseren i den ængstelige personligheds univers præget af rigiditet, mangelfuld affektbevidsthed og undgåelse. Bogen består af to dele og samler dels forfatterens erfaringer fra behandlingsarbejde med personer med ængstelig personlighedspatologi, dels nyere forskningsresultater og viden.

Bogens første del omhandler en grundig beskrivelse af, hvordan man kan forstå den ængstelige personlighedsudvikling og psykopatologi, og denne uddybes med afsæt i hhv. en mentaliseringsbaseret og en metakognitiv forståelsesramme.

Forfatterne argumenterer for, at man med fordel kan have både *proces* (som vægtes højt i mentaliseringsbaseret terapi (MBT)) og *indhold* (som tillige vægtes i metakognitiv terapi (MIT)) for øje i det terapeutiske rum med ængstelige personligheder. Mentaliseringsteoriens fire dimensioner anvendes fx til at beskrive tilbøjeligheder til at undgå (hypomentalisere) mentale tilstande eller hypermentaliserer, hvor klientens tankegang er låst i ét perspektiv og kører ud ad en tangent. Videre fremhæves fx det gavnlige i at identificere kerneantagelser, såsom ”jeg er uduelig” eller ønsker/motiver relateret til at føle sig elsket/holdt af. De to tilgange bidrager på hver sin måde til en uddybende forståelse af de problemstillinger og interpersonelle dynamikker, der kommer i spil i mødet med et ængsteligt sind.

Anden del af bogen er mere praktisk og beskriver konkrete interventionsprincipper og psykoterapeutiske redskaber, fx forslag til oplevelsesorienterede teknikker såsom rollespil og stoleøvelser. Ét fællestræk for interventionerne er, at de tiltænkes at hjælpe klienter med at få adgang og kendskab til følelser med det formål at stimulere til nysgerrighed og forståelse af dem selv og andre. Endelig slutter forfatterne af med et kapitel om øvelser til brug i gruppeterapi, samt et kapitel henvendt til pårørende og professionelle, der kan have glæde af konkrete råd og vejledning.

De beskrevne principper og interventioner (fra hhv. MBT og MIT) virker som et fornuftigt skridt mod en mere specifik behandling af problemer knyttet til en ængstelig personlighed. Personligt var jeg særlig begejstret for, at ”udforskning af positiv emotionalitet sammen med selv og andre” indgår som en ud af seks konkrete interventionsprincipper. Betydningen af positiv emotionalitet er generelt underbelyst i vores forståelse og behandling af personlighedsforstyrrelser, og at arbejde med at få klienten til at tage ejerskab for ”sprudlende øjeblikke” (s. 133), hvor han/hun anerkender sig selv, er spontan, morer sig eller er afslappet i samvær med andre kan potentielt aktivere flere positive selvtilstande og øge følelser af samhørighed.

”Den ængstelige personlighed” er let tilgængelig og i særdeleshed relevant for klinikere, der ønsker en indføring i og inspiration til at behandle personer med problematiske ængstelige træk. Bogen tilbyder en tiltrængt forståelse af en målgruppe, der er vanskelig at behandle, hvor alene det at forholde sig åbent og undersøgende til egne mentale processer vækker ubehag. Det er således ikke helt enkelt at få et billede af vanskelighederne hos en ængstelig personlighed, hvilket i sig selv kan føre til uhensigtsmæssige reaktioner fra behandleren. Jeg vil anbefale ”Den ængstelige personlighed”, fordi den peger på veje ud af en negativ spiral af ensomhedsfølelse, forvirring og handlingslammelse, der synes hjælpsomme - både for klienter og behandlere.

Nørgaard, N. L. & Simonsen, S. (2019). *Den ængstelige personlighed*. 1. udg. Hans Reitzels forlag.

Tine Harpøth, cand.psych.aut., ph.d.

Kommende boganmeldelse

Wilberg, T. & Eikenæs, I. U.-M. E. (2022). *Å ønske, men ikke våge – om engstelig unnvikende personlighetsproblemer*. Gyldendal norsk forlag

Professor ved Oslo Universitets sykehus Theresa Wilberg og psykiater, leder af Nasjonal kompetansetjeneste for personligheds psykiatri (NAPP) Ingeborg Ullveit-Moe Eikenæs – begge med mange årig klinisk erfaring og særlig interesse for ængstelig personlighed har udgivet en ny bog om emnet.

Bogen rummer 17 kapitler og er inddelt i 3 dele.

- Del 1: Forståelse af engstelig unnvikende personlighetsproblemer (10 kap)
- Del 2: Møde med sociale arenaer (3 kap)
- Del 3: Behandling og hjælpetiltak

Bogen vil blive anmeldt i næste Newsletter, der udkommer ved årsskiftet.

Emilie Nayberg, cand.psych.

Referat: Seminar om diagnostik og behandling af grænsepsykoser (skizotypi og borderline)

Afholdt i Kosmopol – 29.4.2022

Velkomst og Scandinavian Symposium on Borderline Conditions - hvad var status dengang? v. Erik Simonsen

Erik Simonsen indledte symposiet med at fortælle om sit personlige forhold til diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse (BPD), og at denne diagnose var en stor årsag til, hvorfor han selv valgte at blive psykiater i sin tid. Han fortalte kort om de mennesker, der historisk har bidraget til konceptualiseringen af diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse, bl.a. Stern, der i 1938 omtalte en gruppe patienter, som ikke passede ind under neurose eller psykose. Derefter Schmideberg, der var den første der kaldte det *borderline*, Knight der beskrev *ego weakness* (1953), Frosch, der beskrev en *psychotic character* (1960), Grinker, der beskrev en *psychotic border* (1968), Kernberg med *borderline personality organization* (1975), og Gunderson, der med sin banebrydende forskning definerede og opstillede kriterier for BPD sammen med Singer i 1975. Hermed

blev BPD og skizotypi/skizotypal personlighedsforstyrrelse (SP) adskilt som særskilte diagnoser. Erik Simonsen nævnte desuden også de danske lærebøger, der har haft betydning ift. at beskrive grænsepsykoserne, bl.a. Strømgrens lærebog i 8. udgave, som beskrev de pseudoneurotiske patienter ud fra Hoch & Polatins observationer, senere Welners psykiatribog hvor Vanggård beskrev pseudo-neurotisk skizofreni under skizotypi kapitlet og Schulsinger, som beskrev de pseudopsykopatiske grænsetilstande i kapitel om karakterafvigelser.

Slutteligt fortalte Erik Simonsen om sit vigtige samarbejde med Millon, som spillede en central rolle i DSM-III taskforce, som den første psykolog nogensinde. Erik Simonsen var på studieophold hos Gunderson på Harvard University, og det ledte bl.a. til dannelsen af ISSPD i 1988 og Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi i 1989 og til symposiet om grænsepsykosier i IPTP i København i 1992 med oplæg fra internationalt førende forskere. Symposiet er publiceret i Acta Psychiatrica Suppl. 1994 omhandlede flere emner om borderline begrebet, bl.a. hvorvidt BPD var en valid diagnose med afgrænsning ift. andre diagnoser (affektive psykoser, PTSD, skizofreni), om der kunne udvikles evidensbaseret psykoterapi og/eller psykofarmakologisk terapi til BPD. BPD var defineret ud fra en polytetisk, kriteriebaseret tilgang til psykiatrisk klassifikation væk fra en mere protypisk præget tankegang, men på sigt ville en dimensionel tankegang blive introduceret med DSM-5. Erik Simonsen gennemgik de 9 kriterier for BPD-5 diagnosen og forklarede, hvorledes disse havde rod i en udviklingspsykologisk objektrelationsteori som grundlag for "Gestalt" af psykopatologien (Mahler, Klein, Kernberg etc.). Frygt for at blive ladet alene, tomhedsfølelse, primitive forsvarsmekanismer, jeg-svaghed med impuls gennembrud, lav psykosetærskel jf. tidligere konceptualisering.

Det er med afsæt i 1992 symposiet, at dagens program opdaterede den nuværende viden om grænsepsykoserne. Symposiet blev til i lyset af de flere ph.d.'er, der siden har haft fokus på validiteten af borderline diagnosen, taksonomi af psykiatriske lidelser og klinisk praksis.

