Sammenhængen mellem forståelse og psykologisk behandling af psykopati

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Udarbejdet af: Hanne Madsen

Studienr.: 20052801

Kandidatspeciale i psykologi, 10. semester

Institut for kommunikation, Aalborg Universitet

Vejleder: Birgitte Petersen

Afleveringsdato: 28. februar 2011

Tegn + blanke i opgaven: 171691 Svarende til : 71 normalsider

English Summary

Psychopathy is known to be a very severe personality disorder. Through history there have been many different ways to describe this phenomenon, and different opinions as to whether this disorder is treatable, where most of these are quite pessimistic. People with psychopathy does not often come for treatment by themselves, as they don´t think they have a problem. If they commit a crime though, they can be forced to be treated. The job to treat offenders seems very important, as these individuals may be a threat to the safety of other people.

The purpose of this thesis is therefore to connect the understanding of the etiology of psychopathy to how this disorder might be treated according to the understanding. Furthermore the purpose is to discuss which changes realistically can be achieved. These questions is addressed from a theoretical perspective.

The thesis is devided into five chapters. In the first chapter the introduction, and the problem area are introduced along with the structure of the thesis. In the second chapter the history of the concept of psychopathy is introduced, followed by the classifications used today, and also relevant co morbidity conditions and prevalence of the disorder are presented. This chapter seeks to give a broad view on how psychopathy can be described.

In chapter three four different psychological theories is presented as to explain possible etiological causes of psychopathy. The first theory is a biological viewpoint, which is followed by a learning point of view presented by Skinners radical behaviorism and Banduras social learning theory. To present at dynamic viewpoint Kernberg´s ego psychological object relations theory is presented followed by Bowlby´s attachment theory.

Chapter four focus on how change is brought about. At the beginning the treatment prognosis is presented, and some processes is described which the therapist needs to be aware of when treating these clients. Also the therapist’s feelings in the therapy is addressed, as the person with psychopathy seems to have a very strong influence on others. Thereafter two possible methods to obtain change are presented. First a modification of dialectical behavior therapy adjusted to a forensic setting is presented, and afterwards milieu therapy building on a dynamic foundation.

In the discussion part of the thesis the etiological understandings and the treatments will be held together as to answer the problem area.

The conclusion from this theoretical study is that if psychopathy is understood as an attachment disturbance or a superego deficit it should be treated in a kind of therapy which focuses on establishing good relationships to others, to come about a structural personality change. If psychopathy is understood to be learned from reinforcement or model learning it is possible to address the behavior solely. Treating these clients in a milieu therapy setting, behavior must be a focus point independent of the treatment program chosen. It is suggested that therapy which focus on relations may be difficult with people with severe psychopathy, where it might be better solely to treat their behavior. Research is still needed in the area of treating people with psychopathy to shed light on the treatment opportunities and the effect of these.

Indholdsfortegnelse

[1. Indledende del 7](#_Toc286648942)

[1.1. Indledning 7](#_Toc286648943)

[1.2. Problemformulering 8](#_Toc286648944)

[1.3. Begrebsafklaring 9](#_Toc286648945)

[1.4. Afgrænsning 10](#_Toc286648946)

[1.5. Forforståelse 11](#_Toc286648947)

[1.6. Disposition 12](#_Toc286648948)

[2. Fænomenbeskrivelse 13](#_Toc286648949)

[2.1. Psykopati i et historisk perspektiv 13](#_Toc286648950)

[2.2. Klassifikation af psykopati 16](#_Toc286648951)

[*2.2.1. ICD 10 & DSMIV* 17](#_Toc286648952)

[2.2.2. Hares psykopatitjekliste 20](#_Toc286648953)

[*2.2.3. Kernbergs strukturelle personlighedsorganisering* 23](#_Toc286648954)

[*2.2.4.Psychodynamic Diagnostical manual* 25](#_Toc286648955)

[2.3. Komorbiditet 27](#_Toc286648956)

[2.4. Epidemiologi 28](#_Toc286648957)

[2.5. Diskussion af fænomenbeskrivelse 29](#_Toc286648958)

[3. Forståelse 32](#_Toc286648959)

[3.1. Det biologiske grundlag for psykopati 32](#_Toc286648960)

[*3.1.1.Strukturelle ændringer* 32](#_Toc286648961)

