

*Juli 2011*

# 42/11

Orientering fra formanden.....	2
Referat fra IPTP's ordinære generalforsamling .....	3
Årsberetning .....	5
Fornyelse af medlemskab.....	6
Behandling af personlighedsforstyrrelse.....	7
Introduktionskursus i brugen af MCMI III .....	8
Kursus om neuropsykologi og psykiatri .....	9
Referat fra seminar med Professor Paul Lysaker:.....	10
Indtryk fra Masterclass med psykoanalytiker Nancy McWilliams.....	12
Highly recommended .....	21
Kalender .....	23
Kontaktpersoner/bestyrelse .....	24

**IPTP**  
**Region Zealand, Psychiatric Research Unit**  
**Toftebakken 9, DK 4000 Roskilde, Denmark**  
**Tel (+45) 4732 7775 – [dmo@regionsjaelland.dk](mailto:dmo@regionsjaelland.dk) – [www.iptp.dk](http://www.iptp.dk)**

## Orientering fra formanden

Den XI1th internationale ISSPD kongres blev afholdt i Melbourne, Australien med godt 350 deltagere. Der er langt til Australien, både fra Europa og USA's østkyst, hvilket af naturlige årsager begrænsede deltagerantallet. Hele arrangementet forløb gnidningsfrit, velorganiseret til mindste detalje og med et rigt varieret program, der dog ikke bød på de store overraskelser eller nye perspektiver. Men vi får meget at skulle leve op til ved ISSPD's 25 års jubilæumskongres i København!

I foråret er der i Journal of Personality Disorders og Personality and Mental Health udgivet artikler om de forestående revisioner af klassifikationssystemerne DSM og ICD inden for personlighedsdiagnoserne.

Det overordnede indtryk er fortsat, at ICD-systemet vil indeholde en stærkt simplificeret model og DSM-systemet en meget kompliceret model. Der var ellers lagt op, at systemerne skulle nærme sig hinanden, men det bliver ikke tilfældet. Det seneste forslag fra DSM-V-gruppen inkluderer narcissistisk personlighedsforstyrrelse, men udelader fortsat paranoid og dependent, som lige vel kunne være bevaret. DSM-systemet sværger til den prototypiske tænkning, hvilket har vakt betydelig harme blandt førende amerikanske forskere med John Gunderson i spidsen, illustreret ved de ret omfattende ændringer, der vil ske omkring borderline diagnosen, og nye protestskrivelser er på vej.

I foråret har Institutet afholdt to arrangementer med hhv. Nancy McWilliams og Paul Lysaker. Begge arrangementer i samarbejde med andre organisationer, hvilket har ført til langt bedre tilslutning end ved vores traditionelle arrangementer, som det de seneste gange har vist sig svært at trække tilstrækkeligt antal deltagere til. Således måtte vi desværre aflyse arrangementet med Glen Gabbard her i foråret.

I efteråret har vi to vigtige arrangementer, dels endnu et efteruddannelseskursus i diagnostik og behandling af personlighedsforstyrrelser under ledelse af Sebastian Simonsen og Per Sørensen samt et nyt kursus om neuropsykologi, arrangeret af Birgit Bork Mathiesen og Mickey Kongerslev. Det var meningen, at Bob Krueger skulle besøge Institutet, men han har desværre - pga. for megen rejseaktivitet - måttet aflyse sit besøg.

Instituttet flytter 1. august til Toftebakken 9 i Roskilde og får dermed ny adresse! Jeg vil også henlede opmærksomheden på, at vores hjemmeside er blevet forbedret i sit layout. Endvidere vil jeg gøre opmærksom på et ph.d.-opslag om psykopiens psykopatologi ([www.regionsjaelland.dk/jobogkarriere](http://www.regionsjaelland.dk/jobogkarriere)). Instituttet afholdt tilbage i 1996 et meget velbesøgt ”symposium on psychopathy”, som siden som bog blev til en bestseller inden for psykopatilitteraturen: Millon, Simonsen, Birket-Smith & Davis. *Psychopathy – antisocial, criminal and violent behavior*; Guilford Press, 1998. Psykiatrisk Forskningsenhed i Roskilde vil nu følge op på Instituttets interesse i psykopatiforskningen.

Det bør også nævnes, at vi blandt medicinstuderende har set en væsentlig øgning i interessen for at skrive OSVAL/bachelor opgaver om emner med relation til personlighedsforstyrrelser, specielt borderline og psykopati, men også personlighedens relation til psykisk sygdomme i øvrigt. Dette er en glædelig udvikling, efter at vi de seneste 10 år har set et markant fald i interessen blandt psykiatere i al almindelighed for området personlighedsforstyrrelser, fraset den lille gruppe som har haft det som særligt interesseområde og opnået ansættelse i specialklinikker. Med de nye behandlingspakker og specialklinikker vil der måske vise sig en fornyet interesse for efteruddannelse i personlighedsforstyrrelser, hjulpet på vej via interessen for assessment generelt. I Københavns-området er der nu stiftet et *Forum til Forskning i Personlighedsstruktur* med Amager, Bispebjerg, Stolpegården og Psykiatrien Roskilde og IPTP som deltagende institutioner. Tiden er i takt med specialisering inde til multicenterundersøgelser.

Hav en god sommer!

*Erik Simonsen*

## **Referat fra IPTP's ordinære generalforsamling afholdt den 7. april 2011 i Smedehus, Roskilde**

### *Ad 1) Valg af dirigent og referent*

Dirigent Per Sørensen, referent Morten Hesse

### *Ad 2) Godkendelse af dagsorden*

Dagsorden godkendes.

### *Ad 3) Bestyrelsens beretning*

Det har været en udfordring at lave kurser, specielt kurser til psykologerne, som skal have dækket krav i forhold til specialistuddannelsen. Dette gælder navnlig assessmentkurser og vore kurser om personlighedsforstyrrelser.

Formanden udtrykte optimisme ved udsigten til, at IPTP om 2½ år skal arrangere ISSPD kongres.

Visionen er, at IPTP øger sit engagement i forskning, og bliver et vigtigt netværk indenfor psykiatrisk forskning med personlighedsforstyrrelser.

Se i øvrigt formandens årsberetning.

*Ad 4) Fremlæggelse af regnskab*

Kassereren er fraværende pga. ferie. Regnskabet blev fremlagt. Det konstateres, at der også i år bliver et mindre underskud.

Generalforsamlingen godkender det reviderede regnskab.

*Ad 5) Fastlæggelse af arbejdsopgaver for det kommende år*

Videregår til bestyrelsesmødet.

*Ad 6) Behandling af indkomne forslag*

Der er ingen indkomne forslag.

*Ad 7) Fastlæggelse af budget og kontingent*

Budgettet blev diskuteret og det fastlægges som foreslået. Kontingentet er godkendt.

*Ad 8) Valg af bestyrelse og suppleanter*

Erik Simonsen, Birgit Bork Mathiesen og Ulrik Haahr modtager genvalg.

*Ad 9) Valg af revisorer*

Bestyrelsen påtager sig at finde en yderligere revisor. Frank Hansen fortsætter.

*Ad 10) Valg af medlemmer til faste udvalg*

Der er ingen faste udvalg p.t.

*Ad 11) Eventuelt*

Intet til eventuelt.

