ICD-11 – hvorledes revisionen af ICD kan bane vej for bedre forståelse og behandling af personlighedsforstyrrelser

Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer stod atter bag et spændende internationalt seminar, som fandt sted d. 25. april 2025 i Århus. Dagens gæst var Peter Tyrer – professor emeritus i Community Psychiatry, Imperial College, London.

Dagens indhold bestod af fire forelæsninger. Disse fremgår af overskrifterne, som optræder igennem artiklen.

Af hensyn til sproglig smidighed tales der i flæng om personlighedsforstyrrelser og forstyrrelser i personlighed. Formidling prioriteres frem for faglig stringens.

Peter Tyrer angav en del studier og øvrig information om behandling m.m. Der henvises overordnet til professorens egne bøger og artikler.

ICD-10 og -11: Revision er til gavn for psykiatri og personlighedsforstyrrelser

I sin introduktion gør Peter Tyrer det klart, at ICD-11 efter hans overbevisning vil fremme en positiv udvikling inden for psykiatri i forhold til både at forstå og behandle personlighedsforstyrrelser. Tyrer er optaget af, hvordan viden anvendes i forhold til klinisk arbejde. Han mener ikke, der på nogen måde er grundlag for at forske i et eventuelt biologisk grundlag for personlighedsforstyrrelser og er i det hele taget bekymret over den tiltagende tiltro til neurovidenskab.

I et historisk tilbageblik gør Tyrer rede for mangler ved ICD-10, som iflg. Tyrer blindt har fulgt DSM-klassifikationen – oprindeligt defineret af Kurt Schneider (kendt for sin tænkning i *first rank symptoms*). ICD-10 har desuden manglet empirisk grundlag og har formentlig bidraget til stigmatisering. Det har heller ikke været til gavn for feltet, at DSM opgav akse II. Også dette taler Tyrer om ved dette seminar.

Tyrer sammenligner herefter ICD-10 med en slags lotteri, hvor der i forhold til personlighedsforstyrrelser kun har været to 'vindere', F60.31 *Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, subtype borderline* og F60.9 *Blandet personlighedsforstyrrelse, uspecificeret*. Fra et australsk studie, med data fra 2001-2007, udgør lige netop disse to diagnoser hele 82% af den samlede forekomst af forstyrrelser i personligheden. I praksis betyder dette, at langt hovedparten af de tilgængelige diagnosekoder inden for spektret F60-F69 har stået så godt som ubenyttede hen. Dette er naturligvis iflg. Tyrer ganske problematisk.

Med Geoffrey M. Reed som forperson for den omfattende revision, er der med ICD-11 tale om et meget mere systematisk og effektivt klassifikationsprodukt. I forhold til personlighedsforstyrrelser er den mest markante ændring, at man er gået bort fra at tænke i kategorier til fordel for at udforske dimensioner. Peter Tyrer viser en skala, som går fra 'ingen personlighedsforstyrrelse' (20%) hen over 'personlighedsproblemer' (65%), 'mild personlighedsforstyrrelse' (10,5%), 'moderat personlighedsforstyrrelse' (4,5%) og 'svær personlighedsforstyrrelse' (<1%).

Tyrer forklarer desuden, hvordan diagnosesystemet fungerer:

- Dels kortlægges sværhedsgraden af en given personlighedsforstyrrelse ud fra faktorer, såsom interpersonel dysfunktion; forvrænget selvopfattelse; hvor gennemgående forstyrrelsen er

(*eng. degree of pervasiveness)*; situationsbestemte faktorer; evne til at indgå i sociale roller; risiko for selvskade eller risiko for at påføre andre skade; samt spørgsmålet om komorbiditet til anden psykopatologi.

- Dels nuanceres eller suppleres forstyrrelsens sværhedsgrad med betragtninger over relevante domænetræk, herunder negativ affektivitet; tilbagetrækning; anankasme (dvs. rigid perfektionisme); dissocialitet; disinhibition.

Da ICD-11 blev præsenteret, opstod der helt forudsigeligt en del kritik, fortæller Peter Tyrer. Begrebet *personlighedsforstyrrelse* og den dertil hørende risiko for stigmatisering vil måske altid vække harme i visse kredse. Peter Tyrer mener dog ikke, at det løser noget som helst blot at omdøbe begrebet, som det fx er sket med det mere vage begreb *komplekse emotionelle behov* (*eng. complex emotional needs*).