[*3.1.2.Neurotransmittere og hormoner* 34](#_Toc286648962)

[*3.1.3. Psykopati ifølge det biologiske grundlag* 34](#_Toc286648963)

[3.2. Skinners Radikale behaviorisme og Banduras sociale indlæringsteori 35](#_Toc286648964)

[*3.2.1. Teorigrundlag* 36](#_Toc286648965)

[*3.2.2. Skinners radikale behaviorisme* 37](#_Toc286648966)

[*3.2.3. Banduras sociale læringsteori* 39](#_Toc286648967)

[*3.2.4. Psykopati ifølge radikal behaviorisme og social læringsteori* 40](#_Toc286648968)

[3.3. Otto Kernbergs Egopsykologiske objektrelationsteori 42](#_Toc286648969)

[*3.3.1. Teorigrundlag* 42](#_Toc286648970)

[*3.3.2. Dannelsen af ego og superego* 44](#_Toc286648971)

[*3.3.3. Udviklingen af antisocial personlighedsforstyrrelse proper* 48](#_Toc286648972)

[*3.3.4. Psykopati ifølge Kernbergs Egopsykologiske objektrelationsteori* 49](#_Toc286648973)

[3.4. Bowlbys tilknytningsteori 51](#_Toc286648974)

[*3.4.1. Teorigrundlag* 51](#_Toc286648975)

[*3.4.2. Tilknytning og arbejdsmodeller* 51](#_Toc286648976)

[*3.4.3. Tilknytningsmønstre* 53](#_Toc286648977)

[*3.4.4.Tilknytningmønstrenes varighed* 54](#_Toc286648978)

[*3.4.5. Arbejdsmodellernes varighed* 55](#_Toc286648979)

[*3.4.6. Nyere tilknytningsforskning* 55](#_Toc286648980)

[*3.4.7. Psykopati ifølge Bowlbys tilknytningsteori* 57](#_Toc286648981)

[3.5. Opsummering af forståelser 58](#_Toc286648982)

[4. Behandling af psykopati 59](#_Toc286648983)

[4.1. Behandlingsprognose 59](#_Toc286648984)

[4.2. Individet med psykopati i terapi 60](#_Toc286648985)

[4.3. Terapeutens følelser (overføring) 62](#_Toc286648986)

[4.4. Dialektisk adfærdsterapi – The CMHIP Forensic Model 63](#_Toc286648987)

[*4.4.1. Det teoretiske grundlag for behandlingen* 63](#_Toc286648988)

[*4.4.2. Behandlingen* 66](#_Toc286648989)

[4.5. Miljøterapi på dynamisk grundlag 71](#_Toc286648990)

[*4.5.1.Det teoretiske grundlag for behandlingen* 71](#_Toc286648991)

[*4.5.2. Miljøterapi* 72](#_Toc286648992)

[*4.5.3. Det terapeutiske miljø* 72](#_Toc286648993)

[*4.5.4. Behandlingen* 75](#_Toc286648994)

[5. Diskussionsdel 77](#_Toc286648995)

[5. 1. Sammenhængen mellem forståelse og behandling 77](#_Toc286648996)

[5.2. Strategier til opnåelse af forandring 78](#_Toc286648997)

[5.3. Relationsevne 80](#_Toc286648998)

[5.4. Forandring ? 81](#_Toc286648999)

[6. Konklusion 82](#_Toc286649000)

[7. Referenceliste 84](#_Toc286649001)

[8. Litteraturliste 90](#_Toc286649002)

[8.1. Tidligere anvendt litteratur 90](#_Toc286649003)

[8.2. Ny litteratur 92](#_Toc286649004)

# 1. Indledende del

## 1.1. Indledning

*”Jeg har aldrig sagt, at jeg kan helbrede psykopater, men jeg kan gøre dem til rarere psykopater – til stor glæde for dem selv og deres medmennesker”* (Georg K. Stürup, 1968, in Hansen, 2004, p. 10).