*Morten Hesse*

## Årsberetning

Bestyrelsen konstituerede sig i det forløbne år med Erik Simonsen som formand, Birgit Bork Mathiesen som næstformand, Ulrik Haahr som sekretær og kasserer, Sebastian Simonsen som redaktør af Newsletter. Der har i 2010 været afholdt fire bestyrelsesmøder: 4. februar, 7. april, 14. september og 7. december samt bestyrelsesseminar i juni måned. Ved årsskiftet havde Institutet omkring 200 medlemmer.

### *Seminar om psykopati*

I foråret 2010 afholdt Institutet seminar med professor Robert D. Hare, der har modtaget mange akademiske priser og anerkendelser for sin psykopatiforskning. Hare er kendt af de fleste for sin udvikling af instrumentet *Hare Psychopathy Checklist (PCL)*. Seminaret var velbesøgt, og der var mange gode diskussioner om PCL's begrænsninger, herunder den kritik Hare har mødt fra kollegerne David Cooke og Stephen Hart, der har udviklet et instrument CAPP (Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality).

Seminaret var det første, siden Institutet i 1996 havde sit symposium om psykopati, hvilket førte bestselleren: Millon, Simonsen, Birket-Smith & Davis. *Psychopathy – antisocial, criminal and violent behavior*. Guilford Press, 1998, men Institutet vil de kommende år få mere fokus på psykopatiområdet, herunder på unge med psykopati og psykopatiens relation til kriminalitet.

### *Seminar om mentalisering, metakognition og mindfulness*

I sommeren 2010 afholdt Institutet et velbesøgt spændende seminar med de førende forskere inden for mentalisering, metakognition og mindfulness: Anthony Bateman, Giancarlo Dimaggio og Alan Fruzzetti. Anthony Bateman gav en grundig indføring i mentaliseringsbegrebets oprindelse og afgrænsning, den udviklingspsykopatologiske forståelse af neurobiologiske forskning i borderline og sammenhæng med attachmentmønstre. Giancarlo Dimaggio foredrog om definition af metakognition, herunder afgrænsning over for *theory of mind* begrebet og teorier om social kognition. Skalaen *Metacognitive Assessment Scale (MAS)* blev ikke direkte gennemgået, men indeholdt en opdatering omkring sammenhæng mellem bevidsthed og kognition i lyset af evne til selvrefleksion. Dimaggio fremlagde neurobiologiske forskningsresultater, der underbyggede teorien. Alan Fruzzettis fokus var mindfulness, som er en ny "færdighed", som indgår i flere former for psykoterapi i dag. Der udspillede sig efterfølgende en levende diskussion om, hvad de tre foredragsholdere havde lært af hinanden, for nærmere orientering se Birgit Bork Mathiesens referat i Newsletter 40/10.

### *Introduktions- og certificeringskurser i Millon Clinical Multiaxial Intervention III*

Atter i 2010 blev der afholdt kurser i brugen af MCMI III, som nu i Danmark forhandles af firmaet Pearson ([www.pearsonassessment.dk](http://www.pearsonassessment.dk)). MCMI har gennem årene vundet en stor udbredelse i Danmark, og nye brugere kommer stadig til. Flere danske forskere publicerer nu artikler om MCMI's reliabilitet og validitet, og ved kurserne er der stor interesse for netop at læse om erfaringer gjort af danske forskere. Instituttet vil fortsat have 1-2 kurser pr. semester.

### *ISSPD*

I 2010 valgte vi kongresbureauet DIS til at hjælpe os med afholdelse af ISSPD's 25 års jubilæumskongres i dagene 16.-19. september 2013. I løbet af 2011 vil programlægningen tage fart med etablering af et internationalt "scientific advisory board" og i lyset af erfaringer fra ISSPD kongressen i Melbourne.

### *Kurser om personlighedsforstyrrelser og personlighedsteori*

Atter i 2010 afholdt Instituttet et af sine 3-dages kurser om personlighedsforstyrrelser. Der er stor interesse for disse kurser. Kurserne har fået en vigtig efteruddannelsesmæssig betydning, bl.a. fordi de viser, at vi i Danmark har gode undervisere, der kan levere undervisning på højt niveau, hvorved vi i højere grad kan frigøre os fra tidligere tider, hvor undervisning primært skulle ske med udenlandske undervisere. Kurserne vil blive udbudt løbende.

*Erik Simonsen*

## **Fornyelse af medlemskab**

Har du betalt kontingent for 2011? Som medlem får du tilsendt Newsletter og har mulighed for at deltage i Instituttets arrangementer til nedsat pris. – Kontakt mig, hvis du er i tvivl, om du har betalt for 2011: [dmo@regionsjaelland.dk](mailto:dmo@regionsjaelland.dk).

Årskontingentet er p.t. 400,00 kr. Beløbet bedes indbetalt til Danske Bank, reg.nr. 1551 kontonr. 0004639677.

*Dorit Mortensen*

## Behandling af personlighedsforstyrrelse

IPTP afholder 3-dages seminar om behandling af personlighedsforstyrrelse, særligt borderline. Der er afsat en hel dag til undervisning i både mentaliseringsbaseret terapi og dialektisk adfærdsterapi, mens tredjedagen blandt andet vil omhandle medicinsk behandling. På seminaret vil der blive lagt vægt på at øge deltageres praktiske og kliniske færdigheder.

### *Foreløbigt program*

#### **7. september 2011** *Dialektisk adfærdsterapi*

kl. 09.00 – 16.00 Praktisk orienteret undervisning hvor deltagerne i seminaret involveres med rollespil og diskussion af videosekvenser både gruppe og individuelle forløb. Det giver derfor en hel anden praktisk indtryk af de forskellige behandlingsformer  
*v. Alice Rasmussen, overlæge, ph.d. & Esther Sorgenfrei, psykolog*

#### **8. september 2011** *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline*

kl. 09.00 – 16.00 Praktisk orienteret undervisning hvor deltagerne i seminaret involveres med rollespil og diskussion af videosekvenser både gruppe og individuelle forløb  
*v. Kirsten Aaskov Larsen, overlæge & Nana Lund Nørgaard, psykolog*

#### **9. september 2011** *Andre behandlingsmæssige tilgange til personlighedsforstyrrelse*

kl. 09.00 – 12.00 *Den psykoanalytiske tilgang*  
Der tages udgangspunkt i Judy Gammelgårds bog *Mellemværende*, som er en analyse af borderlinebegrebet. Her undersøges i foredragsform forskellige aspekter af borderline ud fra en psykoanalytisk tilgang forankret i en klinisk forståelse

*v. Judy Gammelgaard, lektor, dr.phil.*

kl. 13.00 – 14.00 *Kombinationen af psykoterapeutisk og medicinsk behandling*

*v. Per Sørensen, overlæge, ph.d.*

kl. 14.00 – 16.00 *Personlighedsbaseret misbrugsbehandling*

Det beskrives, hvordan traditionel behandling (fx kognitiv terapi) af afhængighed kan suppleres med fokus på personlighedsmønstre hos klienter i den såkaldt dobbeltbelastede kategori. Illustration af metodeelementer og pædagogiske værktøjer til opkvalificering af tværfaglige behandlerteams samt til kommunikation med klienter

*v. Per Nielsen, psykolog, ph.d.*

### **Litteratur**

Ball, S. (2004) *Treatment of Personality Disorders with Co-occurring Substance Dependence: Dual Focus Schema Therapy*. I: Magnavita, J. (ed.) *Handbook of Personality Disorders*.