Den historiske udvikling af begrebet grænsepsykose v. Ralf Hemmingsen

Ralf Hemmingsen præsenterede i sit oplæg en omfattende og vigtig viden om den historiske udvikling af grænsepsykoserne, og hvor begrebet grænsepsykose kom fra. Han fortalte, at BPD og SP er yngre kategorier, der tidligere var kendt som dementia præcox/skizofreni, maniodepressiv psykose og neurose og gennemgik herefter vigtige teoretikere og studier indenfor dette område, herunder Kraepelin (1909), som beskrev dementia præcox blandt familiemedlemmer til skizofrenirante, der kunne være påfaldende; Bleuler (1911), der beskrev latent skizofreni - igen hos slægtninge til mennesker med skizofreni – og Ralf Hemmingsen argumenterede for, at der var et stort overlap med de aktuelle kriterier for SP. Kretschmer (1921) beskrev også slægtninge til skizofrene og Kahlmann

(1938) identificerede to typer blandt slægtninge til skizofrene (eccentric borderline og perverse superstitious mv.)

Dernæst gennemgik Ralf Hemmingsen de psykoanalytiske iagttagelser vedrørende grænsepsykose. Vigtigt at bemærke var iflg. ham det store sammenfald mellem de ældre undersøgelser af slægtninge til skizofrene og de psykoanalytiske beskrivelser. Freud (1931) foregreb pseudoneurose som et forstadium til skizofreni. Zolboorg (1941) beskrev en ambulatorisk skizofreni. Skizofreni var i datiden en anstalt-diagnose, hvor patienterne var indlagt på livstid. Mennesker med ambulatorisk skizofreni kunne herimod leve i samfundet trods deficits. Mennesker med ambulatorisk skizofreni blev beskrevet med symptomer, der var sammenlignelige med dem, der tidligere var blevet fundet blandt slægtninge til skizofrene. Zilboorg beskriver desuden den autistiske subjektivitet jf. autistisk-solipsistisk eksistensopfattelse overfor empirisk forankrede ideer. Fromm-Reichmann (1948) beskrev ligeledes psykoanalytiske iagttagelser vedrørende skizofreni, og hvordan man skal forholde sig til disse patienter. Hoch & Polatin (1949) beskrev pseudoneurotisk skizofreni og Ralf Hemmingsen illustrerede disse beskrivelser med case-eksempler. Kaplan (1952) og Dunaif & Hoch (1955) beskrev pseudopsykopatisk skizofreni og Ralf Hemmingsen gennemgik også kriterierne herfor.

Der var også teoretikere, som primært beskæftigede sig med identitet og selvforstyrrelser, herunder Robert Knight (1953), der beskrev en *borderline state* (dvs. ego funktioner/selvforstyrrelser), Helene Deutsch (1942), der beskrev en *as if personality* (dvs. et forstyrret basic self snarere end narrativt selv; identitet/personlighedsbevidsthed).

Ralf Hemmingsen beskrev herudover, at fællestræk for grænsepsykoserne var 1) det polymorfe billede, ego-syntoniteten og den emotionelle afblegning, 2) at de er forskellige fra neuroserne, 3) et fravær af eller usikker basal oplevelse af identitet og slutteligt, 4) at pseudoneurose og neurose fremstår i 50'erne som to adskilte gestalter. Førhen blev grænsepsykoserne således opfattet som en del af det skizofrene spektrum, bl.a. Rado (1953), der beskrev skizotypi som en arvelig defekt og Meehl (1962), der opstillede kriterier for skizotaxi-skizotypi-skizofreni. Borderline var også en del af skizofrenispektrummet (en skizofreni-neurose), men de rent emotionelle, ikke-neurotiske tilstande blev placeret under den cykloide karakter (det mani-depressive område). I 1967 beskrev Kernberg *borderline personality organization*, der udgjorde grundskitsen til BPD. Denne borderlineorganisering dannede grænsen til det normale og meget langt fra latent skizofreni og pseudoneurotisk skizofreni.

Ralf Hemmingsen argumenterede for, at siden 1980 og med introduktionen af BPD og SP er det blevet sværere klinisk og begrebsmæssigt at forstå grænsepsykoserne. Dette ses også i de diagnostiske manualer, hvor SP i DSM er en personlighedsforstyrrelse, men i ICD er indenfor skizofrenispektret. En forskel kunne være imellem de to grænsepsykotiske tilstande kunne være, at hos SP ses en forstyrrelse i basic self (selvforstyrrelse), hvorimod der hos BPD ses en usikker identitetsfølelse (forstyrrelse i narrativt selv), men jf. Maja Zandersens undersøgelser er også dette mudret. Ralf Hemmingsen stillede desuden spørgsmålstegn ved, hvordan borderline-begrebet pludselig har skiftet side (væk fra en del af skizofrenispektrummet) og gestalt?

Langtidsstudier af bl.a. McGlashan, Riso, Akiskal, Årkrog fandt, at BPD relaterer sig til det affektive spektrum og SP til skizofreni. BPD har en bedre prognose og funktionsniveau end SP over tid, hvilket kan tale for, at der er tale om 2 forskellige gestalter. Men med introduktionen af BPD's kriterie 9 i DSM-IV og DSM-5 blev billedet mere mudret. Nu inkluderer BPD således *paranoid ideation og dissociative symptomer*. Dette kriterium indebærer iflg. Ralf Hemmingsen en risiko for udskridning i retning af overdiagnosticering af BPD og underdiagnosticering af skizofreni. Det var derfor iflg. Ralf Hemmingsen særligt vigtigt at være opmærksom på, at dette symptom er af timers varighed – ikke uger! Hvis symptomet forekommer over en længere periode, er der tale om en lidelse indenfor det skizofrene spektrum.

Ralf Hemmingsen konkluderede, at SP og BPD fortsat opfattes som to fundamentalt forskellige gestalter. Vi taler således iflg. ham ikke længere om grænsepsykosser, men SP dækker dog i hovedsagen den grænsepsykotiske fænomenologi.

Psykopatologiske forskelle mellem skizotypisk sindslidelse og Asperger syndrom/autisme spectrum disorder v. Maria Nilsson

Maria Nilsson gennemgik forskellene imellem SP og Asperger syndrom/autismespektrum forstyrrelse (ASF). Hun fortalte, at der er mange væsentlige forskelle imellem diagnoserne, inklusive forskellig udvikling/debuttidspunkt samt forskellig klinisk præsentation. Genetisk er det sværere at finde forskelle. Men hvorfor er det så vanskeligt at skelne dem klinisk? Maria Nilsson mente, at nogle af årsagerne kan være de overfladisk lignende symptomer, lignende sygehistorie, diagnosetradition og dårlig vidensdeling. Hos begge patientgrupper kan der være funktionstab i ungdomsårene, men hvor funktionstabet for unge med debuterende psykose kan hænge sammen med udviklingen af psykotiske symptomer, vil funktionstabet hos mennesker med ASF hænge sammen med øgede præstationskrav og særligt hos dem i ressourcestærke familier kan et dårligt

funktionsniveau have været maskeret, fordi familien har kompenseret for vanskelighederne. Derudover er der for begge tale om globale gennemgribende fænomener, isolationstendens og en påvirket relation til andre/verden.

Autismebegrebet blev introduceret af Bleuler i 1910-tallet som noget grundlæggende ved skizofreni (autisme, associationer, affekt og ambivalent). Kanner & Asperger (1940-tallet) tog autismebegrebet fra skizofreni og gjorde det til en ny lidelse – autisme, der blev beskrevet som noget medfødt. Wing & Gould (1979) beskrev den autistiske triade med vanskeligheder i social interaktion, kommunikation og fantasi/forestillingsevne og Wing (1981) beskrev Asperger syndrom. Efterfølgende har der indenfor autismeforskningen været et neurokognitivt fokus med bl.a. *theory of mind*, *weak central coherence*, og fokus på de eksekutive funktioner. Hos SP og skizofreni beror diagnosticering på symptomer og tegn (deskriptiv psykopatologi), hvor man ved ASF beror på observeret adfærd og kognitive mekanismer.

Maria Nilsson spurgte herefter, hvordan ovenstående relaterer sig til den konceptforståelse, vi har af skizofreni? Er gestaltet gået tabt? Relationen mellem selv og andre er central for ASF. Men hvordan er selvet ved ASF? Maria Nilsson introducerede herefter begreberne den tynde selvbevidsthed (basal selvoplevelse) versus den tykke selvbevidsthed (introspektion/theory of mind) og stillede spørgsmål ved, hvorvidt den tynde selvbevidsthed er intakt ved ASF? Og er der et basalt selv ved ASF? Hun understregede, at dette er meget lidt undersøgt.

