



Misbrugeres personlighedsforstyrrelser og behandleres følelsesmæssige reaktioner

Hvis personlighedsforstyrrelser systematisk forbindes med behandleres følelsesmæssige reaktioner, giver det mulighed for øget diagnostisk og terapeutisk forståelse af patienten.

AF BIRGITTE THYLSTUP

Arbejdet med mennesker med personlighedsforstyrrelser kan forårsage bevidste eller ubevidste reaktioner hos behandleren og indvirke på behandlingsrelationen. Med sin beskrivelse af overføring og modoverføring satte Freud (1913) som en af de første fokus på, hvordan behandleres følelsesmæssige reaktioner på patienter er en vigtig del af terapeutisk behandling. Freud fandt blandt andet, at patientens indvirkning på terapeutens ubevidste følelser kan forstyrre den psykoanalytiske behandling. I dag inkluderer den mest brugte definition på modoverføring alle behandlerens følelsesmæssige reaktioner, og der er stigende accept af, at de - ud over at forstyrre behandlingen - også kan have diagnostisk og terapeutisk betydning. For eksempel kan følelsesmæssige reaktioner fungere som 'diagnostisk værktøj', hvor behandlerens reaktioner sættes i relation til dele af patientens problemer og adfærd, herunder personlighedsforstyrrelser, som endnu ikke er blevet italesat eller tydeliggjort i behandlingen. Behandlerens oplevelse af kedsomhed kan for eksempel være en reaktion på, at patienten ikke formår at engagere sig eller dele sin sårbarhed i behandlingen, og kan indikere tilstedeværelse af en endnu ikke afdækket personlighedsforstyrrelse. Samtidig kan kedsomhed forstås som udtryk for distance eller

manglende interesse fra behandlerens side, hvor fornyet fokus på behandlerens empatiske indlevelse eller manglen på samme kan bidrage til behandlingsprocessen. Anvendes behandleres følelsesmæssige reaktioner reflektivt, kan de altså fungere som fagligt værktøj for behandlerne og forbedre forståelsen af klienterne og behandlerne selv.

Baggrund for undersøgelsen

Formålet med den præsenterede undersøgelse, foretaget af Birgitte Thylstrup og Morten Hesse, er at afdække, hvordan patienters personlighedsforstyrrelser er forbundet med behandleres følelsesmæssige reaktioner. Baggrunden for undersøgelsen er et ønske om at bidrage med anvendelsesorienteret viden til behandlingspraksis. Vi har begge oplevet, at casebaseret undervisning i personlighedsforstyrrelser - hvor deltagerne kan reflektere over deres patienters personlighedsforstyrrelser og deres egne følelsesmæssige reaktioner - udvider forståelsen af behandlingsrelationerne. Dette fører ofte til overvejelser om andre handlemuligheder og behandlingsstrategier.

Undervisningen og undersøgelsen af personlighedsforstyrrelser baserer sig på DSM-IV's definition, hvor personlighedsforstyrrelserne er inddelt i 3 clusters (grupper) A, B og C:

Gruppe A omfatter tre forstyrrelser, 'de sære typer': paranoid, skizoid og schizotypisk. Fællesnævneren er her en grundlæggende af-

sondrethed fra andre mennesker, som blandt andet viser sig ved en tankegang, der er anderledes end andres, og en uvillighed til at indgå kontakt og dele følelser og tanker med andre..

Gruppe B beskriver 'de vilde typer': antisocial, borderline, histrionisk, narcissistisk. Forstyrrelserne kendetegner personer, som ofte fylder godt i landskabet med en udadvendt, ofte aggressiv adfærd og manglende impuls kontrol, som dækker over oplevelse af indre kaos og stor sårbarhed. *Gruppe C* omhandler 'de ængstelige typer': undgående, dependent og tvangspræget. Gruppen benævnes som den mest normale del af spektret og er kendetegnet ved et højt angstniveau.

Forskning har vist, at nogle personlighedsforstyrrelser - som f.eks. antisocial, narcissistisk og histrionisk personlighedsforstyrrelse - er forbundet med aggressive forsvarsmekanismer som at 'vende sig mod andre', hvilket kan skabe ubehag hos behandlere. Andre undersøgelser har påvist, at patientens aggressive niveau er vigtig i forståelsen af behandlerens følelsesmæssige reaktioner, og at de dramatiske gruppe B-forstyrrelser var forbundet med negative følelser over for patienter.

Denne undersøgelse af forbindelse mellem personlighedsforstyrrelser og følelsesmæssige reaktioner blev foretaget ved at sammenholde patienternes beskrivelse af forstyrrelserne og behandlerens beskrivel-



se af deres følelsesmæssige reaktioner på de samme patienters adfærd. Til forskel fra andre undersøgelser - som har brugt behandlernes vurdering af patienternes personlighedsforstyrrelser - er undersøgelsen her den første, der anvender patienternes egen rapportering af forstyrrelser. Behandlere blev rekrutteret fra workshops om personlighedsforstyrrelser og undervisning i DIP-Q, det spørgeskema, vi anvendte til at måle personlighedsafvigelse i undersøgelsen (1). DIP-Q består af 151 udsagn, som besvares med sandt/falsk, samt 3 skalaer, der måler forskellige former for oplevet stress. Feeling Word Checklist-58 (FWC-58) blev brugt til at måle behandlernes følelsesmæssige reaktioner. Instruktionerne til spørgeskemaet er: 'Når jeg er i samtale med patient _____ føler jeg mig'. Behandlerne havde 58 ord at vælge fra, og hvert ord besvares på en 5-point Likert skala fra 'slet ikke' til 'rigtig meget'. Ordene indgår i to overordnede kategorier: 'at være til nytte' og 'at være på afstand'. 'At være til nytte' har to underkategorier: betydningsfuld og sikker, mens 'At være på afstand' har fem: afvist, på vagt, keder mig, overvældet og utilstrækkelig (2).