I mit studiejob, som hjemmevejleder for udviklingshæmmede med psykiatriske diagnoser, besøger jeg to mænd, der begge i det daglige arbejde omtales som ”psykopater”. Da jeg blev introduceret for dem, gav dette anledning til tanker om, hvordan samarbejdet ville forløbe i praksis, om de ville være ubehagelige at besøge, og om de potentielt kunne være farlige. De første møder var præget af magtkamp, og specielt den ene virkede truende, og fortalte om hvor farlig, han kan være, hvis han får en kniv i hånden. Det skal dog tilføjes, at da begge er udviklingshæmmede, var truslerne noget primitive, og ikke noget jeg som sådan blev bange for, men mere opfattede som et udtryk for netop magtkamp. Efterhånden som de fandt ud af, at det, som hovedregel, er mig der bestemmer, blev de mere samarbejdsvillige. Det lader til, at denne grænsesætning gør dem mere rolige og trygge – selvom de indimellem giver mig kamp til stregen. I dag er min generelle oplevelse, at det for det meste er hyggeligt, at være sammen med dem, da de også kan være charmerende og sjove.

I det pædagogiske arbejde med ovennævnte gruppe arbejdes der ud fra en forståelse af, at forandring kun i et lille omfang er muligt, men det overordnede mål for arbejdet er, at den daglige funktion forbedres. Det er dog svært at vurdere, hvornår der er tale om en egentlig forandring, da omkring halvdelen af det, de siger, ikke har nogen egentlig sandhedsværdi. Udsagn som ”jeg er ked af, at jeg opførte mig sådan”, varmer jo umiddelbart, men kun for en stund, for der melder sig hurtigt en tvivl hos mig om, hvorvidt irettesættelser overhovedet har nogen virkning, eller om udsagnet i højere grad afspejler en indlært adfærd i forhold til, hvad der forventes.

Fælles for de to mænd, som jeg møder i mit arbejde, er, at de er kvartalsmisbrugere og til tider småkriminelle, hvor en af dem fx har fået en behandlingsdom for ildspåsættelse. De er dog ikke kriminelle i en sådan grad, at de kontinuerligt er spærret inde. Når jeg hører betegnelsen psykopat, tænker jeg dog ufravigeligt på en mor og to sønner, som er blevet skåret i småstykker[[1]](#footnote-2). I den seneste tid har der dog også været en del fokus på psykopater på arbejdsmarkedet, med udgivelser som fx Sanne Udsens (2006) ”Psykopater i jakkesæt – når chefen er psykopat”. Denne gruppe adskiller sig ved at virke umiddelbart velfungerende, men udviser dog psykopatiske træk i form af økonomisk kriminalitet. En overvejelse er, om der er en kvalitativ forskel på, om det er mord eller økonomisk kriminalitet, der begås, og om intelligens har nogen betydning i denne forbindelse. Kan man tale om, at fx Peter Lundin er en ”større” psykopat end chefer, som begår økonomisk kriminalitet - med udgangspunkt i en holdning om, at mord er en værre forbrydelse end økonomisk kriminalitet? Uanset synes psykopati at forekomme på flere niveauer.

## 1.2. Problemformulering

Ovenstående har ført til adskillige overvejelser: Kan man behandle ”psykopater”? Hvor højt kan man sætte målet for forandring - kan der kun være tale om adfærdsmæssig forandring, eller også om egentlige strukturelle personlighedsforandringer? Hvilken behandlingsmæssig tilgang kan anvendes med denne gruppe? Hvis psykopater pr. definition manipulerer og lyver, hvordan kan man så vurdere, at individet er blevet ”rarere ”[[2]](#footnote-3)? Og kan det overhovedet betale sig, at anvende ressourcer på at behandle disse individer? Spørgsmålene leder mig frem til følgende problemformulering:

***Hvilken betydning har forståelsen af psykopati for den psykologiske behandling? Og hvilke mål kan sættes for forandring?***

Det antages i nærværende problemformulering, at behandlingsprognose og valg af intervention afhænger af forståelsen af psykopati. I denne forbindelse er det interessant, at Kazdin mener, at teori ofte har været fraværende, når behandlingsprogrammer for psykiske lidelser er blevet udviklet (Kazdin, 1999, in Salekin, 2002, p. 82). Ligeledes mener Salekin, at forståelsen af psykopati er særdeles vigtig for valg af psykologisk behandling *”Developmental and etiological theories of psychopathy will likely provide psychologists with important information as to the treatability of psychopathic individuals”* (Salekin, 2002, p. 82). I denne opgave ønsker jeg derfor at belyse sammenhængen mellem forståelse af udvikling og etiologi, og valget af psykologisk behandling, og hvilke mål for forandring, der er mulige.

