

NORMALITET OG PATOLOGI
AF SEBASTIAN SIMONSEN OG BIRGIT BORK MATHIESEN



Mennesker med personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelse er en udbredt lidelse. Artiklen opsummerer viden om udbredelse, behandling og udredning. Samtidig opfordres der til øget diskussion, i lyset af at sundhedssystemet i disse år står over for omfattende omstruktureringer.

- Har dit forhold til folk, du virkelig holder af, mange ekstreme op- og nedture? - Har der været masser af pludselige skift i dine mål, karriereplaner, religiøse overbevisninger osv.? - Har du prøvet at beskadige dig selv eller forsøgt selvmord, eller truet med at gøre det? - Har du ofte vredesudbrud eller bliver så vred, at du mister kontrollen?

Sådan lyder eksempler på spørgsmål vedrørende borderline personlighedsforstyrrelse (fra SCID-II spørgeskemaet). Spørgsmålene besvares med nej eller ja. Ja-svar kræver uddybelse via et opfølgende SCID-II interview.

En tid med store omlægninger i sundhedsvæsenet og et stort pres på det sociale system må vi interessere os for, hvad vi ved om en stor gruppe af de mennesker, som i praksis behandles som patienter, klienter, brugere m.m. Mennesker med personlighedsforstyrrelser er et stort genstandsfelt, hvorom vi kan sige, at vi ved relativt lidt, mens det samtidig er svært for behandlere at have en opdateret viden.

Vi vil i det følgende fastholde begge perspektiver, altså både pege på, hvor

lidt vi ved, og samtidig fremlægge noget af al den gode forskning, som pågærisær i international sammenhæng.

Hvis man skralæser sig igennem spørgeskemaet SCID-II [13], der identificerer de (aner-)kendte personlighedsforstyrrelser i det amerikanske diagnose-system DSM-IV [1], vil man nødigt skulle svare ja til ovenstående spørgsmål. At opfylde kriterierne for en personlighedsforstyrrelse er lig med at leve livet op ad bakke:

”En personlighedsforstyrrelse er et vedvarende mønster af indre oplevelse og ydre adfærd, som afviger markant fra det forventede i individets kultur. Dette mønster er gennemgribende og ufleksibelt, begynder i ungdommen eller den tidlige voksenalder, er stabilt over tid og medfører subjektiv lidelse og/eller nedsat social og arbejdsrelateret funktions-evne.” (definition af personlighedsforstyrrelse, jf. sammendrag af ICD-10 side 135 og DSM-IV side 647).

På den anden side har de senere års forskning vist, at de fænomener, som kriterierne skal identificere, i vidt omfang også ses i den normale befolk-

ning. Mennesker med personlighedsproblemer ses derfor også i mange behandlingskontekster – psykiatri, privat praksis, revalideringsområdet, familie-behandling m.fl.

Det sprog, som beskriver personlighedsforstyrrelser, afhænger sandsynligvis meget af behandlingssammenhængen, men diagnosesystemer kan her betragtes som forsøg på at skabe et fælles sprog omkring fænomenerne. Når det drejer sig om personlighedsforstyrrelser, har diagnosesystemerne indtil videre været baseret på, at klinikerne vurderer, om et træk enten er til stede eller ikke til stede, jf. de indledende spørgsmål. Forskning viser imidlertid, at denne måde at forstå personlighedsrelaterede problemer på ikke er den optimale. Personlighedstræk måles mere præcist som dimensioner end som kategorier: Viden går tabt, når et menneske betragtes som ikke-mistænksomt i stedet for som mere eller mindre mistænksomt. Meget tyder på, at den kommende DSM-V vil forsøge at inkorporere sådanne dimensionale aspekter i forståelsen af personlighedsforstyrrelser [32].