Tyrer gør opmærksom på, at vi alle – når vi erkender det fulde omfang af personlighedsforstyrrelser – burde være interesserede i disse lidelser og ikke blot henvise til specialiserede behandlingstilbud. Han påpeger, at der afsættes mange midler til få patienter med svær personlighedsforstyrrelse, mens der kun er få midler til rådighed til de mange, der døjer med mere milde udgaver af lidelsen. Tyrer problematiserer denne skæve prioritering.

Tyrer opsummerer denne første forelæsning med en liste over måder, hvorpå ICD-11 kan vise sig at blive til større nytte for mennesker med personlighedsforstyrrelser. Ud over at det bliver lettere at udrede patienter og indgå i en mere nuanceret dialog om det svære emne *Du har muligvis en forstyrrelse i din personlighed* (*eng. feedback to patients*), er der den åbenlyse forbedring, at ICD-11 også tillader diagnosen blandt børn og unge, som dermed får den rette hjælp tidligere i deres forløb.

Borderline – en kamæleon blandt diagnoser

Anden forelæsning startede med nogle refleksioner om den 'gode diagnose'.

En hver 'god diagnose' er velafgrænset, dvs. uden egentligt overlap til andre diagnoser. En god diagnose er ydermere acceptabel for alle, dvs. for politikere, patienter, professionelle og den generelle befolkning. Den gode diagnose yder effektiv vejledning i forhold til behandling og administration samt understøttes af tilgængelig forskning.

Set i ovenstående perspektiv, pointerer Peter Tyrer, er diagnosen *forstyrrelse i personligheden* også god – vel at mærke, så længe borderline og emotionel ustabilitet holdes udenfor! Borderline lever ikke op til de nævnte kriterier for en god diagnose. Borderline har, historisk set, givet anledning til en del kontroverser og er ikke velafgrænset:

- I 1978 blev forsøg på at forstå og anerkende 'det grænsepsykotiske' (Perry og Klerman) først afvist.
- Kun to år senere, i 1980, blev borderline genindført af Bob Spitzer – iflg. Tyrer som følge af politiske og ikke af videnskabelige årsager.
- En anden bias kom fra kopieringen af Schneider (1923), hvis usystematiske typologi byggede på en ikke-repræsentativ population (prostituerede fra et bordel i Hamborg).
- En del begreber blev ændret, men uden substantiel forankring (fx blev 'sensitive' oversat til 'paranoid'; 'self-assertive' til 'narcissistic/histrionic'; 'emotionally unstable' til 'borderline'; o.l.). Man opnåede reliabilitet, men ikke i validitet.

Tyrer beskriver herefter, at det aldrig er lykkedes, selv ikke ved hjælp af detaljerede analyser, at finde et 'borderline-træk' – til forskel fra trækdomæner, såsom neuroticisme; dissocialitet; tilbagetrækning; anankasme; og disinhibition. Der er ikke argumenter for borderline-adfærd, mens de andre domæner evolutionsmæssigt kan påstås at have haft en vis nytteværdi, siger han.

Skal der alligevel anføres et 'borderline-mønster', indeholder et sådant mønster nedenstående elementer. I parenteserne supplerer Peter Tyrer med dét, som er karakteristisk for personlighedsforstyrrelser i bred forstand og/eller for anden psykopatologi. Med denne oversigt forsøger han at vise, at borderline forekommer spredt ud over mange problematikker:

- Udtalt bestræbelse på at undgå at blive forladt, enten i virkeligheden eller imaginært (dependens);
- Et mønster med ustabile og intense forhold, hvor der pendles imellem idealisering og devaluering. Ofte som følge af både et stærkt ønske om og angsten for nærhed og intimitet (interpersonel dysfunktion, som er karakteristisk for alle forstyrrelser i personligheden);
- Identitetsforvirring, som kommer til udtryk som et markant og vedvarende ustabilt selvbillede og selvopfattelse (dissociation);
- En tendens til at agere råt i tilstande med negativ affektivitet. Dette kan potentielt føre til selvskadende adfærd (ADHD-adfærd);
- Tilbagevendende episoder med selvskade (depression);
- Emotionel ustabilitet, markante humørsvingninger (emotionel dysregulering);
- En kronisk følelse af tomhed (depression);
- Upassende intens vrede og problemer med at kontrollere vrede (aggression);
- Synlige dissociative symptomer eller psykotise-lignende træk, fx kortvarende hallucinationer eller paranoia, i situationer med en høj grad af emotionel arousal (psykose).