## 1.3. Begrebsafklaring

I litteraturen anvendes en del forskellige begreber for psykopati fx antisocial personlighedsforstyrrelse, dyssocial personlighedsstruktur, og sociopati. De mange begreber skyldes blandt andet, at termen psykopati opfattes som et skældsord, og kan danne grobund for stigmatisering. De forskellige termer, er dog også udtryk for forskellige definitioner. Valget af term i nærværende opgave er faldet på ”psykopati”, ud fra et ønske om at anvende et begreb, som ikke i så høj grad fanger an til en specifik forståelse eller et specifikt diagnosesystem, og endvidere et ønske om, at ”kalde en spade for en spade”. Et yderligere argument er, at begrebet psykopati, på trods af indførelsen af andre begreber, til stadighed har en solid forskningsmæssig baggrund, og klinisk placering (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 9) I arbejdet med at udvikle DSMV som udkommer i 2013 foreslås det endvidere at genindføre termen og således anvende betegnelsen antisocial/psykopatisk personlighed (Web 1). De forskellige termer og definitioner vil blive beskrevet i afsnittet ”fænomenbeskrivelse”, for at give læseren et indblik i hvor forskelligt psykopati kan defineres og forstås.

Med ”målet for forandring” menes, hvilket fokus der sættes for forandring i de anvendte psykologiske behandlingstilgange. Det overordnede fokus kan være på en adfærdsændring af fx kriminelle handlinger og impulsiv og aggressiv adfærd, på en forbedring af individets selvindsigt med henblik på en decideret strukturel personlighedsændring, eller på både adfærd og personlighedsforandring. Uanset hvilket forandringsmål der stræbes efter, er et sådant nødvendigt for en meningsgivende behandling. Det skal tilføjes, at da individer er forskellige, er der ikke tale om et entydigt mål for forandring, da det personlige mål vil afhænge af individets tilstand, når den psykologiske behandling påbegyndes.

## 1.4. Afgrænsning

Individer med psykopati opfattes forskelligt i forskellige kulturer. I Danmark opfattes adfærden som uhensigtsmæssig, mens der i andre kulturer kan herske et andet syn. I kulturer hvor der fx er stor konkurrence mellem mændene, og hvor den forældremæssige indsats er lav, kan denne adfærd opfattes som værende gavnlig, da overlevelse i sådanne kulturer vægtes højere end interpersonelle relationer (Harpending & Draper, in Cooke, 1998, p. 271). Grundet rammerne for denne opgave, vil jeg ikke gå dybere ind i kulturforskelle, blot have in mente, at der hersker forskellige syn på psykopati i forskellige kulturer. Nærværende opgave vil overvejende tage udgangspunkt i det senmoderne vestlige samfund, og teoretiske forklaringsmodeller og behandlingstilgange anvendt i dette, da det sandsynligvis er denne kontekst, jeg kommer til at bevæge mig i, når jeg i det fremtidige arbejde møder klienter med denne diagnose.

I nærværende opgave tages udgangspunkt i det voksne individ, da dette er mit primære interesseområde. En anden årsag til dette valg er, at diagnosen antisocial personlighedsforstyrrelse i DSMIV først kan tildeles individer over 18 år, og det ifølge ICD10 først betragtes som værende relevant at give diagnosen dyssocial personlighedsstruktur efter det 16. -17. år (Mortensen, 2006, p. 169).

I forbindelse med psykologisk behandling har individets intelligens en væsentlig betydning for, hvilken psykologisk behandling individet kan drage nytte af (Kernberg, 2002, 43). I denne opgave afgrænser jeg mig til individer med ”normal” intelligens, da jeg primært ønsker at beskæftige mig med psykopatidiagnosen, og et fokus på fx udviklingshæmmede, som de i indledningen, vil flytte fokus til individets generelle refleksionsevne.

Diagnosen psykopati tildeles i højere grad mænd end kvinder(Dahl & Dalsegg, 1999, p. 131). Kønsforskelle vil dog ikke være i fokus i nærværende speciale.