Herefter gennemgik hun sit ph.d.-studie, der var en undersøgelse med social anamnese/sygehistorie, SCAN (Schedules for Assessment in Neuropsychiatry), EASE (Examination of Anomalous Self-Experience) og ADOS (autisme diagnostisk observations skema) af 51 deltagere med hhv. Asperger syndrom (n = 22) og skizotypisk sindslidelse (n = 29). Hun illustrerede forskelle i diagnosegruppernes forklaringer af sociale vanskeligheder samt at være anderledes samt forskelle i ordbrug og tankernes form. I hendes undersøgelse fandt hun signifikante forskelle i forekomst af selvforstyrrelser hos SP ift. ASF samt lavere forekomst af velvære ved SP, og dette lave velvære hang sammen med selvforstyrrelser. Maria Nilsson var dog ikke blindet for diagnosen i sin undersøgelse.

Maria Nilsson konkluderede, at den gængse måde at beskrive psykopatologi og diagnosticere hverken rammer skizotypi eller ASF særligt godt og at der ikke er en tydelig forskel i ”typiske” deskriptive symptomer, hvilket gør den nuværende diagnostik svær.

Borderline personlighedsforstyrrelse og det skizofrene spektrum: Psykopatologisk afgrænsning v. Maja Zandersen

Maja Zandersens oplæg vedrørte selvforstyrrelser hos mennesker med BPD. Hun samarbejder med Parnas og har særligt beskæftiget sig med at beskrive grundforstyrrelsen i skizofreni og hvad der afgrænser den fra de andre lidelser, navnlig selvforstyrrelserne. Hun forklarer, at problemet ved psykiatrisk klassifikation er, at det er svært at beskrive diagnoserne som *natural kinds*, som man ser f.eks. i biologisk forskning, hvor man lettere kan adskille arter og planter fra hinanden. Psykiatriske diagnoser er derimod baseret på konsensusbeslutninger og meninger. Dette kræver iflg. Maja Zandersen en metastrukturel refleksion.

Den hovedinddeling vi har i ICD-10 baserer sig på, hvordan vi historisk har inddelt de psykiske sygdomme, dvs. organiske lidelser, psykoser, ikke psykotiske neuroser, karakterafvigere og mental retardering. Tidligere diagnostiske manualer inkluderede de teoretiske og ætiologiske overvejelser bag diagnoserne, men med DSM-III forsøgte man at opstille mere objektive kriterier og beskrivelserne blev derfor (for) korte. Det har skabt nogle problemer, bl.a. ift. Komorbiditet, og at symptomer tillægges lige meget vægt, så man kan have flere diagnoser samtidigt. Det kan iflg. Maja Zandersen føre til en fragmenteret måde at beskrive en samlet sygdomsvurdering hos en patient. Det er f.eks. ikke usædvanligt, at den samme patient opfylder kriterierne for tre eller flere diagnoser samtidigt. Maja Zandersen argumenterede for, at valid diagnostik *må* beskæftige sig med, hvad der udgør grundforstyrrelsen – altså hvilken grundforstyrrelse, der bedst beskriver de forskellige diagnosers symptomer. Dette kræver grundigt kendskab til psykiatri både teoretisk og diagnostisk. Ifølge Maja Zandersen mangler der i de diagnostiske manualer beskrivelser af de forskellige kriterier for de forskellige diagnoser, f.eks. hvad er kronisk tomhed, og hvornår er noget mikropsykotisk? Dette får vi ikke svar på.

Der mangler iflg. Maja Zandersen ligeledes beskrivelser af, hvad er en personlighedsforstyrrelse egentlig (f.eks. personlighedstræk, karakter, temperament)? Hvis personlighedstræk beskrives som forstyrrede, så skal man iflg. hende vide noget om normalpsykologiske træk. Når diagnosen skal være anvendelig for klinikere, skal det kunne bruges på en måde, så den bliver snæver, og så den ikke også inkorporerer alle andre psykiske lidelser. Maja Zandersen forklarede, at BPD er placeret under personlighedsforstyrrelserne, selvom BPD i sit symptom-billede mere ligner et syndrom og også bliver anvendt som sådan i klinikken. Tomhed og mikropsykotiske oplevelser har f.eks. ikke noget med personlighedstræk at gøre på samme måde som f.eks. impulsivitet og tvangspræg har det.

Maja Zandersen understregede, at hvis vores diagnostiske kategorier skal give mening, skal de kunne relativt klart afgrænses fra hinanden. Spitzer, Endicott, Gibbon (1979) fandt et overlap mellem BPD og SP på 54% hos patienter med

BPD fra privatpraksis (dvs. i den lettere ende af psykopatologi). I Maja Zandersens eget ph.d.-studie undersøgte hun, om 30 BPD-patienter var klart afgrænsede fra skizofreni. Hun fandt en ganske omfattende tilstedeværelse af skizofrenispektrum forstyrrelser, som var persistente og forbigående. Dette illustrerede hun til sidst med en case, der placerede sig i grænsfeltet mellem BPD og SP, og hvorfor Maja Zandersen mente, at denne patient bedst var placeret i det skizofrenene spektrum.

Dimensionel tilgang til grænsepsykosser med DSM-5's alternative model til diagnosticering af personlighedsforstyrrelser v. Maria Meisner

Maria Meisner introducerede resultaterne fra sit ph.d.-studie af grænsepsykosserne, hvor hun undersøgte patienter med SP, BPD eller komorbid SP/BPD ud fra den Alternative Model til klassifikation af personlighedsforstyrrelser. Den Alternative Model blev introduceret i DSM-5 i 2013 og går tilbage til de brede psykopatologiske forståelser af sværhedsgrad a la Kernbergs beskrivelser af personlighedsorganisering.

Maria Meisner forklarede, at uenigheden om grænsen mellem psykose og personlighedsforstyrrelse manifesterer sig i vores behandlingssystem, der er opdelt i psykotiske og ikke-psykotiske lidelser og i vores diagnostiske manualer, hvor SP er placeret under skizofreni-spektret i ICD og personlighedsforstyrrelser i DSM. Den danske psykiatri er præget af en hierarkisk tilgang ud fra ICD-10, hvor man i DSM-IV og DSM-5 er fokuseret på Akse II og komorbiditet.

Der er overlap mellem BPD og SP ift. identitetsforstyrrelser, kronisk tomhedsfølelse og psykoselignende symptomer. Man kan diagnosticere på tre måder; kategorielt (prototypisk eller polytetisk, kriteriebaseret) eller dimensionelt. Derudover kan komorbiditet iflg. Maria Meisner sige noget om sværhedsgrad. DSM-5 præsenterer en kategorielt tilgang til diagnosticering af personlighedsforstyrrelse i sektion II og en dimensionel tilgang i sektion III, hvor der indgår en vurdering af sværhedsgrad, grænsen mellem normalitet og patologi, afgrænsning ift. andre personlighedsforstyrrelser og fokus på hvilke personlighedstræk, der er forstyrrede.

Den Alternative Model er baseret på en dimensionel assessment af forstyrrelser i identitet og interpersonelle funktioner som kernen i personlighedspsykopatologi (kriterie A) og derefter patologiske personlighedstræk (kriterie B). For at få en diagnose, skal kriterie A som minimum være moderat nedsat personlighedsfunktionsniveau og derefter skal også maladaptive personlighedstræk som minimum være nedsat på moderat niveau. Kriterie B består af 5 trækdomæner og 25 facetter, som er delt ind under det 5 domæner.

Maria Meisner stillede herefter spørgsmålet, hvorvidt den dimensionelle tilgang mon kan besvare nogle af de grundlæggende problemer, der har været vedrørende afgrænsningen mellem BPD og SP. Dette forskningsspørgsmål udgjorde udgangspunktet for Maria Meisners ph.d., hvor hun udredte 80 patienter (35 med BPD, 25 med SP, og 20 med begge diagnoser). Hun præsenterede herefter de væsentligste fund fra hendes undersøgelse. Hun fandt bl.a. et højere niveau af angst, og problemer med identitet og intimitet i SP-gruppen, hvor den komorbide gruppe havde flere problemer ift. self-direction og empati. SP-gruppen og den komorbide gruppe scorede således højere end BPD alene gruppen på psykotisme, unusual beliefs and experiences, eccentricity, cognitive and perceptual dysregulation. Disse fund peger iflg. Maria Meisner på, at der kunne være tale om to forskellige grupper/gestalter – fordi hvis SP bare var en sværere personlighedsforstyrrelse end BPD, så ville man forvente det over hele linjen og det var ikke det, Maria Meisner fandt.