Wiley & Sons, New Jersey

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2006): *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder – A Practical Guide*. Oxford University Press

Botella , C. & Botella, S. (2005) The work of psychic figurability. The New Library of Psychoanalysis. Routledge  
Gammelgård, J. (2004) Mellemværende. En diskussion af begrebet borderline. Akademisk Forlag  
Karterud, S. & Bateman, A. (2010): Manual for mentaliseringsbaseret terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Gyldendal Akademisk  
Verheul, R., van den Bosch, L. & Ball, S. (2005) Substance Abuse. I: Oldham, J. et al. (eds.): Textbook of Personality Disorders. The American Psychiatric Publishing

**Tid** 7.-9. september 2011, kl. 9.00 – 16.00  
**Sted** Aktivitetshuset, Psykiatrien Roskilde, Smedegade 10-16, Roskilde  
**Kursusafgift** 4.000 kr. for medlemmer af IPTP, 4.200 kr. for andre  
Frokost alle dage kl. 12.00-13.00 inkluderet

**Kursusarrangører** Sebastian Simonsen og Per Sørensen  
**Tilmelding senest 15. august** til Dorit Mortensen, [dmo@regionsjaelland.dk](mailto:dmo@regionsjaelland.dk) med oplysning om navn, adresse, evt. EAN-nummer og faktureringsadresse.

Seminaret søges godkendt i psykologforeningen under behandling (12.4.4.2.3 og 13.4.4.2.3 )

## **Introduktionskursus i brugen af MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory III)**

MCMI III er oversat til dansk, og der foreligger en dansk manual. Programmet kan nu købes hos Pearson ([www.pearsonassessment.dk](http://www.pearsonassessment.dk)). Kurset henvender sig til kliniske psykologer og psykiatere, der ønsker at anvende spørgeskemaet MCMI som personlighedstest som led i en diagnostisk evaluering.

### **Program**

- Kort gennemgang af personlighedsforstyrrelser
- Kort introduktion til Millons teorier og publikationer
- Introduktion til spørgeskemametoden og alternativer til MCMI
- MCMI III's konstruktion, administration og anvendelsesmuligheder
- Fortolkning af MCMI III profiler

Kurset er godkendt af Dansk Psykolog Forening.

**Kursusafgift** 2.100 kr. for medlemmer af IPTP, 2.400 kr. for andre  
**Deltagerantal** max. 20



**Tid** Torsdag 13. oktober 2011 kl. 9.00-16.00  
**Underviser** Professor, forskningschef, overlæge, ph.d. Erik Simonsen

**Tilmelding senest 12. september** til Dorit Mortensen, [dmo@regionsjaelland.dk](mailto:dmo@regionsjaelland.dk) med angivelse af navn, adresse og evt. EAN-nummer og faktureringsadresse.

## Kursus om neuropsykologi og psykiatri

IPTP arrangerer et todages kursus i neuropsykologisk viden med fokus på ”den neuropsykologiske værktøjskasse”, som den i dag i stigende grad anvendes i psykiatriforskning og her især i forhold til personlighedsdannelse og –forstyrrelser.

Formål: At klæde kursusedtagere der arbejder i psykiatrien eller med lignende klientel på til at forstå, hvad der ligger bag, når disse testresultater fremlægges i artikler såvel som i klinikken/patientjournalen, samt inspirere til hvornår det vil være relevant at få en psykiatrisk patient neuropsykologisk udredt – og med hvilke metoder.

Foredragsholderne bliver adjungeret professor og lektor Jesper Mogensen, lektor Anders Gade, cand.psych. Marianne Thomsen samt psykolog og ph.d. Torben Østergaard, og programmet er følgende:

### Mandag den 24. oktober 2011

09.00 – 12.00	Jesper Mogensen: <i>Hjerne og psykisk sygdom/ personlighedsforstyrrelser</i> Hjernens og nervecellernes struktur og dynamik, hjerneskaningsmetoder til at vurdere normalitet/patologi, her særligt med henblik på psykisk sygdom/personlighedsforstyrrelser. Hvilken betydning har hjernens plasticitet for udvikling og behandling af psykiske sygdomme? Kan man sige noget om, hvad der er state- og hvad der er trait-fænomener i forbindelse med hjernemæssige dysfunktioner (stresstilstande, depression, psykotiske symptomer)?
12.00 – 13.00	Frokost
13.00 – 16.00	Anders Gade: <i>Neuropsykologiske tests</i> Demonstration og diskussion af den neuropsykologiske testværktøjskasse, der kan komme i betragtning og ofte anvendes ved udredning af mulige ”organiske” årsager til psykiatriske symptomer og/eller personlighedsforstyrrelser. Den slags data og viden som optræder i artikler om disse spørgsmål.

### Tirsdag den 25. oktober 2011

09.00 – 12.00	Marianne S. Thomsen og Birgit Bork Mathiesen: <i>Selvmondsadfærd i nevrologisk perspektiv</i>
---------------	---

Neuropsykologisk teori og neuropsykologiske deficit i forbindelse med selvmordsadfærd generelt, men ikke mindst i forbindelse med depression og borderline personlighedsforstyrrelse, både med fokus på udredning og behandling.

12.00 – 13.00

Frokost

13.00 – 16.00

Torben Østergaard: *Neurokognitiv assessment ved skizofreni*

Om neurokognitiv assessment ved skizofreni med fokus på hvorfor og hvordan det gøres, herunder hvorledes de neuropsykologiske fund kan inkorporeres i en individuel behandlingsplan. De centrale kognitive deficits, deres omfang og karakter, samt funktionelle konsekvenser og testbatterier, f.eks. BACS og MCCB, og centrale enkelttest, f.eks. WCST, vil blive beskrevet.

Arrangementet afholdes Store mødelokale, Aktivitetshuset, Psykiatrien Roskilde, Smedegade 10-16, Roskilde

**Kursusafgift** 3.300 kr. for medlemmer af IPTP, 3.600 kr. for andre

**Kursusarrangører** Birgit Bork Mathiesen og Mickey Kongerslev

**Tilmelding senest 30. september** til Dorit Mortensen, [dmo@regionsjaelland.dk](mailto:dmo@regionsjaelland.dk) med oplysning om navn, adresse og evt. EAN-nummer og faktureringsadresse.

Seminaret søges godkendt i psykologforeningen under hhv. psykopatologi (13.4.4.2.2); psykoterapi med voksne (12.4.4.2.1); neuropsykologi (15.4.4.2.5).

## **Referat fra seminar med Professor Paul Lysaker:**

### **Metacognitive capacity as a focus for psychotherapy in Schizophrenia**

I maj afholdt IPTP i samarbejde *Institut for Psykoseterapi* seminar ved professor Paul Lysaker fra Indiana University School of Medicine & Roudebush VA Medical Center, USA. Lysaker har i sin mangeårige karriere primært beskæftiget sig med at udforske psykotiske og skizofrene lidelser – og har publiceret et væld af empiriske artikler herom.

I første del af seminariet talte Lysaker om sin forskning i metakognition. Rationalet bag hele hans forskning, fortalte han, udspringer af en mangel ved den fremherskende bio-psyko-sociale forståelse af psykotiske lidelser. Denne model og tilgang mangler, ifølge Lysaker, begreber der kan indfange ”personen” bag sygdommen/symptomerne. Hertil kræves der begreber, som kan indfange den menneskelige subjektivitet, vores intentioner og måder at forstå og fortolke os selv og verden på. Sådanne begreber om menneskets psykiske liv er for Lysaker

et nødvendigt supplement til den fremherskende deskriptive psykopatologis forståelse af psykotiske fænomener som objektive og diskrete symptomer. I den forbindelse bliver begrebet om metakognition væsentligt.