Der er ofte sammenhæng mellem misbrug og psykopati, hvilket selvfølgelig påvirker individets adfærd, og i denne forbindelse også den psykologiske behandling, og udfaldet af denne. I nærværende speciale opfattes alkohol og stofmisbrug, som værende et symptom, som kort vil blive beskrevet. På trods af at dette kan være væsentligt i behandlingen af denne gruppe klienter, vil jeg dog ikke beskæftige mig med misbrugsbehandling, da dette ikke er den primære interesse og vil være for omfattende i forhold til specialets udformning.

Der er udført adskillige neurologiske undersøgelser af individer med psykopati, som giver grobund for spekulationer om anvendelse af forskellige medikamenter. Antidepressiva som SSRI har fx en dokumenteret effekt på impulsiv aggressivitet (Fava et. al., 1993, in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 219). Fokus for specialet er den psykologiske intervention, og jeg vil derfor afgrænse mig fra medicinsk behandling. Jeg vil dog indledningsvis i ”forståelsesafsnittet” redegøre for centrale teorier om neurologiske forståelsesmodeller, da en opgave om psykopati synes mangelfuld uden en beskrivelse af denne del af ætiologien.

Forståelsen af psykopatologi, og i særdeleshed psykopati, er meget komplekst, og det har derfor været nødvendigt at foretage en afgrænsning af antallet af inddragne forståelsesmæssige og behandlingsmæssige tilgange. Jeg har fx valgt at afgrænse mig fra et socialpsykologisk perspektiv. Endvidere har jeg valgt at fokusere på behandlingstilgange, som anvendes på institutioner/hospitalsafdelinger, da det ofte er i denne sammenhæng, individer med psykopati behandles, og jeg finder denne form for behandling spændende.

## 1.5. Forforståelse

På kandidatdelen af psykologistudiet har jeg været i praktik på Universitetsklinikken ved Aalborg Universitet, hvor den primære referenceramme er psykodynamisk. Det vil selvfølgelig indvirke på specialet, at jeg er blevet ”skolet ” i denne tilgang, og de dertilhørende begreber. Jeg gør her opmærksom på dette for at klargøre mit teoretiske ståsted for læseren, og for at undgå at afgrænse mig til denne – om end vigtige – så også potentielt ensidige forståelse af et komplekst emne som psykopati.

## 1.6. Disposition

Nærværende speciale er udformet på baggrund af en teoretisk gennemgang, og er inddelt i seks overordnede kapitler, henholdsvis den indledende del, fænomenbeskrivelse, forståelse, intervention, diskussion og konklusion.

Kapitel 1 ”Indledende del” indeholder henholdsvis indledning, problemformulering, begrebsafklaring og afgrænsning, og nærværende fremgangsmåde og disposition, hvormed formålet er at klargøre opgavens problemfelt.

I Kapitel 2 ”fænomenbeskrivelse” vil psykopatibegrebets historiske udvikling blive beskrevet og forskellige klassifikationssystemer vil blive gennemgået, med henblik på at skabe et overblik over de forskellige definitioner. Endvidere vil jeg komme ind på komorbiditet og prævalens for at belyse hvilke andre psykiske lidelser, der kan indvirke på symptombilledet og give et billede af udbredelsen af psykopati.

I kapitel 3 ”forståelse” gennemgås fire forskellige forståelsesmæssige tilgange. Først en biologisk tilgang, efterfulgt af Skinners radikale behaviorisme og Banduras sociale læringsteori, dernæst følger Kernbergs egopsykologiske objektrelationsteori, og til sidst Bowlbys tilknytningsteori. Disse retninger er valgt med henblik på at give en bred introduktion til årsagerne til forekomsten af psykopati.

I kapitel 4 ”intervention” vil to forskellige behandlingstilgange blive præsenteret. Først dialektisk adfærdsterapi tilpasset en retspsykiatrisk klientgruppe (The CMHIP Forensic Model) og dernæst miljøterapi på dynamisk grundlag. Disse to er valgt med henblik på at præsentere forskellige interventionsmuligheder.

Kapitel 5 ”diskussion” er inddelt i fire overordnede emner: ”sammenhængen mellem forståelse og behandling”, ” strategier til opnåelse af forandring”, ”relationen” og ”forandring?” Hermed kædes forståelserne af psykopati sammen med behandlingstilgangene med henblik på at belyse sammenhængen mellem disse, og således vurdere, hvad der kan være et realistisk mål for forandring.