Disse resultater er dog ikke med til at afklare vanskelighederne ift. afgrænsning mellem diagnoserne, mente Maria Meisner. F.eks. inkluderer den Alternative Model i kriterie B psykotisme, der inkluderer førsterangssymptomer såsom Schneiderian features, tankeforstyrrelser og sær tænkning og dissociation. Maria Meisner spurgte herefter, hvorfor der er førsterangssymptomer inkluderet i en udredning af personlighedsforstyrrelse? Hun nævnte også, at vi mangler viden om, hvordan traumer og kompleks PTSD spiller ind på psykotisme, da kompleks PTSD bl.a. inkluderer flashbacks, pseudohallucinationer, dissociative symptomer og ekstrem vagtsomhed.

Maria Meisner beskrev, at kriterie A i den Alternative Model kan bruges til at beskrive dynamiske beskrivelser af personlighedsfunktion, hvilket f.eks. kan bruges ift. behandlingseffekt, hvor kriterie B i den Alternative Model forbliver relativt stabile, fordi de vedrører temperament. Slutteligt konkluderede hun, at de hidtidige forskelle imellem DSM og ICD fortsætter, fordi DSM-5 altså inkluderer psykotisme, hvor ICD-11 ikke gør. ICD-11 åbner dog op for, at den svære personlighedsforstyrrelse inkluderer svære forstyrrelser i selvfunktion og dissociative og psykoselignende overbevisninger eller perceptioner.

Skizotypi i Hovedstaden: sygeliggørelse eller rettidig omhu? v. *Helene Speyer og Casper Westergaard*

Helene Speyer fokuserede i sit oplæg på diagnostiske traditioner. Hun forklarede, at der overordnet er to tilgange til diagnostik af grænsepsykosier – den fænomenologiske (med fokus på selvforstyrrelser) og den pragmatiske. Disse forskellige traditioner giver anledning til megen uenighed. *Helene Speyer* argumenterede herefter for, at denne uenighed bunder i, at man filosofisk har forskellige tilgange til diagnostik, som vi måske ikke er bevidste om. Hun fremlægger her-

efter de filosofiske tilgange realisme, nominalisme, konstruktivisme og pragmatisme og hvilke ontologiske og epistemologiske overvejelser, der ligger bag hver position. Helene Speyer argumenterede herefter for, at det at nogle har svært ved at forstå selvforstyrrelse, måske dækker over, at man har en anden konceptuel sygdomsforståelse og at diagnosesystemerne iflg. hende er baseret på en mere pragmatisk tilgang og sygdomsforståelse.

Man kan diskutere diagnoserne ud fra begreber som *reliabilitet*, *validitet* og *utilitet*. Med udgangspunkt i SP, kan vi konkludere, at reliabiliteten er lav, fordi diagnosen er svær at skelne fra skizofreni (ligesom der står i ICD-10 Blue Book, at man ikke kan bruge diagnosen til klinisk brug). Der ses også en højere forekomst af SP i København relativt til Århus, hvilket kan skyldes, at man ikke har haft et behandlingstilbud til SP i Århus, men også at der er et fænomenologisk forskningsmiljø i København. Ift. validitet kan vi diskutere fordele og ulemper ved en mulig overdiagnosticering i København versus en mulig underdiagnosticering i Århus. En fænomenologisk model vil læne sig mere op ad en kategoriel tilgang – altså at der er en afgrænsning mellem syg og rask, hvor en pragmatisk tilgang måske er mere dimensionel.

Casper Westergaard overtager herefter ift. utilitet med udgangspunkt i kliniske erfaringer fra et OPUS team i Region Hovedstadens Psykiatri. Af 150 nyhenviste patienter over en 3-årig periode, blev 42% (n= 64) henvist med skizotypi. Af de 64 patienter fastholdes diagnosen hos 30%, hvorimod 70% omdiagnosticeres (19 til ikke-psykotisk lidelse – typisk ADHD, PTSD eller angst/depression og 51% til psykotisk lidelse såsom simpel skizofreni eller paranoid skizofreni). Medicineringspraksis er anderledes i de forskellige psykiatriske centre – ved skizofreni er det 90%, der får antipsykotisk medicin i Ballerup og 52% i Glostrup – for skizotypi er det 71%, der får antipsykotisk medicin i Ballerup og 12% i Glostrup.

Casper Westergaard spurgte herefter, hvordan skal man bruge diagnosen SP? Det varierer aktuelt, om den bruges som ultrahøj risiko for skizofreni, OBS pro (mistanke om psykisk sygdom) eller som sin egen særskilte kategori. Han gennemgik slutteligt mulige ulemper ved en SP-diagnose, f.eks. sygeliggørelse, fejl-diagnostik, forsikring, begrænsninger i uddannelse og brug af medicin. Fordele ved at få stillet diagnosen er derimod iflg. ham, at det åbner op for et OPUS tilbud med psykoedukation, og at det måske kan forebygge transition til skizofreni (og selvmord) samt give handicap-SU.

Psykoterapi ved grænsepsykoser v. *Susanne Harder*

Dagen afrundes med fokus på psykoterapeutisk behandling af grænsepsykoserne ved psykolog og professor Susanne Harder. Susanne Harder gennemgik således i sit oplæg de evidensbaserede behandlinger til hhv. BPD og SP.

Der er i dag evidens for flere evidensbaserede behandling til BPD, inklusiv dialektisk adfærdsterapi (DAT), mentaliseringsbaseret terapi (MBT), skemafokuseret terapi (SFT) og overføringsfokuseret terapi (TFP). Susanne Harder tog udgangspunkt i de psykodynamiske traditioner herunder særligt TFP. Hun forklarede, at de centrale elementer i TFP i fase 1, er at rumme selvdestruktiv adfærd, og i fase 2 at ændre identitetsdiffusion til en mere integreret måde at opfatte sig selv og andre på. Der er fokus på den splittede organisering og ideen med behandlingen er, at integrere positive og negative følelser og i relationer hele mennesker. Overføring er i fokus og fortolkningerne afledt heraf. Flere studier underbygger iflg. Susanne Harder effekten af metoden til behandling af BPD.

Herefter gennemgik hun de nyere generationer af dynamiske psykoterapier til BPD, som f.eks. MBT. MBT er funderet i tilknytningsteori og adskiller sig iflg. Susanne Harder fra TFP gennem det stærke fokus på mentalisering frem for overføring.

Herefter gennemgik Susanne Harder evidensgrundlaget for psykoterapeutisk behandling af SP, hvilket iflg. hende er et mere broget billede end hos BPD. Der er iflg. Susanne Harder ingen evidens for effekt af psykoterapi ved SP, men TFP hævder, at behandlingen også er effektiv for SP – det er bare ikke undersøgt endnu. Ift. MBT, argumenterer bl.a. Martin Debbané for, at MBT kan bruges til mennesker i højrisiko for psykose, hvilket i så fald jo kunne være mennesker med SP. Weijers randomiserede forsøg af MBT ved psykose viste også god effekt af MBT som add on til psykosebehandling.

Susanne Harder mente også, at der er nogle transdiagnostiske perspektiver ved psykoterapi af grænsepsykoserne, der kunne tale for en positiv behandlingseffekt af også SP. F.eks. har BPD og SP overlappende karakteristika vedrørende traumer i opvæksten, usikre tilknytningmønstre, forringet mentaliseringsevne, samt interpersonelle og emotionelle vanskeligheder. Der er dog iflg. Susanne Harder også centrale forskelle imellem BPD og SP, f.eks. at BPD vedrører en underregulering af affekt og med intense interpersonelle konflikter, hvor SP omhandler en overregulering af affekt med tilbagetrækning fra interpersonelle relationer. Susanne Harder konkluderede i sit oplæg, at det er vigtigt at tilpasse psykoterapier til forskellige affektreguleringsstrategier og ift. tolerance af nærhed i relationer, mentaliseringsevne og sværhedsgrad af patologi (uanset diagnose).

Således afsluttedes en spændende dag med indlæg fra forskellige eksperter, der hver især beskæftiger eller har beskæftiget sig med grænsepsykosier igennem deres karriere. Personligt synes jeg som yngre forsker og kliniker, at det var spændende at høre om det historiske bag de nuværende diagnostiske kriterier for SP og BPD samt hvilke filosofiske og teoretiske anskuelser, der også ligger bag. Jeg

forlod også symposiet med en følelse af, at der fortsat er meget spændende arbejde forude ift. at undersøge grænsepsykoserne bl.a. ud fra et udviklingsmæssigt perspektiv. Nogle slides fra seminaret ligger på IPTP's hjemmeside.