► ► ► Dette betyder samtidig, at skellet mellem normalitet og patologi i nogen grad udviskes, hvilket støtter den politiske udvikling hen imod ophævelsen af klare overgange mellem behandling inden for socialområdet, sundhedsområdet og privat praksis. Denne udvikling sker lige for øjnene af os, og vi synes, det er vigtigt, at så mange som muligt kommer på banen med, hvad de ved om de personlighedsforstyrrede og fremlægger deres viden om, hvordan de hjælpes bedst. Vores egne erfaringer stammer fra henholdsvis psykiatrien og Københavns Universitets Psykologisk Klinik (UPK).

I psykiatrien er de personlighedsforstyrrede ofte borderline-patienter, der indlægges efter mislykkede selvmords-

forsøg. Men der er også mange evasive og dependente personer, der ses til opfølgning i distriktspsykiatrien efter indlæggelser eller henvises direkte fra den praktiserende læge på grund af vedvarende symptomer i form af angst og depression. På UPK har det vist sig, at en vis andel af kvinder med bulimia nervosa slås med en eller flere personlighedsforstyrrelser. Denne viden stammer fra et forskningsprojekt, hvor vi udreder og behandler denne spiseforstyrrelse med enten kognitiv adfærdsterapi eller psykoanalytisk psykoterapi. Der viser sig en bred vifte med repræsentanter fra alle tre klynger i DSM-systemet, men gruppen er heterogen med gradueringer fra ingen til svær personlighedspatologi – ud over selve bulimien.

TABEL 1

Diagnose (DSM-III & III-R)	Prævalens (%)
Paranoid	Median 1,1
Skizoid	Median 0,6
Skizotypi	Median 1,5
Histrionisk	Median 2,0
Antisocial	Median 1,2
Borderline	Median 1,1
Narcissistisk	Median 0
Evasiv	Median 1,2
Dependent	Median 2,2
Obsessiv-kompulsiv	Median 4,3

Udledt af tal fra Mattia & Zimmerman (2001)

Forekomst

Generelt er det vanskeligt at sige noget epidemiologisk præcist om personlighedsforstyrrelser. Epidemiologi hænger nøje sammen med diagnosesystemers nomenklatur og vurderingsinstrumenter. Da begge dele er under udvikling for personlighedsforstyrrelserne, er disse sjældent med i større epidemiologiske undersøgelser. I de fleste undersøgelser af forekomst er samplet således ikke repræsentativt for hele befolkningen.

I en oversigtsartikel skønner Mattia og Zimmerman (i [18]), at livstidsprævalensen for, at en person lever op til kriterierne for en personlighedsforstyrrelse, er ca. 10-15 %. På de psykiatriske hospitaler vurderes prævalensen at be-

finde sig mellem 36 og 67 %. I en dansk rapport [11] estimeres det, at ca. 20 % af den danske befolkning, dvs. 7-800.000 personer, i løbet af et år vil opfylde kriterierne for en ikke-psykotisk lidelse ⁽¹⁾. Ud fra undersøgelser af komorbiditeten mellem akse I og II ved vi, at mange af disse personer vil være mere eller mindre præget af de personlighedstræk, som beskrives i definitionen af personlighedsforstyrrelserne.

Bag de mange høje tal gemmer der sig imidlertid en manglende afklaring af helt basale spørgsmål om fx kulturens betydning for, hvad der opfattes som normalt. Torgersen et al. [28] har lavet en af de få repræsentative undersøgelser af prævalensen af personlighedsforstyrrelser. I deres sample fra Oslo-området finder de en prævalens på 13,4 %. Sammenlignet med de fleste andre (primært nordamerikanske) undersøgelser finder de en væsentligt større forekomst af den paranoide (2,4 %), skizoide (1,7 %) og evasive (5,0 %) diagnose.