I kapitel 6 ”konklusion” vil jeg afslutningsvis konkludere på problemformuleringen.

# 2. Fænomenbeskrivelse

## 2.1. Psykopati i et historisk perspektiv

Gennem tiden har der været adskillige betegnelser og forståelser af psykopatibegrebet, hvilket stadig gør sig gældende. Dette medfører, at en historisk gennemgang heraf er ganske omfattende. Grundet de adskillige definitioner, vil der i det følgende afsnit kun blive inddraget de synspunkter og tilgange, som synes mest væsentlige i forhold til den nuværende forståelse.

I slutningen af det 18. århundrede var diskussioner om menneskets frie vilje og moralske lovovertræderes evne til at forstå konsekvensen af egne handlinger fremherskende. Inspireret af disse diskussioner beskrev den franske psykiater Philippe Pinel i 1809 et sygdomsbillede, som han kaldte *”mani uden delirium”*. Ifølge Pinel havde patienten ikke et forstyrret virkelighedsbillede, da det kun var følelseslivet, der var forstyrret. Han mente, at denne tilstand skyldtes enten dårlig opdragelse eller manglende anlæg i personligheden, og formulerede hermed allerede i 1809 de to hovedpositioner for årsagsforklaringerne af psykopati (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 116; Millon et. al., 1998, p. 4). Den amerikanske psykiater Benjamin Rush bekræftede i 1821 Pinels kliniske observationer, og lagde vægt på, at denne lidelse måtte være medfødt ”moralsk fordærvelse”, og skyldes en grundlæggende defekt i den del af hjernen, som styrer de moralske evner. Dette synspunkt indledte den sociale fordømmelse, som til stadighed følger psykopatibegrebet (Dahl & Dalsegg, 1999,p. 116). Han lagde dog samtidig vægt på, at disse forkastelige handlinger måtte ses som udtryk for sygdom, frem for amoral eller ondskab (Pichot, 1978, in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 117). Dette afledte en debat om, hvorvidt psykopater skulle straffes for deres handlinger. Der var forskellige holdninger hertil, men de fleste mente, at psykopater måtte stå til ansvar for deres handlinger, da de intellektuelle evner ikke er påvirket (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 117). Hvilket jo også er tilfældet i retssystemet i dag.

Fra midten af det 19. århundrede, hvor kirken havde stor indflydelse, var degenerationsteorien central til forklaring af sindslidelser. Den franske psykiater Morel var i 1857 den første til at udforme denne teori. Han tog udgangspunkt i den kristne lære om, at mennesket var skabt fuldkomment i Guds billede. Ifølge Morel bevirkede arvesynden og påvirkningen fra den ydre verden, at der skete et forfald, en degeneration, i forhold til det guddommelige udgangspunkt, og mennesket kom derved til at afvige mere og mere fra det guddommelige. På denne måde blev både ydre årsagsfaktorer og indre biologiske faktorer forenet. Med Darwins evolutionsteori fremkom dog et mere dynamisk og videnskabeligt syn på arv og udvikling, hvilket medvirkede til, at degenerationsteorien mistede interesse (Ibid., p. 119).

I slutningen af det 19. århundrede flyttede tyske psykiatere fokus fra de tidligere værdiladede teorier og imod, hvad de kaldte observationel forskning (Millon et. al., 1998, pp. 7-8). Begrebet ”psykopati” blev i 1888 indført af den tyske psykiater Kock. Han anvendte betegnelsen *”Psychopatische Minderwertigkeiten”*, som inkluderede: *”alle psykiske afvigelser, medfødte og erhvervede, som påvirker et menneskes personlighed sådan, at det selv i de mest gunstige tilfælde ikke har normal sjælelig udrustning”* (Koch, in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 120). Den første anvendelse af begrebet psykopati henviser således til en bred gruppe af psykiske afvigelser. Kocks synspunkter blev specielt udbredt i Tyskland. Dette kom til udtryk ved, at de gradvis blev medtaget i Emil Kraeplins lærebog i psykiatri. I den ottende udgave af denne lærebog (1901-15) var psykopater inddelt i syv undergrupper: Det letbevægelige, de ustabile, de impulsive, de forskruede, løgnere og svindlere, de antisociale, og de krakilske. At disse er det kun de tre sidste grupper, som minder om nutidens psykopatibegreb. De antisociale beskrev Kraeplin som følgende:

*”De er samfundsfjender (…) karakteriseret ved manglende moral. De er ofte destruktive og truende…de mangler dybere følelser, og de mangler varme og sympati. De har som oftest været vanskelige i skolen med pjækkeri og rømning. Tidlig tyvagtighed er almindeligt, og de gør sig skyld i forskellige slags forbrydelser”* (Kraeplin, in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 120).