Mie Sedoc Jørgensen

Referat: Forskning i borderline, diagnostik og behandling

Seminar 31. marts 2022 i anledning af professor Erik Simonsens fratrædelse af stilling som forskningschef i Psykiatrien Region Sjælland.

Endelig kunne man samles oven på 2 års coronarestriktioner, og det blev en festlig og velbesøgt dag i Psykiatrisygehuset i Slagelse, hvor Erik Simonsens afsked blev markeret. Bo Bach indledte med et overblik over Erik Simonsens nationale og ikke mindst internationale meritter. Herefter havde de, der har lavet ph.d. med ham som chef og vejleder i Psykiatrisk Forskningsenhed en række oplæg - heraf 4 som video og resten som live præsentationer. Erik Simonsen henvendte sig personligt til hver oplægsopholder efter deres præsentation, ligesom han afrundede dagen.

Anthony Bateman, der på ES's initiativ en årrække har været og er adjungeret professor ved Psykiatrisk Forskningsenhed og KU havde en videopræsentation, idet han desværre i sidste øjeblik var forhindret i at møde frem.

1. "En god begyndelse"

Sebastian Simonsen, ph.d., forskningsleder Psykoterapeutisk Center Stolpegård
Med afsæt i evalueringsprojekt af ambulans behandling af mennesker med personlighedsforstyrrelse i Roskilde i 2004 udsprang en række ph.d.-projekter inden for området. Sebastian Simonsen tegner udviklingslinjerne i Erik Simonsens forskning over tid: dimensionel tilgang til PF og MBT-behandling. Sebastian fremhævede ES som central skikkelse både nationalt og internationalt qua sin evne til at vurdere og forfølge bæredygtige trends i teori og praksis.

ES fremhævede, hvordan Sebastian som den første ph.d.-studerende indenfor personlighedsforstyrrelser kom til Fjorden efter anbefaling af chefpsykolog Birgitte Brun, SHH og med sit skarpe kliniske blik og dybe teoretiske indblik i området inspirerede til udvikling af de kliniske perspektiver på personlighedsforskningen i Region Sjælland.

2. "Hvorfor kan det være svært at afgrænse BPD fra psykoser og skizotypi?"

Maria Meisner, overlæge, ph.d., Psykoterapeutisk Center, Nannasgade.

Ideen til denne ph.d. opstod i forbindelse med den diagnostiske uenighed og dermed hvilken behandling, der skal tilbydes, som Maria Meisner stødte på under sin speciallægeuddannelse. Der redegøres for forskelle mellem amerikansk (DSM) og europæisk (ICD) tradition. BPD diagnosens historie opridses. Ud fra det kliniske datamateriale indsamlet i forbindelse med sin ph.d. beskrev Maria de kriterier og den psykopatologi, der især volder differentialdiagnostiske udfordringer.

ES fremhævede, at Maria havde løftet den sværeste af alle de ph.d.-studier han gennem årene havde været involveret i, hvordan den nye dimensionelle model i DSM-5 kan differentiere mellem kategorierne skizotypi og borderline som de opstod i 1980.

3. “Kompleks PTSD - en ny diagnose”

Lise Møller, psykolog, ph.d., Psykoterapeutisk Center, Nannasgade

Lise beskrev den lange omdiskuterede vej for kategorien KPTSD fra den første gang i 1992 blev beskrevet af Judith Herman til optagelse i ICD 11. Især har afgrænsning overfor borderline været diskuteret. Lise gennemgik nyere empirisk forskning, der belyser dette. KPTSD har 2 domæner; PTSD og DSO.

De områder, der kan anvise en skelnen, er borderlinesymptomer som svingende selvbillede, ustabile relationer præget af frygt for svigt og impulsivitet overfor et mønster med relationel tilbagetrækning og stabilt lavt selvværd præget af skam og skyld hos mennesker med KPTSD. Begge grupper kan have traumehistorik og suicidalitet til fælles.

Med ICD 11, hvor diagnostik af personlighedsforstyrrelse er dimensionel ud fra sværhedsgrad, er der behov for en refokusering, der tager højde herfor.

ES fremhævede, at der er høj komorbiditet mellem BPD og PTSD, og at Lise har været tidligt ude med forskning i, hvordan kompleks PTSD og borderline overlapper men også kan differentieres.

4. “Kognitive deficits ved BPD”

Martin Vestergaard Gøtzsche, psykolog, ph.d., seniorforsker ved Afdeling for børne- ungdomspsykiatri og Psykiatrisk Forskningsenhed

Mennesker med borderline har høj prævalens af kognitive forstyrrelser, herunder eksekutive vanskeligheder, socialkognitive problemer og negativ kognitiv bias i fortolkning af selv og andre. Dette ses i udtalt grad ved borderline med komorbiditet som andre personlighedsforstyrrelser, depression, stofmisbrug og spiseforstyrrelse. Selvom kognitive forstyrrelser ikke indgår i diagnosekriterier, argumenteres for at individuel vurdering af kognitiv funktion kan tilpasse og derved optimere behandlingen.

ES fremhævede, at han med en tidligere ph.d.-studerende, Marianne Thomsen, havde haft fokus på BPD patienters problemer med eksekutive funktioner og følgevirkninger for uddannelse og arbejde, men Martin har med sine unikke kompetencer indenfor kognitiv science bidraget med en bredere forståelse af social kognition, kommunikation og selvbiografisk hukommelse.

5. “Kan vi opspore BPD tidligt? - en RCT med predictiv outcome”

Mie Sedoc Jørgensen, postdoc, ph.d., Psykiatrisk Forskningsenhed & Sune Bo, seniorforsker, ph.d., Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri

Sune Bo beskrev, hvordan nyere forskning gør op med dogmet om, at BPD-diagnose først kan stilles i voksenalder. Der er omfattende forskning, der viser, at BPD-diagnosen kan stilles ligeså reliabelt og validt som hos voksne fra 12-14 år og er forbundet med tilsvarende fluktuation og nedsat funktionsniveau. Dette kalder på behandlingstilbud til unge, og Sune Bo gennemgik design for en RCT i regi af Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri og Psykiatrisk Forskningsenhed, hvor man tilbød unge enten MBT-gruppe eller TAU. Her fremhævedes, at (lav) mentaliseringsevne forudså sværhedsgrad af BPD-patologi - hvilket flugter med mentaliseringsteoriens hypotese.

ES beskrev, hvordan Sune kreativt og visionært allerede under sin egen ph.d., bl.a. gennem sine internationale kontakter, udviklede protokol til en RCT med nytænkning af brug af gruppebehandling af BPD af unge i en tidlig indsats og fik gjort Trygfonden interesseret.

Mie Jørgensen fremlagde herefter resultater af 1 års followup. Ca. 50% oplevede bedring og ca. 1/3 havde diagnostisk remission - hvilket er sammenligneligt med tilsvarende behandlingsstudier hos voksne.

Studiet havde højt drop-out, hhv 56% i MBT- gruppe og 25% i TAU gruppen. Lav mentaliseringsevne var prædiktor for drop-out i MBT- G, mens der ikke fandtes prædiktorer for TAU. Der blev fremsat overvejelser om, hvordan fremtidig intervention for borderline unge kunne sikre mindre drop-out og større udbytte - en “socioøkologisk model blev præsenteret “.

ES fremhævede vigtigheden af at følge patienter over tid og Mies ihærdighed og indgående kendskab til patientgruppen har givet en meget høj deltagelsesprocent i 5 års opfølgingsundersøgelsen.

6. “Samfundsøkonomiske omkostninger ved BPD - hvad ved vi om patienternes sundhedsomkostninger og arbejdsmarkedstilknytning?”

Lene Halling Hastrup, seniorforsker, ph.d., Psykiatrisk Forskningsenhed
Udgik pga. sygdom.

7. ”Psykoterapi og medicin ved behandling af borderline personlighedsforstyrrelse”

Mickey Toftkjær Kongerslev, ph.d., afdelingsleder i Distriktspsykiatrien Roskilde, Psykiatrien Øst

Mickey beskrev sit arbejde (assisteret af professor Ole Jakob Storebø, ES og en international gruppe forskere) med opdatering af det Cochrane review med titlen: ”Psykoterapeutiske behandlinger af BPD “ der udkom første gang i 2012. Der foreligger nu i alt 75 RCT-studier, der indeholder i alt 4507 patienter mellem 15-46 år (de unge under 18 er med for første gang - repræsenteret ved 4 RCT). Patienterne er overvejende kvinder.