Lysaker forstår metakognition som et paraplybegreb, der favner et sæt af delvist uafhængige kapaciteter for refleksion, over egne og andres tanker, følelser og intentioner. For så vidt overlapper Lysakers forståelse af metakognition også med en del andre moderne psykologiske begreber, såsom mentalisering eller Theory of Mind. For at kunne operationalisere begrebet om metakognition, har Lysaker videreudviklet Metacognition Assessment Scale (MAS), der oprindeligt blev udviklet af en italiensk forskergruppe, så den kan anvendes til at rate metakognitive funktioner, ud fra Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII). IPII er et semi-struktureret interview, der tager ca. 30-60 minutter at gennemføre, og hvor der ikke er fokus på patientens symptomer, men derimod på dennes subjektive oplevelse af sig selv, sin sygdom og livssituation. Resultatet af IPII er et spontant livsnarrativ, således som interviewpersonen selv forstår og formulerer det. Når IPII interviews er blevet transskriberet, kan man applicere MAS til at rate metakognitiv funktion inden for følgende fire hoveddimensioner: (1) refleksion over egne mentale tilstande, (2) refleksion over andres mentale tilstande, (3) brug af metakognitive kapaciteter til at problemløse og (4) evnen til at decentrere, og dermed forstå verden ud fra forskellige perspektiver. Aktuelt arbejder Lysaker på at indsamle normer for de forskellige MAS-skalaer i forhold til forskellige populationer.

Den anden halvdel af seminaret omhandlede psykoterapi med patienter inden for psykose-spektret. Lysaker fortalte her, hvorledes MAS har skærpet hans forståelse af psykoterapi. Ud fra patienternes MAS-profil kan terapeuten nemlig udvælge og afstemme sine interventioner til patientens aktuelle metakognitive funktionsniveau. Lysaker understregede, at han ikke ønsker at udvikle en ny terapi-form, men mere er interesseret i at udvikle en model for terapi, der fokuserer på metakognition, som en central dysfunktion, der via individuel langtidsterapi kan genoptrænes.

Metakognitiv psykoterapi ad modum Lysaker er baseret på en humanistisk tilgang til patienten, hvor man hele tiden arbejder ud fra antagelsen om, at psykotiske tilstande lader sig meningsfuldt begribe og forstå. Han fremhævede videre, at det var en basal antagelse i modellen, at recovery var muligt, og at denne ikke skulle forstås kategorisk (som et enten/eller), men derimod som noget, der sker langs et kontinuum. I den forbindelse fortalte han også, at det var hans kliniske erfaring, at bedringer ofte først begynder at ske efter ca. to års terapi. For tiden arbejder Lysaker på en manual for metakognitiv psykoseterapi, således at be-

handlingens potentielle effekt kan undersøges i en randomiseret klinisk undersøgelse.

Det skal blive spændende at følge Lysaker arbejde med at udvikle en metakognitiv psykoterapeutisk behandlingsmodel for psykotiske lidelser. Endvidere var det glædeligt at notere sig, at der blandt deltagerne var flere danske forskere som allerede anvendte eller overvejede at anvende MAS i deres forskning. Det tyder på, at vi også kan forvente interessante danske bidrag til forståelsen af psykopatologi og psykoterapi ud fra et metakognitivt perspektiv inden for den nærmeste fremtid.

*Mickey Kongerslev*

## **Indtryk fra Masterclass med psykoanalytiker Nancy McWilliams 24-25 maj 2011**

*Et arrangement i samarbejde med Institut for Psykoterapi af Personlighedsforstyrrelser (IPPF)*

Birgit Bork Mathiesen (om tirsdagen) og Morten Hesse (om onsdagen) fra IPTP's bestyrelse har nedenfor gjort et helhjertet forsøg på at gengive nogle af de temaer og indsigter, der blev formidlet ved dette arrangement. Formiddage var der fokus på teorier om personlighed og personlighedsforstyrrelser, mens eftermiddagene gik med fremlæggelse af cases, som Nancy (blandt venner) siden reflekterede over.

### **Dag 1**

*Personlighedsstruktur, herunder psykisk sundhed og sygdom*

Nancy er meget klar i mælet og indleder med at slå følgende fast: Fokus på evidens, 'best practice' osv. kan have en ikke-ønskelig effekt på vores forståelse af og indlevelse i individualitet, personlighedsforskelle osv. og i sidste ende vores måde at forholde os til klienterne på. Den deskriptive, psykiatriske tilgang afløste en dimensional/inferential forståelse, der var fremherskende op til 1980. Det skete i forbindelse med DSM-revisioner, som var udløst af behov for forskning, der jo kræver en fælles taxonomi, når man diagnosticerer. Hvis dette bliver den eneste tilgang, vil det have uønskede effekter på udbyttet af terapi a la 'one type fits all'. Temperament, omsorgsrelationer, forsvarstyper, social og familiær tilknytning og kulturelle forskelle afspejler en kompleks og subjektiv individualitet, der ikke kan imødekommes med en manualiseret tilgang. Vi ønsker at basere terapi på evidens og forskning, men det er ikke det samme som at udføre terapi, som om det er forskning. Nancy, Leslie Greenberg og Judith Beck har haft tera-

pi med samme klient filmet: Greenberg og Nancy mente et umiddelbart hypomant forsvar dækkede over en underliggende depression, hvortil Judith sagde 'jamen hun scorede kun (...) på Beck Depression Inventory'. Nancy slår fast: 'You can have no symptoms and feel terrible, and you can have plenty of symptoms and feel okay'. Og: 'Short term therapy' med afgrænsede problemstillinger kan ikke sammenlignes med mere komplekse problemstillinger.

Der er i forhold til outcome fundet, at betydningsfulde bidrag kommer fra 'personal factors', herunder terapeutens varme og evne til at skabe en god alliance. Vi diskuterer terapi typer, men burde forske i terapeut og klient typer, siger Nancy. Teknisk viden og erfaring må integreres med vores individuelle autentiske måde at være på i relation til individuelle klienter. Pointen er altså, hvilke klient typer er hvilke terapi typer bedst matchet med?

Herefter tager Nancy fat på historik og diagnostik, begyndende med Kraepelin: På hans tid skelnede man mellem psykisk sund (normal) eller psykisk syg (sane or insane), hvilket kom til at svare til neurotisk vs. psykotisk. Sidstnævnte var skizofreni eller mani-depressiv lidelse. Førstnævnte var både hysterikere, mange i dag svarende til PTSD, fobikere, tvangsneurotikere og andre personlighedsforstyrrede. For at illustrere hvordan symptomer må vurderes ud fra en større helhed vælger Nancy to eksempler. Først neurose: En universitetsstuderende kvinde henvender sig og fortæller, hun er stresset siden studiestart og er begyndt at kaste op for at kontrollere sin vægt - hun vil være hurtig at kurere, idet hun har indsigt i årsag og dynamikken bag og vurderes ikke personlighedsforstyrret. En anden i tilsyneladende tilsvarende situation tager det mange timers samtale med, før det dukker op, at hun kaster op for at kontrollere sin vægt, hvilket hun lærte af sin mor, da hun var syv, og det mener hun da ikke er noget problem - her tager det lang tid at nå frem til en indsigt og arbejdet med de bagvedliggende dynamikker - hun vil altså høre til kategorien personlighedsforstyrret.

