

Psykiatridage Roskilde

15. juni 2017

V/ psykolog Henriette Cranil

Program

- Ængstelig-evasiv personlighedsforstyrrelse
- Borderline personlighedsforstyrrelse
 - Symptomer, temaer og funktionsniveau i privat- og arbejdsliv
 - Behandling og intervention uden for behandlingskonteksten – om recovery, mestring og ”raskhed”

Hvad er personlighedsforstyrrelse?

Personlighedsforstyrrelser

De sæere	Paranoid personlighedsforstyrrelse	Mistillid og mistænksomhed
	Skizoid personlighedsforstyrrelse	Afsondrethed og begrænset følelsesmæssig udtryk
	Skizotypal personlighedsforstyrrelse	Manglende kapacitet til nære relationer og kognitive og perceptuelle forstyrrelser
De dramatiske	Antisocial personlighedsforstyrrelse	Ligegyldighed og krænkelse af andre
	Borderline personlighedsforstyrrelse	Ustabilitet
	Histrionisk personlighedsforstyrrelse	Overdreven emotionalitet og opmærksomhedsøgen
	Narcissistisk personlighedsforstyrrelse	Behov for beundring og manglende empati
De ængstelige	Evasiv personlighedsforstyrrelse	Undgåelse
	Dependent personlighedsforstyrrelse	Passiv afhængighed
	Obsessiv-kompulsiv personlighedsforstyrrelse	Overoptagethed af ordentlighed, perfektionisme og kontrol

Personlighedsforstyrrelser, def. ICD10

- Mindst 2 af følgende områder skal være påvirket:
 - Ens erkendelser eller holdninger
 - Ens følelser
 - Ens kontrol over egne behov og impulser
 - Ens forhold til andre mennesker

Personlighedsforstyrrelser, def. ICD10

- Desuden skal man opfylde følgende fem kriterier:
 - 1) Man skal have en adfærd som er gennemgribende unuanceret, utilpasset og uhensigtsmæssig
 - 2) Den uhensigtsmæssige adfærd skal gå ud over en selv eller andre
 - 3) Den uhensigtsmæssige adfærd er startet i ens ungdom eller barndom
 - 4) Den uhensigtsmæssige adfærd skyldes ikke at man har en anden psykisk sygdom
 - 5) Den uhensigtsmæssige adfærd skyldes ikke misbrug eller en fysisk sygdom, f.eks. en hjerneskade.

Hvad leder til personlighedsforstyrrelse?

- Tilknytningsforstyrrelse der senere manifesterer sig i relationelle vanskeligheder m.v.
- Svigtende opvækstmiljø
- Ydmygelse, ugyldiggørelse og seksuelt misbrug under opvæksten
- Genetisk disposition

Vigtige opmærksomheder ift. personlighedsforstyrrelser:

- Et kontinuum med forskellige sværhedsgrader
- Ikke to sygdomsbilleder er ens
- Menneskene bag forstyrrelsen forskellige
- Samarbejde og tilrettelæggelse af behandlingsforløb skal ske ud fra den enkeltes kognition, perception, holdninger, styrker og sårbarheder
- Vigtigt at huske på de positive personlighedstræk, da disse er et vigtigt grundlag i al intervention
- Også dem uden diagnose er interessante ift. beskæftigelsesarbejde og socialpædagogisk arbejde

Ængstelig-evasiv personlighedsforstyrrelse

Symptomer, temaer og funktionsniveau

- Angst og undgåelse er kernesymptomer, 40-45% med ÆE har socialfobi, forekomst 2,5% - lige hyppig hos mænd og kvinder
- ÆE ønsker sig sociale relationer men trækker sig pga.: frygt for kritik i sociale og arbejdsmæssige sammenhænge
- Lever ofte en indskrænket tilværelse både socialt og arbejdsmæssigt
- Ved kritik og afvisning trækker ÆE sig (hvor den dependente vil hige yderligere og underkaste sig)
- Derfor ofte svært ved at etablere samt fastholde nære relationer, arbejde og uddannelse