Der findes statistisk signifikans på flere parametre - men kun klinisk signifikant bedring af borderline sværhedsgrad - dette uanset terapeutisk retning - kaldet ”Dodo kendelsen “. Studiernes kvalitet spændte fra (meget) lav til moderat. Da der ikke ser ud til at være nogen teori eller retning, der er overlegen – argumenteres for, at der kunne udledes fælles generelle evidensbaserede principper for behandling.

ES fortalte om, hvordan Mickey og Sune havde forladt deres lektorer i Aarhus for at få ph.d.-stillinger i Region Sjælland og samarbejde omkring udvikling af Millons teorier og assessmentinstrumenter. Sikke et samarbejde det har afstedkommet. Mickey kan nu bryste sig af at være blevet professor ved SDU om personlighedsforstyrrelser og psykoterapi og ES’s afløser som formand for bestyrelsen i IPTP.

Mie sprang med kort varsel til og redegjorde for det opdaterede Cochrane review om farmakologisk behandling til patienter med borderline.

Antipsykotika, antidepressiva og stemningsstabiliserende lægemidler var undersøgt. I lighed med første review ses ingen effekt på primære outcome mål. Studierne var af lav til meget lav kvalitet, og dermed må resultaterne tages med forbehold. Psykoterapi er fortsat hovedbehandling.

8. ”Individualiseret behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse”

Johanne Pereira Ribeiro, ph.d.-studerende, Psykiatrisk Forskningsenhed

I denne igangværende ph.d. planlægges 3 systematiske review, hvor der foretages metaanalyse af individuelle patientdata på allerede publicerede RCT, der undersøger effekt af psykoterapi, som typisk udkommer med gruppedata. Forfatterne er kontaktet, og 21 datasæt er allerede indsamlet og indsamlingen fortsætter. Det er målet at undersøge, hvilke personlige og kliniske karakteristika, der kan forudsige og påvirke effekt af forskellige terapier og kontrolbehandlinger

hos mennesker med BPD. Det er håbet, at denne viden kan bidrage til bedret prognose via en mere skræddersyet, såkaldt personaliseret behandling til patienter med BPD.

ES fremhævede, hvor vigtigt det er, at en forskningsenhed har en stærk international orientering, som vi har det indenfor personlighedsforstyrrelser, således som det også manifesterede sig ved at vi i 2013 var værter for en international kongres. Mange af dem, der skal fremsende deres egne data, gør det i tillid pga. det personlige kendskab opbygget gennem mange år.

9. “Anvendelse af apps ved BPD- en god løsning?”

Læge Ali Shaker, ph.d.-studerende & Stephen Austin, seniorforsker, ph.d., Psykiatrisk Forskningsenhed

Digitale teknologier bruges i stigende omfang i sundhedsvæsenet til at understøtte/supplere behandling. Dette gælder også psykoterapeutisk behandling. Stephen beskrev brugen af en app integreret i DBT til brug for patienter i forløbet, som har vist lovende resultater i en kvalitativ undersøgelse.

Læge og sundhedsteknologi ingeniør Ali har i regi af Region Sjælland udviklet en ”Ventetids app”, som man håber kan forberede patienten på behandling og modvirke negative effekter af ventetid. Igangværende pilotprojekt med anvendelsen hos ventelistepatienter beskrives.

ES fremhævede Alis unikke evner som både ingeniør og læge, men fortalte også hvordan samarbejdet kom op at stå i forlængelse af Alis undervisningsophold i regionen i psykiatrien som medicinstuderende. Ali har mulighed for gennem sin forskning at skabe nye udviklingsmuligheder for brug af ny teknologi i psykiatrien.

10.”Borderline specifier i ICD-11”

Bo Bach, ph.d. og faglig leder v. Center for Forskning i Personlighedsforstyrrelser

I forbindelse med overgang til ICD 11 bliver diagnostikken af personlighedsforstyrrelser dimensionel, idet generelle kriterier inddeles i sværhedsgraderne let, middel og svær. Som eneste af de specifikke mønstre er borderline bevaret som en “specifier”. Det betyder, at den viden genereret af forskning om borderline inkl. behandling bevares. Man kan se borderline “specifier“ som markør for global sværhedsgrad (P faktor).

ES udtrykte sin beundring over, hvorledes Bo gennem en kort årrække har udviklet et imponerende internationalt netværk, som har stor betydning for kvaliteten af forskningen og et eksempel på vellykket karriereforløb, når man starter i klinikken, får ph.d.-forløb og efterfølgende bliver seniorforsker.

11. “General Management of Borderline Personality Disorder. Are specialist treatments necessary?”

Professor Anthony Bateman, Anna Freud Centre, London

Da BPD er hyppigt forekommende i kliniske populationer, betyder det at ikke alle kan tilbydes evidensbaseret specialiseret behandling. En række “brands”: DBT, MBT, TFP, SFT har evidensgrundlag. Dog synes disse behandlinger at blive mindre “virksomme” over tid - som der kommer ny forskning, der ikke er udført af ophavspersonerne til de forskellige terapiformer, samt at TAU får sammenlignelig struktur og længde. Der synes at være sket en transmission fra forskningen, der har ført til større teoretisk og praktisk kundskab i forhold til BPD i almenpsykiatrien. Bateman beskriver, hvordan et behandlingsprogram for BPD kunne sættes sammen til brug i almenpsykiatrien.

Afrunding

Det blev en festlig og indholdsrig dag, der viste, hvor vidt og bredt forskningsenheden favner – det var imponerende, hvor megen interessant klinisk forskning af høj karat, der har været gennemført i Erik Simonsens år. Det fremgik tydeligt af bidragene, at forskerne har været glade for at arbejde i forskningsenheden og satte stor pris på det kollegiale og faglige miljø Erik Simonsen skabte både nationalt og internationalt – en sand Nestor i ordets bedste betydning.

Erik Simonsen overgår til Psykiatrien Øst som forskningsoverlæge 3 dage om ugen og fortsætter som professor på KU og vil således bl.a. følge igangværende og nystartede ph.d.-projekter til dørs.

Sekretær Dorit Mortensen, der trofast og kompetent har arbejdet i Psykiatrisk Forskningsenhed i alle årene og haft en uvurderlig betydning i forhold til at holde sammen på ”det hele” og slutter med ES, fik også en stor tak.

Slides og videopræsentationer findes på [Psykiatrisk Forskningsenheds hjemmeside](#).

Tak for en et flot program og en fagligt og socialt berigende dag.

Kraka Bjørnholm

Highly recommended

Nedenfor gennemgås udvalgte nylige publikationer, der vedrører personlighedsforstyrrelser. Disse publikationer er udvalgt af undertegnede eller blevet tilsendt.

Såfremt du har læst noget vigtigt og/eller spændende nyt litteratur, du gerne vil dele, så send endelig til mipjo@regionsjaelland.dk, så det kan komme med i næste newsletter. Fokus i highly recommended denne gang er på unge og traumer.

Unge tema

Der var i lang tid tilbageholdenhed med at stille diagnosen personlighedsforstyrrelse hos unge. Dette er i mindre grad gældende nu, og der publiceres et stigende antal publikationer på området. Unge med borderline personlighedsforstyrrelse (BPD) præsenterer ofte med de mere ”akutte” og ”impulsive” symptomer såsom selvskade, og vrede og selvmord forekommer også ofte tidligt i sygdomsforløbet. Dette efterfølges af nedsat socialt funktionsniveau og interpersonelle vanskeligheder i voksenalderen. Derfor kan tidligt fokus og indsats hos unge måske bremse den udvikling. I det følgende vil noget af den nyeste forskning vedrørende unge fremhæves.