Borderlinediagnosen udsprang af klienter, der kom på hospitalet og virkede psykotiske efter en voldsom livsbegivenhed. Patienterne blev ikke-psykotiske så snart de kom ind i trygge, stabile rammer i behandlingssystemet, men i stedet kom deres konflikter til udtryk over for omgivelserne (Nancy henviser til artiklen 'The Ailment' fra 1957). Hvis man undersøgte patienterne med MMPI eller WAIS (strukturerede tests) fremstod de normale/neurotiske, men undersøgt med Rorschach eller andre ikke-strukturerede tests virkede patienterne psykotiske. I 1970'erne kom der bøger om borderline, fx skrevet af John Gunderson, Kernberg og Masterson. Med DSM-III kom personlighedsforstyrrelserne som en slags appendix 'hvad med personligheden, den må vi også have med'. Fordi Gunderson havde forsket empirisk i fænomenet, blev de første definitioner af

borderline reelt en afspejling af den histrioniske, hvilket er den dramatiske borderlinetype.

Her følger en stribe brokker fra Nancys omfattende begrebsopfattelser og historiske viden DSM-III's Borderline Personality Disorder (BPD) står i kontrast til Kernbergs Borderline Personality Organisation (BPO). Dårlig identitetsintegration og primitive forsvar indfanges fx ikke af DSM-diagnosen. Love, work and play-kriterierne for et godt liv ifølge psykoanalysen finder man især hos de vel-fungerende/neurotiske. Erikson og ego-psykologien formulerede Trust vs. untrust svarer til Tryk eller utryk tilknytning i dag. Man kunne også tale om 'Sense of agency' eller mangel på samme. Andre termer er Self- and object constancy, herunder kontinuitet livet igennem. Splitting vs. good and bad at the same time er andre illustrerende termer, og ego-styrke (Bellak' store bidrag) er meget lig begrebet 'resilience' i dag, dvs. om man kan tilpasse sig til stress eller fx dissocierer. Realistisk eller ustabil 'self-esteem' med 'Self-hatred' (overjeg) vekslede med selvovervurdering, hvor omkostningen bliver følelse af tomhed pga. viden om, at det er falskt, er andre dikotomier. Frihed til at tænke og føle, hvad der er, vil derimod afspejle en rask person. Modsat at oversvømmes og udleve eller have meget begrænset adgang til følelser. Kan man acceptere og se andres subjektivitet er omfattet af begrebet theory of Mind, der er hovedfokus i Fonagy's mentaliseringsteori og -terapi med borderline. W. Reichs teori om kropspanser dukker op flere gange undervejs som et andet ord for rigide forsvartyper. Nancy illustrerer med en mandlig klient, der fremstod umådeligt alexitym og følelsesforladt, som hun til sidst spurgte: What about sex? Hans svar var: I get the job done. Vitalitetsbegrebet er relevant her med henvisning til Daniel Stern: You can be alive without vitality, siger Nancy, og man ser det især i 'low end' af borderline-organisations-spektret.

Et mål med terapi er 'acceptance' – frem for at kurere - at kunne sørge over det, der ikke kan ændres. Med henvisning til bl.a. Klein nævner Nancy de 2-åriges individuation-separation, hvor 'jeg kan det hele, hold dig væk' afløses af 'hvorfor hjælper du mig aldrig med det her'. Det ligner meget interaktionen, man har med borderline. Ødipalfasen er vigtig: At forstå at far og mor har en relation, der ikke handler om mig. Gennemleves den tilstrækkeligt godt overvindes den selvstruktur, der er 'self-referential'. Det er ikke lykkedes hos borderlineorganisationen. 'Boundaries' svarer til dels til overføring-modoverføring begreberne og går igen hos Linehan, J. Young og andre omend med andre formuleringer. Som sidste krølle inden pausen nævner Nancy, at 'self confidence and equality' er helt centrale evner, når man skal fungere som terapeut med dårligt fungerende borderlineklienter eller dem med psykotisk personlighedsorganisation. 'Respekt' ligeså i den forstand at kunne 'look up at the patient' - at føle og signalere, man

kan og ønsker at lære noget af klienten (her kommer Casement's bog 'Learning from the Patient' i erindring).

*Personlighedsmønstre og personlighedsfunktion – implikationer for behandling*  
Nancy tegner et skema på tavlen og gennemgår en stribe personlighedstyper på henholdsvis psykotisk, borderline og psykotisk organisationsniveau. Hun understreger samtidig, at det er at forsimple ting at tale om 'sund' og 'psykisk syg', idet en principielt normal-neurotisk struktureret kvinde med fobisk personlighed, der forhindrer hende i at forlade sit hjem faktisk er mere 'syg' end mange, der har haft psykotiske sammenbrud. Meget af indholdet trækker på hendes bog om 'Psychoanalytic Diagnoses', som hun er i gang med at få publiceret i en opdateret og revideret udgave. Listen over personlighedstyper omfatter psykopatisk, narcissistisk, schizoid, paranoid, depressive-maniske, masochistisk, ængstelig, dependent-antidependent, phobic-counterphobic, obsessive-kompulsiv, hysterisk, somatiserende, dissociative personality (som hun dog ikke længere er sikker på hører hjemme i listen). Borderlinediagnosen er heller ikke på listen, fordi Nancy mener, det giver mere mening at tale om borderline som organisation (med henvisning til Kernberg) end som kategori. Borderline-tomhedsfølelsen som depressivt symptom bliver der spurgt til fra salen, hvortil Nancy svarer, at tomhedsfølelsen er udtryk for selv-forstyrrelser, der går igen på tværs af alle personlighedstyper organiseret på borderline-niveau, hvilket igen kendetegnes ved at være organiseret om forskellige forsvarskomplekser. Kernberg ser i modsætning til Nancy på personlighedsforstyrrelser og fx deres forsvarstypers niveau. Depressiv, hysterisk, obsessiv-kompulsiv fx ligger som de eneste på neurotisk niveau ifølge Kernberg, mens Nancy finder der ligger mange flere, hvilket skyldes, hun taler om *personligheder*, ikke alene om personlighedsforstyrrelser.

Psykopater, siger hun, kan faktisk godt få noget ud af terapi, hvis terapeuten er klar over, at de ikke kan knytte sig til én ud fra kærlighed, men derimod hvis terapeuten udstråler styrke, der kræver respekt og undlader at have ønsker om at have succes. Find din indre psykopat - ellers kan du ikke arbejde med dem, siger hun. Både psykopater og narcissister har en indre tomhed og 'malignant narcissism' har en stribe psykopatiske træk. Gabbard har identificeret to forskellige typer: Oblivious narcissisten (arrogant, Kernbergs type) vs. hypervigilant (følsom, Kohuts type). Det svarer til Rosenthals 'thick-skinned' vs. 'thin-skinned' narcissist. Kernbergs narcissist er i hans optik patologisk, og det patologiske forsvar (devaluering osv. af terapeuten) skal ifølge ham tolkes og gennearbejdes. Kohut ser narcissisme som en fiksering (et udviklings-stop) mellem 3-6-årsalderen, dvs. ødipalfasen, som vi alle skal gennemleve, hvor voksne omsorgspersoner skal 'de-idealiseres' med tilstrækkelig idealisering af barnet uden at

overridealisere. Kærlighed skal ifølge narcissisten være noget andre (fx partneren) kan regne ud og give uden at narcissisten skal bede om det eller på anden måde ekspliciterer sine behov. I terapien føler narcissisten al påpegning af svaghed eller 'problem' som kritik - det spiller ind i den skrøbelige selvagtelse. Modoverføringsfølelsen? Kedsomhed - der skyldes at man bliver brugt som selvobjekt, dvs. det er en delobjektrelation der udspilles i overføringen.