Fordelingen af alder og køn på deltagerne ligner det, man generelt møder i ambulante og døgnbehandling. Deltagerne bestod af 79 patienter fordelt på 83% mænd og 17% kvinder med en gennemsnitsalder på 33,3 år. Der var 6 forskellige misbrugsbehandlingssteder involveret, hvor 44% af deltagerne kom fra døgnbehandling og resten fra ambulante behandling.

Hvad viste undersøgelsen?

Undersøgelsens resultat afviger ikke fra andre undersøgelser af forholdet mellem patienters personlighedsforstyrrelser og behandleres følelsesmæssige reaktioner. Men modsat andre undersøgelser påviser denne undersøgelse en sammenhæng mel-

lem patienternes *egen* rapportering af forstyrrelser og behandleres følelsesmæssige reaktioner på samme patienter. Der viste sig et klart mønster i undersøgelsen:

Gruppe A-symptomer havde lidt, hvis overhovedet nogen, indvirkning på behandlerens følelsesmæssige reaktioner.

I *gruppe B* påvirkede antisocial personlighedsforstyrrelse alle følelser forbundet med distance (at være på afstand), især følelsen af at være på vagt og føle sig overvældet - reaktioner, der virker forklarlige med tanke på den manipulerende og til tider aggressive adfærd hos patienter med antisocial forstyrrelse. Overraskende var borderline-forstyrrelsen ikke så stærkt forbundet med behandlerreaktioner, og de få reaktioner, der opstod, var forbundet med følelsen af hjælpsomhed. Fundet står i modsætning til den generelle opfattelse af borderline-patienter som værende svære at håndtere på grund af deres store og skiftende følelsesmæssige udsving. En forklaring kan være, at patienter med borderline-forstyrrelser ofte rækker ud for at modtage hjælp og støtte og derfor også er mere åbne over for modtagelse af terapeutisk støtte end andre patienter med misbrug. Desuden kan borderline-forstyrrede patienter have et meget skiftende sygdomsforløb, og den impulsive udadreagerende adfærd, som forbindes med forstyrrelsen, kan være tidsbegrænset i modsætning til de følelsesmæssige problemer, som er vedvarende og behandlingskrævende.

Gruppe C-forstyrrelser var associeret med følelsen af hjælpsomhed, her stærkest forbundet med undgående personlighedsforstyrrelse. En forklaring kan være, at disse forstyrrelser repræsenterer relativt 'normale' problemer, som behandlerne har nemmere ved at sætte sig ind i, end de problemer, der karakteriserer *gruppe A*- og *B*-forstyrrelser. Måske skyldes følelsen af hjælpsom-

hed, at behandlere, der for eksempel arbejder med undgående patienter, på grund af patientens usikkerhed fører an i kontakten med patienten og derved føler sig mere sikker og betydningsfuld i behandlingsrelationen?

Hvis personlighedsforstyrrelser systematisk forbindes med behandleres følelsesmæssige reaktioner på patienterne, er det muligt for behandlere, uanset deres terapeutiske orientering og arbejdsfelt, at bruge deres følelsesmæssige reaktioner til en øget diagnostisk og terapeutisk forståelse af patienten. Det er vigtigt at understrege, at der ikke er nogen følelser, der automatisk bør beskrives om antiterapeutiske. At føle distance over for en patient er ikke nødvendigvis negativt. At føle sig på vagt eller føle sig afvist af en patient, som er manipulerende, lyver eller prøver at snyde behandler eller andre patienter, kan være en sund og normal reaktion, der kan give behandlerne mulighed for at være autentiske og realistiske i kontakten med patienten. På samme måde kan følelsen af hjælpsomhed over for den sårbare patient også være en naturlig reaktion på patientens sårbarhed og behov for støtte. For at reaktioner ikke skal være til fare for både behandler og patient, og for at de kan have behandlingsmæssig værdi, bliver en faglig superviseret refleksion over reaktionerne afgørende.

For dem, der er interesserede i at læse mere detaljeret om undersøgelsen og dens referencer, henvises til artiklen 'Substance Abusers' Personality Disorders and Staff Members' Emotional Reactions' af Birgitte Thylstrup & Morten Hesse, BMC Psychiatry 2008, 8:21 (10 April 2008).

LITTERATUR

1. Bodlund, O. et al.: Validation of the Self-Report Questionnaire DIP-Q in Diagnosis of DSM-IV Personality Disorders: A Comparison of three Psychiatric Samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 97: p. 433-439. 1998.
2. Rössberg, J.I., Hoffart, A. & Friis, S.: Psychiatric Staff Members' Emotional Reactions toward Patients. A Psychometric Evaluation of an Extended Version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*. 57: p. 45-53. 2003.