Ængstelig-evasiv personlighedsforstyrrelse

Symptomer, temaer og funktionsniveau

- Stor vagt- og frygtsomhed
- Stor opmærksomhed på at undgå ydmygelse, kritik og afvisning
- Ønsker stærkt at opnå andres omsorg
- Ofte markant tilbageholdenhed ift. romantiske og seksuelle forhold
- Mindreværdsfølelse

Ængstelig-evasiv personlighedsforstyrrelse

Symptomer, temaer og funktionsniveau

- Nærtagende ift. andres kommentarer og vurderinger
- Endeløse ruminationer. Indhold: negativt syn på sig selv, tanker om at være uformående i en lang række forskellige situationer
- Høj grad af samvittighedsfuldhed og perfektionisme
- Mangel på nydelse og energi i livets oplevelser, manglende kapacitet til at føle lyst og interesse for ting

Ængstelig-evasiv personlighedsforstyrrelse Symptomer, temaer og funktionsniveau

- I **arbejdslivet** bruges typisk store ressourcer på at opretholde en ydre facade, der dækker over den bagvedliggende usikkerhed. Det kræver et møjsommeligt copingapparat, der måske er aktivt det meste af arbejdsdagen. Fokus: ”Ingen må opdage hvor utilstrækkelig jeg er, ingen skal have anledning til at tro, at jeg er dum” osv.

Ængstelig-evasiv personlighedsforstyrrelse

Symptomer, temaer og funktionsniveau

- Domineret af kognitive processer og intellektualisering, der dog ikke hjælper affektreguleringen
- Svært ved at mærke behov og hvad de har lyst til i givne situationer
- Angst, skyld, skam og vrede er de dominerende følelser – men søges undgået ved at intellektualisere og vige socialt
- Evnen til at "være i sine følelser" samtidig med, at man tænker over dem er stort set fraværende
- Tristhed og depression

Ængstelig-evasiv personlighedsforstyrrelse Symptomer, temaer og funktionsniveau

- Selvundervurdering, opfatter sig selv som kejtet, utiltalende og utilstrækkelig
- Lav risikovillighed, usædvanligt uvillig til at tage personlige chancer eller nye aktiviteter, fordi de måske kan blive pinlige
- Nervøsitet og optagethed af farer ved dagligdagsgøremål

- Midtvejs!
- Lav den lille sunde øvelse, når I samarbejder med ÆE, at sætte et positivt fortegn foran symptomerne....
- Dukker der ressourcer frem?

Ængstelig-evasiv personlighedsforstyrrelse Symptomer, temaer og funktionsniveau

- I **privatlivet** og evt. familielivet ses typisk isolation, lille omgangskreds, hæmning ift. at præstere ift. selskaber, madlavning osv. Perfektionismen og angsten for kritik styrker undvigeadfærden.
- Udpræget brug af *undvigeadfærd* og *sikkerhedsadfærd*

Undvige- og sikkerhedsadfærd ved ÆE

- **Undvigeadfærd:**

Den mest effektive måde at reducere angsten på, men også en sikker vej til vedligeholdelse af angsten.

Ved undvigeadfærd tilfredsstilles ”følehjernen” (amygdala).

Undvige- og sikkerhedsadfærd ved ÆE

- **Sikkerhedsadfærd:**

Sikkerhedsadfærd opstår, når man er *nødt til* at gøre det, man er bange for.

Sikkerhedsadfærd kan være: mobiltelefon, benzodiazepin, alkohol, ledsager, holder sig i baggrunden, kontrollerer, tjekker, vasker, ordner osv.

Undvige- og sikkerhedsadfærd ved ÆE

- **Hvis misbrug** (sikkerhedsadfærd): overvejende alkohol og benzodiazepiner til reduktion af stressoplevelse, negative følelser og undvigeadfærd.

Skyld og skam ved ÆE

- Overdreven skamfølelse over at have trådt forkert ift. egne normer og oplevelse af andres feedback
- **Skyld og skam:** *Skamfølelsen* vil være den mest fremtrædende ved ÆE. Der kan opstå vrede hvis ÆE føler sig talt ned til. Hvis vreden får frit løb, kan der opstå voldsom skyld og skam over at være flabet. Dvs. i kølvandet på det at vise negative følelser, har ÆE det meget skidt efterfølgende. Et vigtigt element i interventionen at stimulere tryghed ved at udtrykke følelser og behov.