Sociale og kulturelle forhold ser ud til at have stor betydning ved personlighedsforstyrrelser. I den norske undersøgelse er den typiske personlighedsforstyrrede person lavt uddannet, single og bosat i byen. Der er i mange

undersøgelser fundet signifikante sammenhænge mellem særlige diagnoser og aldersgrupper og køn: Især spørgsmålet om køn og personlighedsforstyrrelser er fortsat dårligt belyst. I undersøgelser baseret på kliniske stikprøver fremkommer der ofte markante kønsforskelle for fx borderline, men disse forskelle repliceres sjældent i repræsentative undersøgelser. Ud over stikprøven kan også vurderingsinstrumentet (de konkrete kriterier) have stor indflydelse på observerede kønsforskelle, angiveligt fordi der kan være niveauforskelle i kriterierne, som har betydning for responsen på testen. Det eneste nagelfaste resultat er tilsyneladende, at antisocial personlighedsforstyrrelse er mest udbredt blandt mænd.

Vurderet ud fra de seneste års forskning bliver det stadig mere klart, at behandlingssystemet ikke indfanger og behandler alle slags personlighedsforstyrrelser lige godt. Der er fx en relativt stor gruppe af hovedsagelig skizoide, skizotype og paranoide mænd, der ikke op søger og derfor heller ikke modtager behandling [19]. Mange af disse personer er sandsynligvis henvist til computeren og nattens tv i forsøg på at finde tilfredsstillelse for helt basale menneske-

(1): "Lette til moderate affektive tilstande, nervøse og stress-relaterede tilstande, herunder somatoforme tilstande, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og misbrug af stoffer og alkohol." (DPS rapport, 2001).

Boks 1	
Diagnose (DSM-systemet)	Evidens ved behandling (hovedkonklusioner vedr. behandling fra oversigtsartiklerne fra Maj et al., 2005)
Paranoid	Enkelte case-studier, men ingen velkontrollerede studier af hverken farmakologisk eller psykoterapeutiske intervention [23].
Skizoid	Ingen velkontrollerede studier af hverken psykofarmakologisk eller psykoterapeutisk intervention [23].
Skizotypi	Ingen velkontrollerede studier af effekten af psykoterapi eller psykosocial intervention. En håndfuld kontrollerede studier af effekten af psykofarmakologisk intervention. Lav-dosis antipsykotisk medicin kan effektivt reducere eller lindre de psykoselignende symptomer [23].
Histrionisk	Ingen randomiserede kontrollerede undersøgelser af psykoterapeutisk intervention [27].
Antisocial	Der findes en række velkontrollerede undersøgelser af forskellige typer af psykosocial og farmakologisk behandling af kriminelle og antisociale personer. Recidiv af kriminalitet er mest anvendte effektmål, og metaanalyser viser typisk svag til moderat effekt. Bedst effekt ses oftest af mere struktureret kognitiv-adfærdsterapeutisk behandling. Mere personlighedsændrende effekter af psykoterapi er kun fundet i minimums-sikkerheds-institutioner. Samtidig ser det ud, som om depressioner og kriser kan indvirke positivt på den terapeutiske alliance og derved være prædiktorer for effekt af psykoterapeutisk behandling, både dynamisk og kognitiv [7].
Borderline	Velkontrollerede undersøgelser af psykoanalytisk orienteret terapi og dialektisk adfærdsterapi. En række velkontrollerede undersøgelser af farmakologisk behandling, der viser positiv effekt på impulsive, affektive og kognitive symptomer [27].
Narcissistisk	Ingen velkontrollerede undersøgelser, dog er en lang række behandlingsstrategier velbeskrevet, herunder psykoanalytiske, kognitive, gruppeterapi, miljøterapi samt par- og familierapi [25].
Evasiv	Ingen velkontrollerede undersøgelser af effekten af psykoterapeutisk intervention. Enkelte velkontrollerede undersøgelser af farmakologisk behandling, der indikerer en positiv effekt [30].
Dependent	Ingen velkontrollerede undersøgelser af effekten af psykoterapeutisk intervention. Enkelte velkontrollerede undersøgelser af farmakologisk behandling, der indikerer en positiv effekt [30].
Obsessiv-kompulsiv	Ingen velkontrollerede undersøgelser, dog er en række psykoanalytiske og kognitiv-adfærdsterapeutiske behandlingsstrategier beskrevet [9].