Det er på tide at stoppe med at vende det blinde øje til personlighedsforstyrrelse hos unge mennesker

Chanen A. M. (2022). Debate: It is time to stop turning a blind eye to personality disorder in young people. *Child and adolescent mental health*, 27(2), 194–195. <https://doi.org/10.1111/camh.12554>

Nu skrev jeg ovenfor, at der ikke er lige så meget tilbageholdenhed ift. at stille en personlighedsforstyrrelsesdiagnose hos unge som tidligere. Der er dog stadigvæk modstand, hvilket ikke kan understøttes ud fra et videnskabeligt synspunkt, da reliabiliteten og validiteten af diagnoserne på personlighedsforstyrrelse er lige så gode (eller dårlige) hos unge og voksne. Indeværende debatartikel gennemgår nogle af argumenterne for, hvorfor tidlig opsporing af personlighedsforstyrrelse er vigtig. F.eks. ift. At det åbner muligheden for diagnosespecifik behandling og at forsinket behandling har (langvarige) negative konsekvenser for den unge.

Forbedring af behandlingsudbyttet til unge med borderline personlighedsforstyrrelse gennem en socioøkologisk tilgang

Bo, S., Sharp, C., Kongerslev, M. T., Luyten, P., & Fonagy, P. (2022). Improving treatment outcomes for adolescents with borderline personality disorder through a socioecological approach. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00187-9>

Indeværende artikel med danske Sune Bo i front kigger på behandling af unge med BPD. Der sættes bl.a. fokus på, at den manglende viden om, hvilke behandlinger der virker hos unge, fordrer at man bl.a. trækker på tidligere erfaringer fra psykoterapiforskning (f.eks. ift. fællesfaktorer, terapeutisk alliance og terapeutfaktorer) i behandlingsplanlægningen. Forfatterne præsenterer en socioøkologisk

tilgang, der er bredere og tilbydes i en relationel kontekst, som noget, der kunne være særligt anvendelig hos unge. Indholdet af en sådan socioøkologisk tilgang gennemgås, og forfatterne illustrerer ligeledes tilgangen via en casebeskrivelse.

Sammenhænge mellem symptomer på borderline personlighedsforstyrrelse og suicidalitet hos indlagte unge

Sekowski, M., Gambin, M., Sumlin, E., & Sharp, C. (2022). Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry research*, 312, 114558. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114558>

At selvmordsraten for mennesker med BPD er forhøjet, er ikke ny viden. Der er dog begrænset viden omkring, hvilke individuelle BPD-symptomer, der øger risikoen for suicidalitet. Det er dette spørgsmål, forfatterne i indeværende undersøgelse forsøger at afdække. 339 indlagte unge i alderen 12-17 år indgik i undersøgelsen. Forfatterne fandt, at sværhedsgraden af BPD hang sammen med suicidalitet, og ift. de individuelle BPD-symptomer fandt de, at identitetsforstyrrelse, tomhed, angst for forladthed og forbigående stressrelateret paranoia eller dissociation hang sammen med suicidalitet. Kun identitetsforstyrrelse hang sammen med antal selvmordsforsøg. Denne undersøgelse belyser hermed, at det er vigtigt at undersøge særligt identitetsforstyrrelse hos unge, da særligt denne kan føre til at unge forsøger at tage deres liv.

Diagnose og dilemma: klinikerens erfaring med brugen af borderline personlighedsforstyrrelse diagnosen hos børn og unge

Papadopoulos, R., Fisher, P., Leddy, A., Maxwell, S., & Hodgekins, J. (2022). Diagnosis and dilemma: Clinician experiences of the use of 'borderline personality disorder' diagnosis in children and adolescents. *Personality and mental health*, 10.1002/pmh.1541. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pmh.1541>

Som nævnt har det været svært for klinikere og forskere at stille personlighedsforstyrrelsesdiagnoser hos unge. Dette bl.a. fordi man har opfattet identitetsvanskeligheder, affektiv ustabilitet og vrede som normative udfordringer i ungdomsårene, hvor personligheden er under udvikling. Derudover har man villet beskytte de unge mod det stigma, som en personlighedsforstyrrelse desværre ofte medfører. Indeværende kvalitative undersøgelse interviewede 13 klinikere (terapeuter, psykiatere og psykiatriske sygeplejersker) om deres oplevelse af brugen af BPD-diagnosen hos børn og unge med et særligt fokus på dilemmaer, og hvordan disse dilemmaer blev håndteret. Klinikerne gav udtryk for, at diagnoseprocessen blev påvirket af holdningerne på arbejdspladsen, særligt ift. hvem der var ledere (magtforholdet) samt tilstedeværelsen af ressourcer.

Karakteristikker og prædiktorer for manglende tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked hos ambulante unge med borderline personlighedsforstyrrelse

Juurlink, T. T., Betts, J. K., Nicol, K., Lamers, F., Beekman, A., Cotton, S. M., & Chanen, A. M. (2022). Characteristics and Predictors of Educational and Occupational Disengagement Among Outpatient Youth With Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 36(1), 116–128. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_534

Et af de mest kendetegnende og vedblivende træk ved mennesker med personlighedsforstyrrelse er, at de har et nedsat socialt funktionsniveau. Dette starter allerede i ungeårene, hvor de unge har svært ved at fastholde deres skolegang og sunde relationer til deres jævnaldrende. Denne undersøgelse kiggede på, hvad der forudsiger manglende tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked for 112 unge på 15-25 år med BPD, der gik i ambulans psykiatrisk behandling. 39.3% var uden tilknytning til uddannelse eller arbejde ved studiets start, og denne frekvens ændrede sig ikke over 18 måneder. Forfatterne fandt, at større interpersonelle vanskeligheder, tomhedsfølelse samt identitetsproblemer forudsagde manglende tilknytning, hvorfor beskæftigelsesindsatser bør berøre disse vanskeligheder.

Traume tema

Der sker meget på traumeområdet disse år... ICD-11 inkluderer nu en ny diagnose, som hedder kompleks PTSD. Der har igennem årene været megen debat omkring, hvorvidt kompleks PTSD er en særskilt diagnose eller f.eks. komorbid personlighedsforstyrrelse og PTSD. Men nu hvor diagnosen kompleks PTSD er en realitet, er det vigtigt at opdatere sig på den nyeste viden, så vi kan blive skarpere på differentialdiagnostikken til personlighedsforstyrrelse, da dette skal guide valg af behandling. Nedenfor vil jeg gennemgå nogle af de artikler, der er blevet publiceret for nyligt på området.

Forskelle og ligheder ved kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse

Mikkelsen, L. B., Felding, S. U., & Bach, B. (2022). Forskelle og ligheder ved kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse. *Ugeskr Læger*;184:V06210517

Som ovenfor nævnt har der været en del debat omkring forskelle og ligheder mellem kompleks PTSD og komorbid PTSD og personlighedsforstyrrelse. Indeværende artikel beskæftiger sig netop med ligheder og forskelle imellem de to diagnosers nosologi, med formålet at lette overgangen til ICD-11 for klinikere. Kompleks PTSD tager udgangspunkt i PTSD-symptomer med supplerende forstyrrelser i selvorganiseringen eller personlighedsfunktionen (såkaldte DSO-symptomer). Disse DSO-symptomer vedrører affektiv dysregulering, negativt selvbillede og interpersonelle vanskeligheder. Personlighedsforstyrrelse i ICD-

11 vurderes derimod ud fra en vurdering af sværhedsgraden af personlighedsforstyrrelse kombineret med maladaptive personlighedstræk. Artiklen skitserer her-efter punktvis forskelle og ligheder, bl.a. ift. debut og varighed, traumatiske hændelser og negative opvækstvilkår, interpersonelle vanskeligheder, dissociative symptomer og mere.

Indvirkningen af komorbid personlighedsforstyrrelse på psykoterapi for PTSD: et systematisk review og meta-analyse

Snoek, A., Nederstigt, J., Ciharova, M., Sijbrandij, M., Lok, A., Cuijpers, P., & Thomaes, K. (2021). Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1929753. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929753>

Som nævnt ovenfor så forekommer PTSD og personlighedsforstyrrelse ofte sammen, bl.a. har ca. 50% af mennesker med BPD også PTSD. Der har været spekulationer omkring, hvordan PTSD indvirker på behandlingsudbyttet ved BPD (f.eks. flasbacks ift. affektiv dysregulering), men også BPD-symptomer på udbyttet af PTSD-behandling (f.eks. mgl. evne til følelsesregulering ved eksponering til traumerelateret indhold med risiko for bl.a. selvskadende eller anden destruktiv adfærd). Der har dog ikke været lavet systematiske reviews og meta-analyser af, hvordan komorbid personlighedsforstyrrelse ved PTSD påvirker udbyttet af PTSD-behandling. Dette systematiske review og meta-analyse sætter fokus på dette med udgangspunkt i de 12 fundne studier (918 patienter). Forfatterne finder, at denne komorbiditet mindsker udbyttet af PTSD-behandling relativt til mennesker, der kun har PTSD.