Med ovenstående oversigt for øje konkluderer Tyrer sin anden forelæsning således: Symptomer på borderline er lette at genkende, men de dækker så bred en psykopatologi, at disse symptomer til sammen ikke kan udgøre en enkelt, endsige en acceptabel/'god' diagnose. Tyrer mener desuden, at udeladelse af borderline vil være til gavn for fremtidig forskning i personlighedsforstyrrelser.

Galenic syndromes

I tredje forelæsning gør Peter Tyrer kort rede for forskellen på komorbiditet og *consanguinity* (eng. På dansk kan ordet oversættes med *slægtskab* eller *beslægtet med*).

Som bekendt betyder komorbiditet dét at have flere forskellige diagnoser samtidig. Ren komorbiditet forekommer, når der ikke er nogen mulig forbindelse imellem samtidige diagnoser, som fx imellem atrieflimren og gigt i knæet hos en given patient.

Med begrebet *consanguinity* introduceres der til en tænkning i såkaldte galeniske syndromer (eng. *Galenic syndromes*)[1]. Galeniske syndromer omfatter forskellige kombinationer af mentale tilstande og forstyrrelser i personligheden. Disse kombinationer kan påstås at være beslægtede (eng. *consanguineous*), hvis mere end halvdelen af en gruppe patienter med en specifik lidelse også har en personlighedsforstyrrelse. Med galeniske syndromer antages det, at dysfunktion i personlighed er med

[1] En del vil sikkert huske fra oldtidskundskab, at Galen var en romersk læge, der i sin sygdomsforståelse tænkte i ubalancer mellem kropsvæskerne blod, slim, sort galde og gul galde. Galens hovedmetode var åreladning.

til at fastholde og evt. forværre psykiske lidelser, der vel at mærke *ikke* skyldes neuropsykologiske udviklingsforstyrrelser eller kognitive skader.

Almindelige galeniske syndromer (ej diagnoser i sig selv) er iflg. Peter Tyrer følgende:

- *General neurotic syndrome* (*eng.*) er en kombination af depression, angst og neuroticisme, hvor personligheden typisk er primus motor bag problemerne.
- *Aristippian syndrome* (*eng.*) er en kombination af alkohol- og stofmisbrug, disinhibition og humørsyge. (Aristippus, græsk filosof i antikken. Aristippus anså nydelse som fravær af uro i sjælen og smerte i legemet).
- *Diogenes syndrome* (*eng.*) er en kombination af social tilbagetrækning og paranoia. (Diogenes var en vismand i antikken, som praktiserede en asketisk livsførelse og repræsenterede den filosofiske retning benævnt kynisme. Han var kendt for at bo i en tønde).
- *Othello syndrome* (eng.) er en kombination af indædt jalousi, mistroiskhed og besættelse. (Othello er en af hovedpersonerne i William Shakespeares teaterstykke af samme navn).
- Rigidt autistisk syndrom er en kombination af autisme med en alvorlig grad af anankasme.

Peter Tyrer gør opmærksom på, hvor vigtigt det er at være opmærksom på galeniske syndromer og tilstedeværelsen af personlighedsproblematikker: Hvis man ignorerer eller overser personlighedens betydning i det pågældende syndrom, vil patienten få et dårligere behandlingsmæssigt udfald. Tyrer bruger *The Nottingham Study of Neurotic Disorder 1983-2020* til at illustrere denne pointe i forhold til *general neurotic syndrome* og forstyrrelse i personligheden.

Her fandt man, at mennesker, som på forhånd havde en personlighedsforstyrrelse og led af general neurotic syndrome, fik et dårligere behandlingsresultatet end andre; fik mere medicinsk behandling; havde en øget grad af suicidaladfærd; i højere grad fik ambulant hjælp og hjælp fra socialarbejdere; og havde mere psykopatologi. Det bemærkes, at problemer blev reduceret hen over tid, og at faktoren *personlighed* viste ganske store udsving hen over tid.