► ► ► lige behov. Kan vi acceptere dette, når vi fra longitudinelle undersøgelser og effektstudier af andre personlighedsforstyrrelser ved, at personlighedsproblemer ikke nødvendigvis er stabile og kroniske [5]? Nogle personlighedsforstyrrelser ser nemlig ud til at kunne behandles ganske effektivt.

Behandling

I 2003 proklamerede the National Institute for Mental Health in England, at personlighedsforstyrrelse ikke længere er en diagnose, som skal udelukkes fra god behandling. Alene fra psykoterapiforskningen er der kommet flere randomiserede kontrollerede undersøgelser og metaanalyser af såvel kognitiv som analytisk orienteret terapi for borderline-patienter. Alligevel er der ingen grund til at hvile på laurbærene. For langt hoved-

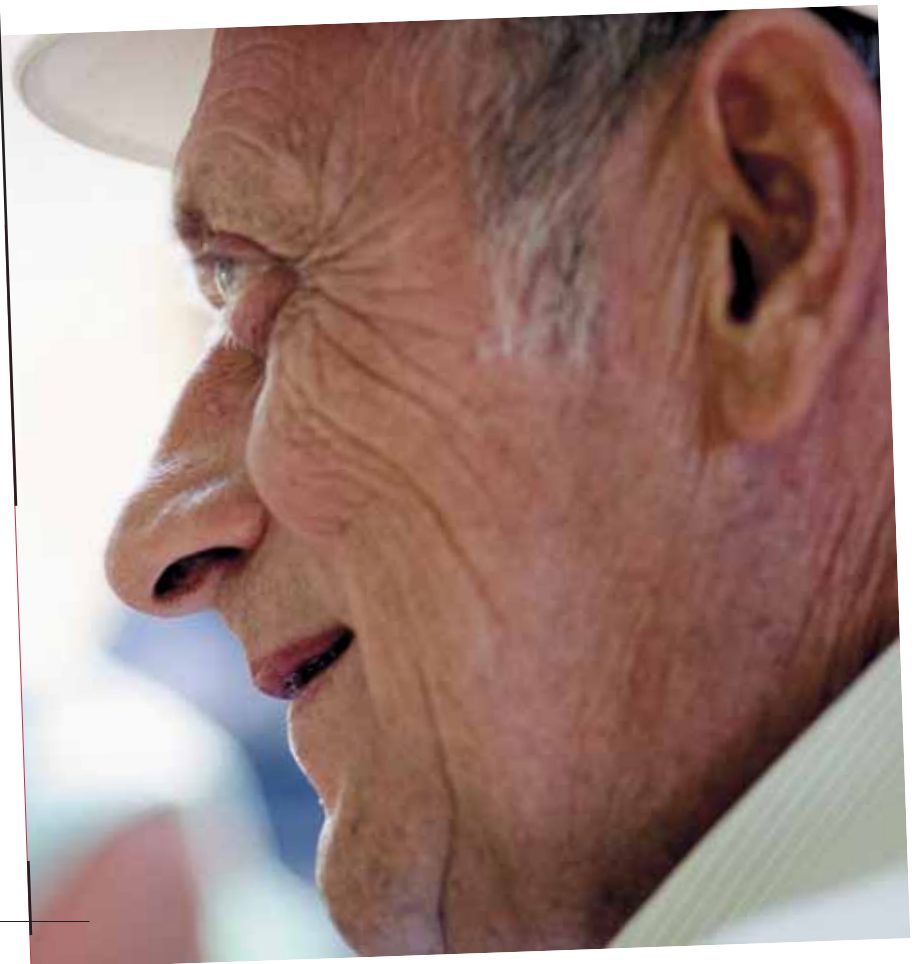
parten af personlighedsforstyrrelserne gælder det nemlig, at der ikke findes tilstrækkeligt mange og gode effektstudier (se boks 1). Den foreløbige konklusion må altså lyde, at vi for de fleste personlighedsforstyrrelser ikke ved, om behandling er virksom. Der findes mange myter på området, fx at terapi ikke fører til personlighedsændringer hos personer med antisocial personlighedsforstyrrelse, men ret beset ved vi det ikke.