Depressive organiserer sig omkring introjekter og tilknytning, og der er to typer eller subjektive oplevelser. Førstnævnte 'melankolske' oplever sig selv som elendige eller løgnere - og ses ofte blandt psykoterapeuter. Den anden er 'the anaclitic type' som oplever hunger og ensomhed og udækkede behov. Terapierne er forskellige. Førstnævnte kræver, man angriber overjeget, 'attacking the self-attacking part of them'. Sidstnævnte ville blive dybt ramt af den tilgang og får det bedre af at knytte sig til en varm og forstående terapeut. Der er også en hypomanisk personlighed, hvor der er et forsvar mod de afværgede depressive sider - altid med en masse tab i bagagen og munter hyperaktivitet. Dette er typisk for skuespillere, mener Nancy.

Der er også to typer hysterikere: Den flamboyante, seksualiserende er kendt i vestlige, seksuelt 'frigjorte' kulturer, mens køns- og sex-forskrækkede kulturer stadig ser de klassiske, Freudianske hysterikere med seksual-konflikt-baserede symptomer som fx den lammede 'handske' hånd udløst af rædsel for at masturbere. Primærgævinsten er at løse konflikten mellem lysten til det og forbuddet mod det, mens sekundærgævinsten er den omsorg, der følger med symptomet.

Masochistiske personligheder har et mønster med at vælge relationer, hvor de lider - som beskyttelse mod at lide endnu mere fx ved fravær af relationer. Lidelse kan blive prototypen for relationer som et ubevidst råb om 'jeg har brug for at nogen har brug for mig'. Klinisk skal man ikke være for empatisk med symptomet og i stedet snakke om, hvordan det kan være symptomet dukker op. Som illustration siger Nancy til en kvinde i et voldeligt parforhold: 'I get that you love him, and I DO think he loves you, and you chose to stay with him, but just in case he wants kill you, do you have an insurance?'

## **Dag 2**

### *Det skizoide-evasive kontinuum*

Dag to startede med en diskussion af det skizoide-evasive kontinuum. Skizoide patienter med svær patologi udgør en minoritet. De skizoide udgør en lille minoritet, som oftest er misforstået. En del højtfungerende skizoide bidrager til samfundet med stor kreativitet. McWilliams sammenlignede de skizoide med Myers-Brigg INFJ-type.



DSM-IV skelner mellem undvigende og skizoid, men der er næppe en rimelig skelnen mellem dem. Ifølge DSM er der ikke nogen konflikt mellem nærhed og afstand, mens der er en sådan konflikt i undvigende personlighedsforstyrrelse. Men selv når patienter er meget syge, har de næsten altid et eller andet behov for andre, når de opnår tilstrækkelig meget tillid. Judy Hyde fandt, at en stor del af terapeuter var enten depressive eller, især for psykoanalytiske terapeuter, skizoide.

Er skizoid personlighed det samme som autismspektrumforstyrrelser? Der er fællestræk: sensitivitet for stimulation, svært ved at forstå 'udadvendthed', svært ved at blive del af et hold, et fællesskab osv. Men skizoide mennesker har en følelse for kærlighed og er stærkt intuitive. De har et omfattende indre liv og en stor indlevelse i andre. Hvis dit hovedforsvar er tilbagetrækning, har du ikke brug for at bruge forsvar, som er præget af forvrængning. Skizoide mennesker er en slags 'modsat narcissister'. De foretrækker at blive opfattet som sære, så andre ikke kommer for tæt på. Der ses ofte en tiltrækning mellem skizoide mennesker og hysteriske mennesker.

Skizoide mennesker har typisk denne konstitution allerede fra spædbarnsalderen. Sensitivitet synes at være en stærk faktor i denne sammenhæng. Genetisk synes dette at være fælles for skizofreni og skizoide personer. En af vanskelighederne for mange skizoide mennesker er, at hvis de har forældre, som ikke har skizoide træk, kan de blive svært misforståede og føle sig forkerte og opleve et 'kumulativt relationelt traume'. En sammenhæng mellem paranoia og skizoide træk, skyldes blandt andet at skizoide mennesker læser 'mellem linjerne' i det sociale spil. De bliver angste af det usagte og ved ikke, hvad de skal stille op med det.

En af misforståelserne om skizoide patienter er, at de er ligeglade med andre mennesker. Derfor er det ofte tab, der driver skizoide mennesker i behandling. Skizoid kommer af skiz- spaltning. De skizoide er præget af modsætninger. Virker ligeglade, men er engagerede, virker følelseskolde, men oplever følelserne indeni. De kan forekomme asexuelle, men have omfattende seksuelle fantasier. Schopenhauers parabel for menneskelivet er pindsvin i en kold nat, som nærmer sig hinanden for at varme sig, stikker sig på hinanden, og trækker sig fra hinanden igen. En smuk beskrivelse af det skizoide dilemma. Deres angst er præget af 'kvælningsangst'. Traditionelt har psykoanalysen set skizoid personlighed som en meget tidligt begyndende tilstand. Tilknytningsteori har beskrevet den undvigende tilknytning, som ligner skizoide træk. Undvigende børn har det med at opføre sig som om de er trygge, men har hjertebanken. Samtidig beskriver terapeu-

tisk litteratur at skizoide patienter føler at deres forældre er påtrængende. Dette udtrykker igen det skizoide dilemma.

I forhold til overføring og modoverføring finder man, at det kan være meget let at danne en relation til skizoide mennesker. Med dårligere fungerende patienter kan det være svært at håndtere den svære balance mellem at distancere sig og trænge sig på.

Skizoide mennesker tester ofte terapeuten: hvad sker der, hvis jeg viser hvor gal jeg er? Skizoide mennesker kan generelt godt lide klassisk psykoanalyse. De forstår det ubevidste, de nyder de klare grænser. Det er vigtigt at normalisere og acceptere. Terapien bliver ofte en tilstrækkelig dækning af deres behov for relationer, så man kan se meget små, hvis ikke helt fraværende forandringer i deres ydre liv. Derfor kan det være nødvendigt at presse lidt på forandringer, i modsætning til klassisk psykoanalytisk behandling. Det kan også være nødvendigt at være mere normal i sin kommunikation, og ikke så klassisk terapeutisk. Skizoide patienter har ofte en stærk sensitivitet, og mærker ofte mere end mange andre patienter. Der er en litteratur om at tale indirekte med skizoide patienter, om eksempelvis litteratur, digte, musik, eller helt hverdagsagtige ting, som repræsenterer noget andet, og som bliver en bro til relationen mellem patienten og behandleren. Den skizoide patient mangler et talerør, for de kan ikke 'starte en bevægelse'.

### *De paranoide*

Paranoide patienter bliver også patologiseret, ligesom skizoide patienter, men der er også paranoide, som er højt fungerende. Den paranoide tilstand er en indre smerte, der opleves som kommende udefra. Patienter som er syge nok til at få en diagnose lider, og stærke ledere med paranoide træk kan mobilisere ressourcer til at føre deres aggressive tanker ud i krig og konflikt.