Mentalisering (Fonagy, 2007)

- **Mentalisering:** Evnen til at forstå sig selv og andre ud fra indre, usynlige mentale tilstande, intentioner, ønsker og behov.
- At have sindet på sinde hos både sig selv og den anden.
- Forstå andre indefra og sig selv udefra og kunne bevæge sig rundt i disse forskellige perspektiver.

Mentalisering

- Velfungerende mentalisering sker automatisk og fleksibelt i en proces, der tilpasser sig den konkrete sammenhæng, nye input osv.
- Når dette ikke fungerer, arbejder man med **kontrolleret mentalisering**. Dette er en langt mere langsommelig og krævende proces, og den kræver opmærksomhed, refleksion og vilje hos pågældende.
- Mentaliseringen er helt afgørende ift. affektreguleringen og bedre fungerende sociale relationer.

Mentalisering ved ÆE

- **Empati:** Ofte forvrængede konklusioner om andres intentioner og vurderinger som negative.
- Ofte en sort-hvid tænkning ift. egne situationer, oplevelser og muligheder
- I mentaliseringsbaseret behandling arbejdes med mentalisering ift. mere nuanceret tænkning om sig selv

Mentalisering ved ÆE

- Gennemgående tilbøjelighed til at anvende *undertrykkelse* til at regulere negative følelser. Og således ikke kognitiv analyse og vurdering. Følelserne når at "blusse op", før undertrykkelsesstrategien aktiveres. I behandlingen træner man at foregribe situationen. "Jeg ved, at når jeg kommer i en svær social situation, så kommer jeg til at opfatte tingene negativt".

ÆE, behandling og recovery

- Behandling er for gruppen med diagnose
- Vigtigt også at fokusere på den store gruppe, der har ÆE-personlighedstræk og symptomer men som er ikke-udredte eller ikke vil kunne få en diagnose pga. for svage symptomer og for højt funktionsniveau. Denne gruppe ser vi i jobcentre, socialpæd. indsatser osv.
- Også i dette lys *er begreberne recovery, mestring og kompetenceudvikling særdeles væsentlige.*

ÆE, behandling og recovery

- Vi mangler endnu systematisk undersøgt viden om behandling af ÆE, herunder sammenligning af effekt ved forskellige former for metoder i interventionen. Den nuværende vidensopsamling peger dog i retning af, at **kognitiv tilgang** (i en af dens former) samt **mentaliseringsbaseret terapi** har relevante perspektiver i sig.
- Foci er: social interaktion, mentalisering og selve angsten.

ÆE, behandling og recovery

Fokus på angsten:

Hvad fastholder social angst?:

- 1) Tilbøjelighed til bekymring
- 2) Negativ forventning
- 3) Sikkerhedssøgende adfærd og et indre negativt opmærksomhedsfokus i sociale situationer.

Centralt i behandlingen er kognitiv bearbejdning af hverdagssituationer samt eksponering af de ubehagelige situationer.

Habituering er dog vanskeligere at opnå ved personlighedsforstyrrelse, da den kognitive fleksibilitet er svagere. Der er påvist dårligere forbindelse mellem hjernens styresystem og amygdala hos mennesker med ÆE. Derfor sker der sjældent udvikling på egen hånd, når ÆE er i sociale sammenhænge.

ÆE, behandling og recovery

- ÆE vil typisk have dysfunktionelle mentale repræsentationer af sociale relationer.
- ÆE skal i terapien nå frem til, at hans/hendes opfattelse af sociale relationer ”Jeg vil accepteres, men forventer at blive afvist, når jeg siger min mening. Og det gør mig bange” er **indre repræsentationer** og **ikke** udtryk for en virkelighed.
- Når den erkendelse er nået, kan man begynde i fællesskab at formulere nye indre repræsentationer. Med nye indre repræsentationer er der størst effekt af eksponeringen.

ÆE, behandling og recovery

- I mentaliseringsbaseret behandling er målene, at:
 - 1) Fremme selvindsigten, styrke mentaliseringen indadtil
 - 2) Træne spontan kommunikation om egne følelser og behov

Det planlagte uformelle samvær:

- I behandling eller øvrig intervention kan med fordel øves **smalltalk** og kommunikation med humor
- Formål: At træne uformel kommunikation og vise, at impulsiv "småsnak" ikke har negative konsekvenser.