Inden for behandlingen af borderline er Otto Kernberg i gang med et randomiseret kontrolleret forskningsprojekt, hvor effekten af både støttende og konfronterende psykodynamisk terapi sammenlignes med dialektisk adfærdsterapi. Men lige nu betragter mange mentaliseringsbaseret psykoterapi som den aktuelle spydspids på grund af virkningen i forhold til både de impulsive og de de-

pressive symptomer [3, 31]. Der mangler generelt viden om virkningen af specifikke behandlingsformer på specifikke personlighedsforstyrrelser og deres kernesymptomatologier. I mange undersøgelser er effektmålene i stedet knyttet til akse I-tilstande, såsom depression og angst [16].

Uanset hvilken teoretisk model man arbejder ud fra, viser forskningen, at effektiv behandling af personlighedsforstyrrelser er længerevarende. Det tager tid at arbejde med grundlæggende forstyrrelser i relationen mellem selv og anden, ligesom opbygningen af kapacitet til at "mentalisere" ikke kan klares med 12 terapitimer.

Hvordan gør man så, når den definerede opgave fx går på at få en evasiv og udbrændt person tilbage på arbejdsmarkedet? Allerede beskrevne be-



handlingstiltag går fra klassisk psykoanalyse med to-fire ugentlige sessioner over en længere årrække [14] til ugeprogrammer under distriktpsykiatrien i en halvårsperiode.

Af økonomiske grunde har man på mange hospitaler både her og i udlandet struktureret behandlingen, så den foregår i grupper. Behandling i grupper kan være lige så effektiv som individuel terapi [22]. Ud over de økonomiske argumenter synes gruppeterapi også på mange måder at være en ideel arena for arbejdet med relationsforstyrrelser. Gruppen bliver et mikrokosmos, hvor relationsforstyrrelsen udspiller sig og kan gøres til genstand for refleksion – nye færdigheder kan læres, og gamle genopbygges.

Gruppebehandling alene kan dog være utilstrækkelig for personer, hvis

personlighed er borderline-organiseret i "kernbergske" forstand, dvs. dem, der kan have mikropsykotiske episoder og svigtende realitetstestning, som benytter sig af primitive forsvarstyper såsom splitting og projektion, og hvis identitet er desintegreret. Her kan gruppebehandling kombineres med individuel terapi, hvilket sker i både mentaliseringsbaseret behandling og i dialektisk adfærdsterapi.

En helt særlig tilgang kombinerer det individuelle og det gruppebaserede i et intensivt og relativt kort forløb. Førstnævnte sker i form af terapisesioner mellem terapeut og klient, men placeret *i gruppen*, dvs. mens hele gruppen overværer sessionen. Dette suppleres med almindelig gruppeterapi, hvor alle deltagere har viden om den enkeltes aktuelle problemer fra de individuelle sessio-

ner. En sådan behandling finder sted i den såkaldte "intensive dynamiske korttidsterapi" [8]. Men selv inden for denne retning, hvor korttidsterapi betyder mellem 15 og 40 sessioner, vil man bruge omkring 70 sessioner til fx borderline-patienter [20].

På behandlingsinstitutionerne ved man, at det kan understøtte egoprocesserne at øge den ugentlige behandlingstid som i et dagbehandlingsprogram, på daghospitaler eller i (døgn-) behandlingskollektiver. Her suppleres terapigrupper ofte med andre typer af grupper, som kan være mere eller mindre færdighedsbaserede, fx socialrådgivning, forældregrupper eller lignende (jf. forekomsten af unge, lavtuddannede kvinder med borderline). Det er især det norske netværk af dagafdelinger og en canadisk forskningsgruppe, ▶ ▶ ▶

Boks 2

Instrumenter til vurdering af normalpersonlighed og personlighedspatologi

Instrument	Antal items	Tidsforbrug (min.)	Antal subskalaer	Dansk udgave
NEO-Personality Inventory – Revised (NEO-PI-R)	240	40-50	5/30	+
Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP)	Ingen obligatoriske. Strukturelt interview ad modum Kernberg	90-180	18	+