Paranoide patienter kan ikke behandles med traditionel psykoanalyse, hvilket frem til 80'erne blev understreget i litteraturen. Paranoid betyder ikke blot mistænksom, men som præget af projektion. Udover projektion er paranoid personlighed karakteriseret ved flere typer 'disowning' forsvar. I DSM er det kun de ydre observerbare træk, og kun de mere alvorlige typer, der dækkes. Det betyder også, at paranoide dynamikker bliver overset. Temaer som ydmygelse, forræderi, loyalitet osv. bliver ikke dækket af DSM-IV, men karakteriserer mange patienter med både psykopatologi, og mange mennesker med kronisk stress. Paranoia er ikke blot mistillid, men mere bredt en forstyrrelse i tillid, som også kan komme til udtryk som patologisk ubetinget tillid. Mennesker med paranoia har oftest store forstyrrelser i tilknytning og kærlighed.

Der savnes også sprog for andre former for paranoia. Erotomani, megalomani og patologisk jalousi er eksempler på fænomener, som bliver overset eller marginaliseret i DSM-IV Paranoid personlighedsforstyrrelser. Den væsentlige problemstilling handler om at benægte og derefter projicere aggression.

Forfølgelsesfrygt er stærkt relateret til kvælningsangst, snarere end separationsangst, hvilket er noteret i både psykoanalytisk litteratur og neurologisk forskning. Mens SSRI-præparater virker på separationsangst, har de ingen effekt på paranoid angst, hvorimod benzodiazepiner og alkohol har.

Erotomani, eksempelvis stalking, har også en paranoid underliggende dynamik. Stalkere føler, at deres ofre virkelig elsker dem. De kan være så overbeviste, at de kan overbevise en jury eller en dommer om, at de er blevet opfordret. Megalomani er den uhåndterlige selvusikkerhed og endda selvhad, som kommer til udtryk som fantasier, som kan ligne narcissisme, men som ikke har den samme indre tomhed som narcissisme. I terapien keder terapeuten sig med den narcissistiske patient, men føler sig undersøgt og udstillet sammen med den megalomane paranoide patient.

Et motto for den paranoide dynamik synes at være: Når din adfærd har fået mig til at føle mig på en bestemt måde, er det fordi du har en hensigt om at få mig til at føle mig på den måde. Derved skabes overordnet illusionen om at være betydningsfuld.

Børn som udsættes for gentagne ydmygelser som kan kaldes 'sjælemord': børnene ydmyges på en måde, som får dem til at føle sig medskyldige. Terapeuten, som prøver at forstå patienten, kan risikere at aktivere en følelse af ydmygelse: 'måske føler du jalousi?' 'min mor sagde altid, at jeg var et ondt, jaloux menneske'. Klinisk erfaring tyder på, at paranoid personlighed læres af forældre. Både ved modelindlæring, men også fordi forældrene får et behov for at fastholde barnet i den onde rolle, som kan bære forældrenes egen følelse af ondskab. Det kan være meget vanskeligt at ændre denne dynamik i en familie. Der er samtidig et stærkt behov for det barn, som kan bære forældrenes onde side, og derfor bliver barnet holdt fast i familien. Forældrene skelner ikke mellem sig selv og børnene med hensyn til intentioner, ansvar og følelser. Patienten kan endog tro, at han har behov for beskyttelse af en terapeut, som overføres fra familierelationen.

Drilleri og ydmygelse, som ikke er til at undgå, er et gennemgående træk for personer, som udvikler paranoide træk. Familier med paranoide medlemmer er ofte præget af mistillid mod andre, og dette gør det svært for børnene at søge andre, og følelser af tillid kan udløse stærk angst, hvilket kan føre til at man af-

bryder behandlingen, netop når man begynder at føle tillid. Den paranoide kan hverken finde trøst i nærhed eller i isolation. Terapeuter kan lære at føle en nærhed til patienter med paranoid skizofreni, men da de fleste patienter med disse problemer ikke får psykoterapi, får klinikere ofte ikke meget erfaring. Paranoide patienter kan være ekstremt følsomme over for andres følelser, og kan reagere stærkt, og endnu stærkere hvis de andres følelser benægtes.

#### *Hvad man ikke skal og skal gøre med paranoide patienter*

Man bør ikke anvende briksen eller andre invitationer til regression, som kan udløse en stærk frygt for at blive udstillet som barnlig. Enhver tvetydighed vil skabe kolossal angst, og derfor bør man begynde med hverdagsagtige problemer, og så give tolkninger på andres mulige hensigter og tanker. Det er også af værdi, at man med mellemrum diskuterer med patienten, om de føler, de kan udtrykke alt. Det er også vigtigt at være meget forsigtig med at give udtryk for almindelig sympati, som kan blive opfattet som forsøg på manipulation, eller som medynk eller som et udtryk for terapeutens naivitet. Der er en underliggende følelse af at livet er hårdt og farligt, og at ved at nærme sig andre, risikerer man at gå til grunde.

Den tredje ting er ikke at forsøge at demonstrere din 'godhed'. Terapeuten vil demonstrere, at man ikke er som den onde familie. Men terapeutens 'moraliske overlegenhed' kan skræmme patienten, eller forekomme som et trick. Det er ikke terapeutens rolle at skabe en forælderrolle aktivt, men at lade den opstå langsomt og af sig selv. Den fjerde ting er, at terapeuten ikke skal være konventionelt neutral med den paranoide patient. Den paranoide patient vil opleve det som en undvigende kommunikation, som kan have til formål at drille eller ydmyge patienten. Netop dette kan have været med til at skabe psykoanalysens dårlige rygte som behandling af paranoide patienter.

Rationale bag den traditionelle teknik er at få processen til at gå dybere, men for den paranoide patient lukker neutraliteten af for evnen til at have tilgang til affektivt ladet materiale.

Det, man så skal gøre med en paranoid person, er at have en dyb egalitær tilgang præget af respekt, hvilket er den væsentligste måde at modarbejde ydmygelsesdynamikken. Samtidig skal terapeuten være en autoritet, som formår at holde sig separat.

Det andet, der er afgørende, er total ærlighed og autenticitet. Vi skal ikke holde os fra at svare på spørgsmål. Naturligvis skal man ikke sige hvad som helst, når man får et direkte svar. Svaret skal være klart, og ikke et spørgsmål. Når

spørgsmål tages alvorligt, kan patienten lægge frygten fra sig, især frygten for at spørgsmål og ytringer bliver opfattet som dumt eller skørt. Man kan også risikere, at patienten opfatter de meget små tegn på, at terapeuten eksempelvis ikke kan lide dem, eller bliver træt af at arbejde med dem. Åbenhed og 'self-disclosure' anbefales for paranoide patienter, og dette har været tilfældet helt tilbage til egopsykologien. Frem for at lave generelle regler om self-disclosure, bør man lave regler, som er matchet til forskellige patienter, og som kan være relateret til personligheds mønstre. Ideen om at gå fra overflade til dybde passer ikke så godt på paranoide patienter som på andre. Med nogle typer patienter kan man lave en undervisningsagtig tilgang. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at de paranoide patienter ikke må tales ned til.

Det er også vigtigt at vise forståelse uden at vise sympati. Det sidste emne i denne sammenhæng er sorg. Fordi de har lært, at man bliver ydmyget for at være ked af det, bliver det vigtigt at bevæge sig fra at ignorere tristheden, og acceptere den, og give slip i den paranoide position.

Som det forhåbentlig fremgår af dette fyldige referat, var der tale om to meget inspirerende dage. Udover at have et ufatteligt overblik over både den psykoanalytiske tradition, de psykiatriske diagnosesystemer og nyere teori- og terapiretninger var dagene konsekvent krydrede med små kliniske eksempler og anekdoter. Endelig var et gennemgående træk at lægge vægt på *oplevelsen* af at have en bestemt personlighed og *oplevelsen* af at være sammen med dette individ som terapeut - eller ven eller kollega.