Intervention udenfor behandlingskonteksten (beskæftigelse, uddannelse osv.):

- Tænk ÆE i et kontinuum. Nogle er meget dårligt fungerende, andre langt bedre ift. fx arbejdsmarkedsperspektiv.
- Inddrag jeres viden og observér under samarbejdet.
- Hvor er kompetencerne? Hvor er vedkommendes grænser? Hvor kan man udfordre lidt uden at overeksponere? Vær inddragende, også selvom ÆE kan have svært ved selv at udtrykke sine følelser og behov.
- Samarbejd om muligt med de behandlende folk (egen læge, psykiater, psykolog), så indsatsen bliver koordineret og fagligt bedst muligt funderet.

Borderline personlighedsforstyrrelse (BP)

- Hvad leder til BP?
- Et komplekst spørgsmål med mange bud på besvarelse.
- Vi ved dog fra forskningen, at der er:
 - Større repræsentation af traumer (40% har PTSD-symptomer) og
 - Seksuelt misbrug og neglekt i barndommen end hos ikke-PF.

Dvs. et ikke-mentaliserende barndomsmiljø stimulerer udviklingsforstyrrelsen

Borderline personlighedsforstyrrelse Symptomer, temaer og funktionsniveau

- Ca. 2% af befolkningen, formentlig lige mange mænd og kvinder
- Dysreguleret følelsesliv – intenst og labilt
- Impulsiv aggression
- Impulsive handlinger som følge af nedsat evne til at dæmpe impulser
- Nedsat evne til udholdenhed
- Udprægede humørsvingninger med kort interval
- Angst, stress og depression

Borderline personlighedsforstyrrelse Symptomer, temaer og funktionsniveau

- Utilstrækkelig mentaliseringsevne – særligt ift. at læse andres følelser og intentioner
- Har stort ønske om nære relationer, intimitet og omsorg
- Er opsøgende ift. at opnå andres omsorg, men det sker tit ”forvrænget” gennem vrede, trusler, tryglen eller selvskade især ved tegn på at blive forladt
- Intense og ustabile sociale relationer

Affektregulering ved BL

”Det røde felt”

- Mennesker med BL kommer hurtigere op i ”det røde felt”, er der mere intenst og bliver der længere end ikke-BL
- Den affektive nedregulering fungerer dårligt. Den neuropsykologiske forklaring: Hyperaktivitet i amygdala og langsommere neural regulering fra styresystemet, både det limbiske system og frontallapperne
- Der skal psykologiske kompetencer til at styrke denne proces

Affektregulering ved BL

- Ofte præget af intense udbrud, kaos og konflikt med andre. Efterfølgende er der ofte kolossal tristhed, selvbebrejdelse og skyld- og skamfølelse, *hvilket er en vigtig opmærksomhed for os som professionelle. Her kan vi hjælpe med stressreduktion, støtte og udvikling.*

Affektregulering ved BL

- Fokus i behandling og anden intervention:
”Smed mens jernet er lunkent, ikke mens det er varmt” (dette kan trænes i behandling men også i virksomhedspraktik, i soc. pædagogiske tilbud m.v.)

BL har ofte dårligt rygte hos fx sagsbehandlere.

- Tænk her i ”åbninger” i samarbejdet
- Og vær opmærksom på *egen mentalisering*

Selvskade forekommer hos ca. 75% ved BL

- Kan fx være cutting, misbrug og seksuel risikoadfærd.
- Hvad ved vi om selvskadens funktion? Selvskaden sker som regel i skjul. De fleste oplever en lettelse efter selvskade.
- Dokumenterede **funktioner**: Håndtere følelser, regulere ubehagelige spændinger, mestre depressive følelser, distraktion fra smertefulde følelser, udløse eller reducere indre spænding, håndtere stress, komme af med vrede, selvstraf og ønske om at stoppe skyldfølelse, stoppe erindringer om traumatiske overgreb .