Fremtidigt arbejde med galeniske syndromer vil bl.a. bestå i at undersøge, om en given behandling er mere effektiv, hvis personlighedskomponenten adresseres. Mere viden om galeniske syndromer kræver både longitudinale og epidemiologiske undersøgelser, hvor der både indhentes data om personlighed og status for anden psykisk lidelse.

NIDOtherapy

Fjerde og afsluttende forelæsning kredsede om nidoterapi. Peter Tyrer er forperson for NIDUS-UK, en velgørenhedsorganisation, der forsøger at udvikle miljømæssige strategier (via NIDO-terapi) i håndteringen af psykisk lidelse. Tyrer reflekterer over det paradoks, at vi forventer at kunne ændre på personlighedsforstyrrelser via terapi, selvom de fleste ved, at 'normal personlighed' sjældent ændrer sig markant over tid. Vi er dem, vi er!

Når vi ældes, siger Tyrer, prioriterer mennesker følelsesmæssig trivsel her og nu samt opsøger tætte sociale kredse, som det opleves som meningsfuldt at pleje omgang med. Undtagelser kan dog være mennesker, som scorer lavt i forhold til samvittighedsfuldhed og venlighed og højt i forhold til neuroticisme (jf. The Big Five). For disse mennesker kan der snarere være tale om opløsning af sociale relationer og mangel på netværk.

Tyrer opbløder det ovenfor nævnte paradoks, idet han har gennemført systematiske observationer, hvor det viser sig, at personlighed faktisk kan ændre sig ved miljømæssige påvirkninger, som fremmer personens tilpasningsevne. I den forbindelse er nidoterapi udviklet, som defineres som

The collaborative systematic assessment and modification of the environment to minimize the impact of any form of mental disorder on the individual or on society (Tyrer, Sensky and Mitchard, 2003; *Psychotherapy and Psychosomatics*, **72**, 350-356).

Denne definition kan koges ned til følgende udsagn:

- Hvis der er et dårligt match imellem en person og et givet miljø, er det ikke nødvendigt at ændre på personen. At ændre på miljøet kan være tilstrækkeligt;
- Eftersom mennesker med forstyrrelse i personligheden har større udfordringer med at skabe forandring, er der større behov hos dem for at få hjælp til at skabe positiv miljømæssig forandring.

Principperne bag er ganske ligetil, og på en måde praktiserer vi alle – mere eller mindre – nidoterapi. Vi bestemmer selv, hvor vi bor, hvem vi gør ting sammen med, osv. Nogle gange lykkes vi med noget, andre gange ikke.

I Nidoterapi arbejdes der ud fra 10 principper:

1. Alle mennesker har kapacitet til at forbedre deres liv, hvis de placeres i det rette miljø
2. Alle burde have chancen for at prøve sig selv af i et miljø, som de selv har valgt
3. Hvis mennesker bliver frustrerede uden åbenlys årsag, kan grunden hertil ofte findes i det umiddelbare miljø, som de befinder sig i
4. Et menneskes miljø inkluderer ikke alene et givet sted, men også andre mennesker og vedkommende selv
5. At se verden igennem en andens øjne, giver et bedre indblik end kun via ens egne øjne
6. Det miljø, som ét menneske finder bedst for et andet menneske, er ikke altid det rigtige, set fra det andet menneskes synsvinkel
7. Alle mennesker, uanset grad af funktionsnedsættelse, har styrker, der kan fremmes
8. Et menneskes miljø bør aldrig anses som umuligt at ændre på
9. En hver ændring af et givet miljø er forbundet med en vis risiko, men dette er ikke tilstrækkelig begrundelse til at undgå at gøre det
10. Det kræver samarbejde at ændre et givet miljø til det bedre.

Peter Tyrer præsenterer et patientforløb fra nidoterapiens pionerfase, som han selv deltog i:

Det drejer sig om A., en kvinde i 30'erne, som indledningsvis var meget imod behandling. De første forsøg på at skabe kontakt til hende foregik igennem A.s brevsprække, hvor vi prøvede at forklare hende, at der bare var tale om et besøg. Efter flere sådanne forsøg på kontakt åbnede hun døren og inviterede os indenfor. A. var meget høflig og lod ikke til at have behov for hjælp.