Boks 3

Instrumenter til vurdering af personlighedspatologi og personlighedsforstyrrelses-diagnoser (sidstnævnte markeret med *). Udledt af [6]

Instrument	Antal items	Tidsforbrug (min.)	Antal subskalaer	Dansk udgave
Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ)	290	60-75	18	Under udvikling
Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) *	375	60 +/- 15	15	Under udvikling
Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III) *	175	20-30	24	+
Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder (SCID-II) *	119	<60	12	+

► ► ► der har beskrevet denne type behandling [15,24].

Inden for de personlighedsforstyrrelser, hvor der forskes meget internationalt, er det muligt at lave retningslinjer for behandlingen. Dette er bl.a. gjort af American Psychiatric Association [2] i forhold til gruppen af svært forstyrrede borderline-patienter. Denne forskning rummer mange vægtige argumenter mod de overgeneraliseringer, der desværre høres alt for ofte, fx "Borderlinepatienter skal aldrig indlægges, fordi de regredierer". I dansk sammenhæng savner vi systematisk effektforskning af personlighedsforstyrrelserne.

Der er mange myter og meget, vi ikke ved om behandling og effekt af samme. Derfor kan man forudsige, at der vil blive problemer, når behandlingssystemet i de kommende år skal omstruktureres.

Alle taler om specialisering af behandling, men hvordan specialiserer man behandlingen, når de rene lidelser synes at være undtagelsen frem for reglen? Behandling skal være differentieret og målrettet mod den enkelte lidelse, men kan vi kende forskel på krisereaktioner og svære personlighedsforstyrrelser? Uden en ordentlig udredning og evaluering af behandlingen risikerer man nemt at validere sin egen behandling ud fra forsimplede ræsonnementer, som fx at klienterne, brugerne eller patienterne ikke kommer igen.

Assessment

Personlighedsforstyrrelser udredes oftest ud fra en klinisk vurdering, og der anvendes, så vidt vi ved, ikke rutinemæssigt diagnostiske instrumenter eller psykologiske testninger. Det er ikke,

fordi der ikke findes metoder til en sådan udredning, og to bøger om assessment-metoder, der er tilgængelige i Danmark, er henholdsvis lige blevet opdateret og lige på trapperne [4,12]. Problemet er nærmere at finde den relevante tilgang og at afgøre, i hvilket omfang man vil undersøge træk eller tilstande. Derudover kan man overordnet opdele personlighedsvurderinger i henholdsvis kategoriale, dimensionale og psykodynamiske, hvilket kort vil blive præsenteret i den rækkefølge her (se *endvidere boks 2 og 3*).

Der er udviklet spørgeskemaer og manualer til de kategoriale diagnosesystemer repræsenteret ved DSM-IV [1] og ICD-10 [33], hvor førstnævnte skelner mellem tilstands- og personlighedsforstyrrelser i opdelingen i akse I og akse II. Metoderne er tidskrævende og ikke ► ► ►



MODELFOTO: BAM/SCANPIX





► ► ► nødvendigvis særlig pålidelige eller gyldige. I den dimensionale tilgang som fx NEO-PI-R [10] ser man personlighedsforstyrrelserne afspejlet i nogle typiske, "ekstreme" profiler. Borderline-patienters ringe frustrationstolerance, angst og depressive træk ses fx i meget høje "neuroticisme-scores", mens deres aggressivitet og ustabilitet afspejles i meget lave "venligheds-scores" og "samvittighedsfuldheds-scores".

Men hvor specifik og anvendelig er denne profil som diagnostisk mål? Man må også spørge sig: Er en personlighedsforstyrrelse blot en gradbøjning af personligheden eller en (måske arbitrær) statistisk afvigelse, og hvordan ser en profil så ud efter en vellykket behandling? Endelig er der den måske mere "kliniknære" psykodynamiske assessment, hvor man typisk vil vurdere jegstyrke, identitetsintegration, niveauet af de typisk anvendte psykiske forsvarsmekanismer og realitetstestning. Denne metode er operationaliseret i KAPP [26], hvor man ud over at vurdere personlighedsorganisationen (eller -strukturen) ser på en række psykosociale færdigheder samt kropsrelaterede fænomener. Her er problemet, at et godt KAPP-interview tager mellem halvanden og tre

timer, hvilket der virkelig sjældent er tid til i den daglige klinik.