## Highly recommended

Som tidligere er det prioriteret at holde læserne ajour med publikationer om planer for de foranstående revisioner af de aktuelle diagnose- og klassifikationssystemer, DSM-IV og ICD-10. Siden sidst har der endvidere været en del publikationer fra danske forskere tilknyttet IPTP, hvorfor disse har fået forrang i udvalget af artikler til dette Newsletter.

### ***Klassifikation og diagnostik: DSM-V og ICD-11***

På hjemmesiden [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org) kan man læse om arbejdet med at revidere DSM-IV. Afsnittet om personlighedsforstyrrelser er just blevet opdateret 21. juni 2011. Endvidere er de to seneste numre af *Journal of Personality Disorders* (2011; 25: issues 2 og 3) samt et nummer af *Journal of Personality and Mental Health* (2011;5: issue 2) viet kun til emner vedrørende klassifikation af person-

lighedsforstyrrelser og forslag til DSM-V. I artiklerne diskuterer nogle af feltets førende forskere og ansvarlige for DSM-V og ICD-11 systemerne de forskellige forslag til klassifikation og diagnostik af personlighedsforstyrrelser.

Apropos klassifikation, er der for nyligt blevet formuleret et spændende alternativ til den deskriptive tilgang til klassifikation af psykopatologi, som såvel DSM-V og ICD-11 synes at fortsætte med. Dette alternativ kaldes for Research Domain Criteria (RDoC) Framework, og har til formål at stimulere forskning i de biologiske og psykologiske mekanismer, der ligger til grund for psykopatologi. RDoC-modellen er primært henvendt til forskere, men på sigt kan forskning baseret på RDoC måske også muliggøre en ny form for klassifikation af psykopatologi, der vil basere sig på viden om de psykiske lidelsers ætiologi og patogenese, frem for deskriptive symptomer. I nedenstående artikel af Sanislow og medarbejdere beskrives rationalet bag RDoC:

Sanislow, C. A., Pine, D. S., Quinn, K. J., Kozak, M. J., Garvey, M. A., Heinsen, R. K., . . . Cuthbert, B. N. (2010). Developing constructs for psychopathology research: Research domain criteria. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 631-9.

### ***Psykopatologi***

Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 711-726.

Kohorte-undersøgelser har vist, at sammenlignet med den generelle befolkning, har patienter der lider af skizofreni en øget risiko for at udøve vold. Forfatterne laver et review af forskningen i sammenhængen mellem skizofreni og vold med fokus på følgende risikofaktorer prædiktive værdi: psykotiske symptomer, personlighedsforstyrrelser (inkl. psykopati), mentalisering, misbrug og demografiske variable. I artiklen argumenteres der bl.a. for, at personlighedsopatologi er en selvstændig risikofaktor for vold hos en særlig gruppe af patienter diagnosticeret med skizofreni. Endelig diskuterer artiklen nyere forskning, der viser, at specifikke deficits ved mentaliseringsfunktioner kan være relateret til risiko for vold i denne population.

### ***Psykoterapi***

Sørensen, P., Birket-Smith, M., Wattar, U., Buemann, I., & Salkovskis, P. (2011). A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 41(2), 431-41.

I denne randomiserede kliniske undersøgelse sammenlignes effekten af et kognitivt adfærdsterapeutisk program (KAT) til behandling af hypokondri, med henholdsvis korttidspsykodynamisk terapi og en venteliste-kontrolgruppe, som ikke modtog behandling. Patienter, der modtog KAT, klarede sig signifikant bedre på de anvendte outcome mål end dem på venteliste, og KAT var mere effektiv end korttidspsykodynamisk terapi på et af de anvendte outcome mål. Forfatterne konkluderer, at det undersøgte KAT-program er effektivt til behandling af hypokondri og kan være at foretrække frem for psykodynamisk korttidsterapi, eftersom KAT-programmet var af endnu kortere varighed.

Simonsen, S., Nørgaard, N. L., Larsen, K. A., & Bjørnholm, K. I. (2011). Mentalization-Inspired case formulation: Minding the difficult patient. *Personality and Mental Health*, 5, 73-79.

Mentaliseringsbaserede case-formuleringer indgår som et vigtigt element i mentaliseringsbaseret behandling. I denne artikel deler forfatterne, der alle er fra Dagklinikken i Roskilde, deres erfaringer med at formulere og anvende mentaliseringsbaserede case-formuleringer i behandlingen af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (BPF). Forfatterne problematiserer arbejdet med mentaliseringsbaseret case-formulering i forhold til patienter med svær personlighedspatologi, og eksemplificerer dette med en case, hvor patienten ud over BPF også har en antisocial personlighedsforstyrrelse. Artiklen opfølges af spændende kommentarer fra Finn Skåderud, Anthony Bateman og John Gunderson, som forfatterne afslutningsvis kommenterer og forholder sig til.

*Mickey Kongerslev*

## **Kalender**

2<sup>nd</sup> International Congress on Borderline Personality Disorder, 26-29 September 2012, Amsterdam RAI Convention Centre, The Netherlands  
*Matching need, demand and resources for treatment provision*  
[www.esspd-borderline2012.eu](http://www.esspd-borderline2012.eu)

ISSPD XIII International ISSPD Congress on the Disorders of Personality, 16-19 September, 2013, Copenhagen, Denmark  
*Personality Disorders: Bridging personality and psychopathology: The person behind the illness*  
[www.isspd2013.com](http://www.isspd2013.com)

## **Kontaktpersoner/bestyrelse**

Professor, ph.d., dr.h.c., forskningschef, overlæge Erik Simonsen  
(formand for bestyrelsen)

Psykiatrisk Forskningsenhed, Toftebakken 9, 4000 Roskilde  
es@regionsjaelland.dk, tlf. 4732 7775

Cand.psych., lektor, ph.d. Birgit Bork Mathiesen (næstformand)  
Universitetskliniken, Øster Farimagsgade 2A, 1353 København K  
Birgit.Bork.Mathiesen@psy.ku.dk, tlf. 3532 4926

Overlæge, forskningslektor Ulrik Haahr  
Kompetencecenter for debuterende psykose, Psykiatrien Roskilde, Smedegade  
10-16, 4000 Roskilde  
uhh@regionsjaelland.dk, tlf. 4732 7986

Overlæge, ph.d. Per Sørensen  
Psykioterapeutisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Nannasgade 28, 2200  
København N  
per.soerensen@dadlnet.dk, tlf. 3864 4864

Cand.psych., ph.d. Sebastian Simonsen (ansv. Newsletter og hjemmeside)  
Psykiatrisk Klinik, Havnevej 5, 4000 Roskilde  
ssi@regionsjaelland.dk, tlf. 4732 9266

Overlæge Bo Jensen Hou  
Anstalten ved Herstedvester, Holsbjergvej 20, 2620 Albertslund  
Bo.JensenHou@kriminalforsorgen.dk, tlf. 7255 6500

Cand.psych. Mickey Kongerslev  
Psykiatrisk Forskningsenhed, Toftebakken 9, 4000 Roskilde  
mkon@regionsjaelland.dk, tlf. 2245 8740

Cand.psych., ph.d. Morten Hesse  
Center for Rusmiddelforskning  
mh@crf.au.dk

**Sekretær Dorit Mortensen**  
**Psykiatrisk Forskningsenhed, Toftebakken 9, 4000 Roskilde**  
**[dmo@regionsjaelland.dk](mailto:dmo@regionsjaelland.dk) , tlf. 4732 7775 el. 2628 2916**