Traumer og udbytte af mentaliseringsbaseret terapi til mennesker med borderline personlighedsforstyrrelse

Smits, M. L., Luyten, P., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Kamphuis, J. H., Dekker, J., Verheul, R., & Busschbach, J. (2022). Trauma and Outcomes of Mentalization-Based Therapy for Individuals With Borderline Personality Disorder. *American journal of psychotherapy*, 75(1), 12–20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210027>

Selvom det er kendt, at mennesker med BPD ofte har oplevet komplekse traumatiske begivenheder igennem deres liv, har der, som nævnt ovenfor, været meget lidt fokus på, hvordan det påvirker behandlingsudbyttet af personlighedsforstyrrelsesbehandling. Denne artikel sætter lys på forekomsten og indvirkningen af barndomstraumer på udbyttet af mentaliseringsbaseret behandling over 36 måneder hos 114 patienter med BPD. Patienterne deltog i et randomiseret klinisk forsøg, der testede forskelle i effekt af hhv. mentaliseringsbaseret daghospi-

tal behandling og mentaliseringsbaseret intensiv ambulant behandling (resultaterne af dette forsøg er tidligere publiceret i en anden artikel). Forfatterne fandt høje forekomster af barndomstraumer (mere end 85%), men forekomsten deraf havde ikke nogen særlig betydning for udbyttet af de to behandlingsformer. Dog så det ud til at de mest eksponerede for barndomstraumer samt de, der havde oplevet følelsesmæssigt omsorgssvigt, havde hurtigere eller bedre udbytte af behandling på daghospital frem for ambulant behandling.

Maladaptive personlighedstræk kan linke barndomstraumer til nuværende internaliserende symptomer

Bach, B., Bo, S., & Simonsen, E. (2022). Maladaptive personality traits may link childhood trauma history to current internalizing symptoms. *Scandinavian journal of psychology*, 10.1111/sjop.12830. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/sjop.12830>

Personlighedsforstyrrelse karakteriseres ved både internaliserende symptomer såsom angst og depression og eksternaliserende symptomer som acting out, vrede og selvskade. Barndomstraumer hænger sammen med udvikling af forskellig psykopatologi, heriblandt internaliserende lidelser, PTSD, skizofreni og personlighedsforstyrrelser. Det er uklart, hvordan det kausale forhold er mellem barndomstraumer og udviklingen af maladaptive personlighedstræk. Denne undersøgelse af 142 psykiatriske patienter og 320 raske kontroller kiggede på, hvordan maladaptive personlighedstræk medierede effekten af barndomstraumer på internaliserende symptomer og fandt, at 78% af effekten var forklaret af de maladaptive personlighedstræk. De kliniske implikationer heraf bliver diskuteret ift. transdiagnostisk behandling.

Dissociation, traumer og borderline personlighedsforstyrrelse

Krause-Utz A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00184-y>

Dissociation er et transdiagnostisk fænomen, der bl.a. både forekommer hos mennesker med BPD (kriterie 9), men også ved dissociative lidelser, PTSD og kompleks PTSD. Netop traumatisk stress opfattes som en risikofaktor for dissociation, men ætiologien er omdiskuteret. Denne artikel er en oversigtsartikel, hvor forfatteren gennemgår forskning på området dissociation og traumer, men med fokus på BPD. Det understreges dog, at der er brug for mere viden på området.

Mie Sedoc Jørgensen

Referat: IPTP's ordinære generalforsamling

Mandag 4. april 2022, Distriktpsychiatrien, Havnevej 7, Roskilde

1. Valg af dirigent og referent

Kraka Bjørnholm blev valgt til dirigent, Ali Shaker til referent.

2. Godkendelse af dagsorden

Dagsorden godkendt.

3. Bestyrelsens beretning om Instituttets virksomhed i det forløbne år, herunder evt. ad hoc udvalgs aktiviteter

Det forgangne år har igen været præget af nedlukninger pga. COVID-19. Instituttet har derfor ikke været i stand til at afholde så mange arrangementer som havde ønsket. Dog havde Bo Bach held til at arrangere et velbesøgt Nordisk Symposium om AMPD fra klinisk perspektiv i Slagelse i december 2021 med indlæg fra de nordiske lande.

Der er ingen ad hoc udvalg.

4. Kassereren fremlægger revideret regnskab til godkendelse

Der har ingen indtægtsgivende aktiviteter været i 2021 pga. COVID-19. Regnskabet viser lille overskud, hvilket skyldes at aflyst flybillet blev refunderet.

Regnskabet blev godkendt.

5. Fastlæggelse af arbejdsopgaver for det kommende år, herunder godkendelse af evt. ad hoc udvalg

Der er planlagt seminar i april og DBT-uddannelse i uge 35.

6. Behandling af indkomne forslag

Bestyrelsen har foreslået, at den afgangende formand udnævnes til æresmedlem.

Dette vedtages enstemmigt.

7. Fastlæggelse af budget og kontingent

Budget for næste år godkendes; kontingent på 400 kr. bibeholdes – 200 kr. for prægraduat-studerende.

8. Valg af bestyrelse samt suppleanter

Bo Bach, Maria Meisner og Jacob Sander Hansen er på valg. Bo og Maria har ikke ønsket genvalg. Erik Simonsen har ligeledes ønsket at udtræde af bestyrelsen.

Jacob genvælges. Desuden indtræder Catherine Wohlert og Emilie Nayberg som ordinære medlemmer, suppleant Tine Harpøth rykker op, og Mie Jørgensen og Toke Lenskjold vælges som suppleanter.

9. Valg af revisor

Bodil Roved fortsætter med Ulrik Haahr som suppleant.

10. Valg af medlemmer til faste udvalg

Ph.d.-studerende Ali Shaker indtræder i ”Young Scholars” udvalget.

11. Eventuelt

Intet til eventuelt

Fornyelse af medlemskab/kontingent

Har du husket at betale kontingent for 2022? Hvis ikke, kan dette stadig nås. Årskontingentet er fortsat 400,00 kr. - halv pris for prægraduat-studerende.

Beløbet overføres til Danske Bank, **reg.nr. 1551 kontonr. 0004639677** med tydelig angivelse af navn og evt. medlemsnummer. Husker du ikke medlemsnummer, kan dette oplyses ved henvendelse til iptp.dk@gmail.com.

Dorit Mortensen

Kalender

6th International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders October 10-12, 2022, Antwerp, Belgium: “Change for a better future: Perspectives beyond symptoms”: <https://www.borderline-congress.org/>

Schizofrenidagene, Stavanger, 7-11 november 2022: <https://www.schizofrenidagene.no/>

ISSPD

ISSPD er nu på Facebook. Her vil man kunne finde mere information om næste ISSPD kongres (nævnt ovenfor): <https://www.facebook.com/ISSPD1/>

Og på twitter: @ISSPD1

Kontaktpersoner/bestyrelse

Professor, psykolog, ph.d. Mickey Kongerslev (forperson)
Psykiatrien Region Sjælland, Distriktpsikiatrisk Center, Roskilde
mkon@regionsjaelland.dk

Afdelingslæge Kraka Bjørnholm (næstforperson)
Psykiatrien Region Sjælland, Psykiatrisk Klinik, Roskilde;
kibj@regionsjaelland.dk

Psykolog Jacob Sander Hansen
Psykiatrisk Center Glostrup, Brøndbyøstervej 160, Brøndby;
jacob.sander.hansen@regionh.dk

Psykolog, ph.d., postdoc. Tine Harpøth (sekretær)
Psykiatrien Region Sjælland, Psykiatrien Øst, Roskilde;
tisha@regionsjaelland.dk

Overlæge Catherine Wohlert, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Gentofte
cathrine.wohlert@regionh.dk

Psykolog Emilie Nayberg (kasserer)
Psykiatrien Region Sjælland, Psykiatrien Øst, Roskilde;
enay@regionsjaelland.dk

Psykolog, ph.d., postdoc. Mie Sedoc Jørgensen
Psykiatrien Region Sjælland, Psykiatrisk Forskningsenhed, Roskilde;
mipjo@regionsjaelland.dk

Læge Toke Lenskjold
Psykiatrien Region Sjælland, Psykiatrien Øst, 4000 Roskilde;
toke.lenskjold@gmail.com

**Kontakt til sekretariat:
iptp.dk@gmail.com**