Senere gik det dog ikke så godt. Hun blev indlagt flere gange. A. følte selv, at hun var ved at blive sindssyg. Objektivt blev hun tiltagende psykotisk og fik diagnosen skizoaffektiv psykose. Vi foreslog en nedsat dosis antipsykotisk medicin. Først ville hun ikke dette. Hun fastholdt sit afslag.

Herefter forsøgte vi os med nidoterapi. Vi prøvede at skabe et bedre match imellem miljøet og A. Vi prøvede at forstå oplevelsen igennem hendes øjne – hvad fandt hun svært, når hun begyndte at blive

dårlig? Iflg. A. selv blev hun først dårlig, dernæst indlagt på hospitalet, hvor hun blev behandlet med medicin, som hun i bund og grund ikke ønskede at indtage. På hospitalet accepterede hun medicineringen på en passiv måde. Hun stolede ikke på personalet dér og ville ikke sige noget til dem. Hun fik det ganske vist bedre, men fortalte ikke dette til personalet. Så derfor forblev hun længere tid indlagt, end det egentlig var nødvendigt.

Vi foreslog A. følgende eksperiment: Sørg for at der er nok mad, drikkevarer og øvrige fornødenheder i din lejlighed. Når du får det dårligt, så bliv derhjemme og find ro, indtil din psykose er overstået.

A. accepterede dette. For hendes psykoser var i bund og grund kun af kort varighed. Hun blev udstyret med et brev, som forklarede hendes mønster, og hvor man rådede til, at en eventuel indlæggelse kun skulle være yderst kort.

A. havde herefter kun to korte indlæggelser igennem 2 år. Brevet hjalp hende til at blive forstået. I de næste 15 år blev hun derhjemme og undgik helt indlæggelser. Hun fik ingen ekstra medicin. Hun var altid lidt introvert. Men hun fik nogle få venner og var med i en gruppe, der gav hinanden gensidig støtte. Hun fik også venner, der ikke havde psykisk lidelse. Hun opfattede os som allierede – og som den gode værtinde, hun også var, blev vi en dag inviteret med til middag hos hende.

Igennem de seneste 25 år er der kun blevet behandlet ca. 200 patienter med nidoterapi. A. har givet fuld tilladelse til at dele ovenstående fra hendes forløb.

Peter Tyrers budskab er, at vi altid skal lytte til patienten. A.s forløb er, som bekendt, ikke typisk i psykiatrien. Nidoterapi er et klart alternativ til konventionel behandling, men kræver, at personalet trænes hertil. Bemærk, at der ikke nødvendigvis kræves en høj grad af specialisering af en given behandler. Derefter er det opgaven at udvælge patienter, der kan have behov for nidoterapi, som snarere er en form for rådgivning end regulær terapi. Har patienten fx en form for psykopatologi, der lader sig behandle? Er alle tilgængelige behandlinger udtømte? Er patienten motiveret for mere terapi? Kunne faktorer i miljøet være med til at forklare problemet? Osv.

Selvfølgelig er det vigtigt at lære patienten bedre at kende og blive dygtig til at gennemføre en grundig analyse af vedkommendes miljø. Dette vil der blive talt yderligere om ved en nidoterapi-workshop i september 2025 samt i en kommende bog med titlen *Adaptive Solutions to Personality Disorder: Treating Patients with Nidotherapy* af Peter Tyrer.

Seminaret gik på hæld. Spørgsmål fra tilhørerne var der en del af, bl.a. til Tyrers refleksioner over autisme; ADHD; Tyrers manglende benævnelse af personlighed ved PTSD/CPTSD; Tyrers syn på andre terapiformer, såsom Mentalization-Based Therapy (MBT) og Dialectical Behavior Therapy (DBT). Og meget mere. For den særligt interesserede henvises der, som nævnt i indledningen, til Peter Tyrers egne publikationer.

Psykolog Irene Christiansen. Til daglig ansat i Rigshospitalet Glostrup, Afdeling for Hjerne- og Rygmarvsskader.