Selvskade ved BL

- Feedback på *selvskade* er ofte afsky og fjendtlighed hos omverdenen.
- Feedback på *selvmordsforsøg* er til sammenligning bekymring, medfølelse og omsorg
- Amerikansk undersøgelse fra Iowa University har vist, at 10% med BL-diagnose gennemfører selvmord

BL, behandling og recovery

- Flere terapiretninger har signifikant effekt, men der er i DK praksis for **mentaliseringsbaseret** terapi og **dialektisk adfærdsterapi**, der viser gode resultater i en kombination af individuel- og gruppeterapi.
- Der er god prognose ved BL ift. recovery, øget livskvalitet og socialt funktionsniveau, og progression sker ofte både som "livsmodning" og gennem erfaringer i andre interventionssammenhænge.

Mentaliseringsbaseret terapi ved BL

Mål for den mentaliseringsbaserede behandling:

- Lindre symptomer, forbedre tilknytningen i relationer
- Forbedre funktionsniveau og livskvalitet
- I behandling arbejdes der med at skabe tillid. BL med svigt i bagagen har typisk for lidt eller overdreven, uden forbehold, tillid i relationer.
- Yderligere foci:
 - regulering af følelser
 - relationelle udfordringer i dagligdagen og eks på gode sociale situationer

Pejlemærker er accept af BL umiddelbare oplevelser, refleksion over disse samt nysgerrig udforskning og udfordring af oplevelserne i et mentaliseringsperspektiv.

Mentaliseringsbaseret terapi ved BL

- **BL's automatiske mentalisering** kan ofte være mangelfuld og unuanceret og derfor give anledning til upassende meldinger, misforståelser osv. i relationer. Herved opstår 1) Skyld- og skamfølelse hos BL selv 2) Sårethed, vrede og irritation hos den anden.
- I den **automatiske mentalisering** har BL typisk fokus på ydre indikatorer (handlinger, mimik, gestik osv.) hos andre. I behandlingen arbejder man med forståelse af den andens intentioner og sindsstemning – gennem **kontrolleret mentalisering**.
- Både for højt og for lavt **spændingsniveau** svækker evnen til at mentalisere hos alle, men særlig udpræget ved BL. Derfor kan det være en vigtig opmærksomhed at affektregulere i situationen, hvor I samarbejder om noget bestemt.

Dialektisk adfærdsterapi ved BL

- DAT – dialektisk adfærdsterapi, praktiseres i mange af de etablerede psykiatriske tilbud. En behandlingsform der kræver et samlet team af behandlere.
- Struktureret program med kombination af individuelle- og gruppesamtaler samt ad hoc opfølgning pr. telefon ved behov.

Dialektisk adfærdsterapi ved BL

- Fokusområder i DAT:
 - Individuelle samtaler mhp. motivation og fastholdelse i terapien
 - Færdighedstræning delt op i særlige moduler (følelsesregulering, impuls kontrol, håndtering af sociale relationer og opmærksomhed)
 - Telefonkonsultationer ml samtalerne
 - Et konsultationsteam for behandlerne mhp. at styrke helt skarpe kompetencer i behandlingen

Dialektisk adfærdsterapi ved BL

- DAT er meget velundersøgt og effektmæssigt dokumenteret – start fx med introducerende kapitel i Simonsen og Mathiesen, 2017.
- Her et kort overblik over de generelle resultater, når undersøgelser sammenholdes:
 - Bedre færdigheder til følelsesregulering og impuls kontrol
 - Reduktion af selvmordsforsøg
 - Reduktion af selvskadende adfærd
 - Reduktion af depressionssymptomer
 - Bedre vredeskontrol

BL og arbejdsmarkedsperspektiv

- Desværre har BL-gruppen dårligt tilhørsforhold til **arbejdsmarkedet** med lav grad af fastholdelse og kortere ansættelsesforløb – selv efter 1 års behandling med DAT. Noget tyder på, at der til trods for symptomreduktion, ikke ses særlig øgning i funktionsniveauet ift. beskæftigelse.
- Kunne tættere formelt samarbejde mellem beskæftigelsesenhederne og behandlingen tænkes at have en effekt? Og måske flere specialkompetencer ind i beskæftigelsessystemet?

TAK FOR I DAG