Som noget (endnu) sjældent anvendt skal til slut nævnes udredningen af forstyrrelser i kognition og styringsfunktioner, dvs. en udvidet neuropsykologisk undersøgelse med fokus på både indlæringssevne og eksekutive funktioner [29]. Det faktum, at den typiske borderline-patient som tidligere beskrevet er lavtuddannet, kunne bunde i specifikke dysfunktioner i samspil med et stort affektpres, der ikke reguleres, frem for i en generelt lavere intelligens [17,21]. Når behandlingstilbud overvejes, skulle man mene, der var vigtig information at hente gennem en sådan udredning.

Afsluttende kommentarer

Vi har valgt *ikke* her at inddrage spørgsmålet om ætiologi. Dette skyldes to ting: At spørgsmålet er for stort, og at der er for få klare svar i dag. Vi ved noget om personlighedsforstyrrelserne, men ved vi tilstrækkeligt i forhold til, hvor udbredte de er, og mere aktuelt i forhold til, at vi står foran store omstruktureringer i sundheds- og socialvæsenet? Hvordan skal behandlingen struktureres, så den både er tilstrækkeligt differentieret og specialiseret?

Besvarelsen af sådanne spørgsmål er komplekse og kalder på dialog. Forudsætningen for at denne kan komme i stand er, at forskere og klinikere lægger viden, spørgsmål og undren frem til åben refleksion. Når der er meget, man ikke ved, kan resultatet være usikkerhed. En sådan usikkerhed er konstruktiv, når den fører til udveksling og spørgsmål. Men ofte kan usikkerhed også føre til fortilselse og private teorier om virkeligheden.

Som medlemmer af bestyrelsen for Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi ⁽²⁾ føler vi en særlig forpligtelse til at modvirke sådanne tilbøjeligheder, og vi har forsøgt at pege på noget af den viden og nogle af de perspektiver, som vi finder mest centrale. Men personlighedsforstyrrelser er et udbredt fænomen, som angår både psykiatrien og psykologien. Vi håber, at flere nu kunne føle sig inspireret til at bidrage til diskussionen.

Sebastian Simonsen, ph.d.-stipendiat,

Fjorden i Roskilde

*Birgit Bork Mathiesen, lektor ved
Universitetets Psykologiske Klinik,*

Københavns Universitet

(2): Se www.iptp.dk

Referencer:

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, International Version. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995.
- [2] American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 158[10], 2-48. 2001.
- [3] Bateman A., Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – A randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1563-9.
- [4] Brun B., Knudsen P. *Psykologisk Undersøgelsermetodik*, 2. udg. Dansk psykologisk Forlag, 2006.
- [5] Clark L.A. Stability and change in personality pathology: revelations of three longitudinal studies. *Journal of Personality Disorders* 2005; 19: 524-32.
- [6] Clark L.A., Harrison J.A. Assessment Instruments. In: Livesley W.J. editor., *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research and Treatment*. New York: The Guilford Press; 2001: 277-306.
- [7] Cloninger R.C. Antisocial Personality Disorder: a review. In: Maj M., Akiskal H., Mezzich J., Okasha A. editors., *Personality Disorders*. John Wiley & Sons; 2005.
- [8] Cornelissen C.L.M. Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a residential setting. The application of H. Davanloo's principles and technique in residential group-psychotherapy. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy. Practice and Theory* 2002; 6: 45-64.
- [9] Costa P., Samuels J., Bagby M., Daffin L., Norton H. Obsessive-Compulsive Personality Disorder: a review. In: Maj M., Akiskal H., Mezzich J., Okasha A. editors., *Personality Disorders*. John Wiley & Sons; 2005.
- [10] Costa P.T., McCrae R.R. *NEO PI-R Manual – klinisk*. Virum: Dansk psykologisk Forlag, 2004.
- [11] Dansk Psykiatrisk Selskab. *Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*. 2001.
- [12] Elsass P., Ivanouw J., Mortensen E.L., Poulsen S., Rosenbaum B. *Assessmentmetoder. Håndbog for psykologer og psykiatere*. København: Dansk psykologisk Forlag, 2006.
- [13] First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B., Benjamin L.S. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1997.
- [14] Gammelgaard J. *Mellemværende. En diskussion af begrebet borderline*. København: Akademisk Forlag, 2004.
- [15] Karterud S., Pedersen G., Friis S., Urnes Ø., Irion T., Brabrand J., Falkum L.R., Leirvåg H. The Norwegian network of psychotherapeutic Day Hospitals. *Therapeutic Communities* 1998; 19.
- [16] Leichsenring F., Leibling E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A Meta-Analysis. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 1009-15.
- [17] Lenzenweger M.F., Clarkin J.F., Fertuck E.A., Kernberg O.F. Executive Neurocognitive Functioning and Neurobehavioral Systems Indicators in Borderline Personality Disorder: A Preliminary Study. *Journal of Personality Disorders* 2004; 18: 421-38.
- [18] Livesley W.J. *Handbook of Personality Disorders*. New York, London: The Guilford Press, 2001.
- [19] Loranger A. The impact of DSM III on diagnostic practice in a university hospital: a comparison of DSM II and DSM III in 10.914 patients. *Archives of General Psychiatry* 1990; 56: 1009-15.
- [20] Malan D., Coughlin Della Selva P. *Lives Transformed. A Revolutionary Method of Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac, 2006.
- [21] Mathiesen B.B., Simonsen E., Søgaaard U. Executive Functions and Poor Autobiographical Memory in Borderline Personality Disorder: a Pilot Study. (Under udarbejdelse).
- [22] Monroe-Blum H., Marziali E. A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 1995; 9: 190-8.
- [23] Parnas J., Licht D., Bovet P. Cluster A Personality Disorders: a review. In: Maj M., Akiskal H., Mezzich J., Okasha A. editors., *Personality Disorders*. John Wiley & Sons; 2005.
- [24] Piper W.E., Rosie S.R., Joyce A.S., Azim H.F.A. A Randomized Trial of Psychiatric Day Treatment for Patients with Affective and Personality Disorders. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44.
- [25] Ronningstam E. Narcissistic Personality Disorder: a review. In: Maj M., Akiskal H., Mezzich J., Okasha A. editors., *Personality Disorders*. John Wiley & Sons; 2005.
- [26] Søgaaard U. *Karolinska Psychodynamic Profile*. Roskilde: IPTP's Forlag, 1994.
- [27] Stone M. Borderline and Histrionic Personality Disorders: a review. In: Maj M., Akiskal H., Mezzich J., Okasha A. editors., *Personality Disorders*. John Wiley & Sons; 2005.
- [28] Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 590-6.
- [29] Travers C., King R. An Investigation of Organic Factors in the Neuropsychological Functioning of Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 2005; 19: 1-18.
- [30] Tyrer P. The anxious cluster of personality disorders: a review. In: Maj M., Akiskal H., Mezzich J., Okasha A. editors., *Personality Disorders*. John Wiley & Sons; 2005.
- [31] Verheul R. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: some tentative interpretations of the available empirical findings. In: Maj M., Akiskal H., Mezzich J., Okasha A. editors., *Personality Disorders*. John Wiley & Sons; 2005.
- [32] Widiger T., Simonsen E. Introduction to the special section: the American Psychiatric Association's Research Agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders* 2005; 1: 103-9.
- [33] World Health Organization. *WHO ICD-10. Psykiske Lidelser og Adfærdsmæssige Forstyrrelser. Klassifikation og Diagnostiske kriterier*, 1. udg. København: Munksgaard, 1994.