K. Birnbaum (1909) var den første til at foreslå, at *”sociopat”* som en passende betegnelse, idet han anså samfundsforhold som årsag til, at individet ikke udviklede normale former for adfærd og tilpasning. Henderson (1939) tilsluttede sig dette synspunkt. Han beskrev endvidere en form for kreative psykopater, som fx Jeanne d`Arc, hvilket dog skabte splid, da det ansås som værende problematisk, at samfundet fik skylden for disse afvigelser. En følge af denne definition var endvidere, at alle med en kritisk indstilling til samfundet kunne blive stemplet som psykopater og psykisk syge (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 122).

Kurt Schneider udgav i 1923 bogen ”Die psychopatischen Persönlichkeiten”, hvori han lagde vægt på, at det var nødvendigt med en mere værdineutral terminologi for afvigelser i personligheden. Grundlæggende forstod han afvigende personligheder som værende variationer eller afvigelser af et ventet, men ikke nærmere defineret, gennemsnit af personlighedstræk. For at individet kunne kaldes forstyrret, skulle enten individet selv eller samfundet lide under afvigelsen. Schneider anvendte betegnelsen psykopati om alle typer af personlighedsafvigelser. Han delte disse op i ti grupper, der fik stor betydning for inddelingerne i henholdsvis ICD og DSM. Han anså psykopatierne for værende medfødte, hvilket førte til behandlingsmæssig pessimisme (Ibid., p. 121).

Psykoanalysens bidrag til forståelsen af psykopati stod i modsætning til de mere arveligt betonede forståelser. Sigmund Freud (1926) fremhævede betydningen af psykologiske udviklingsfaser hos barnet og påvirkninger fra det omgivende miljø. I hans strukturelle teori blev skyldfølelse knyttet til overjeg´et, og patienter med alvorlig psykopati blev anset for havende et svagt eller manglende overjeg. Det viste sig, at disse klienter ikke var egnede til psykoanalytisk behandling, og den danske psykoanalytiker Vanggaard (1968) foreslog, at de måtte behandles ved brug af vejledning, overtalelse, belønning og straf, og andre pædagogiske virkemidler (Ibid., p. 123). Med hensyn til udviklingen af psykopati, mente Greenacre (1945), at der var fællestræk i familiemønstrene. Faderen var ofte en offentlig kendt og respekteret person, som dog hjemme var streng, fjern, travl og tvangspræget, mens moderen var fuld af foragt for faderens offentlige position, og var ofte selv eftergivende og nydelsessyg. Dette førte til konflikter mellem forældrenes holdninger til autoritet, præstationer og selvstændighed, og endvidere havde begge et behov for at blive bekræftet, også af barnet. Barnet oplever som følge heraf aggression og ambivalens overfor forældrene, og får samtidig ikke integreret forældreholdninger, der medfører et velfungerende overjeg. I tråd med denne beskrivelse, forstod Winnicot (1958) psykopati som værende barnets reaktion på tabsoplevelser. Gennem antisocial adfærd kommunikerer barnet til omgivelserne, at disse skal gøre svigtet godt igen, ved at beskæftige sig med barnet (Dahl & Dalsegg, 1999, pp. 123-124).

I Cleckleys (1941) bog ”the mask of sanity” blev der, som titlen indikerer, lagt vægt på, at psykopater havde en facade, som gav indtryk af, at de fungerer normalt. Ud fra sin kliniske erfaring opsummerede Cleckley endvidere, seksten punkter, som var typiske for psykopatens væremåde[[3]](#footnote-4). Han mente desuden, at psykopaten led af en form for ”semantisk afasi”, og simpelthen ikke forstod meningen af fx ”at holde hvad man lover” (Dahl & Dalsegg, 1999., pp. 125-126).

I dette afsnit er det tydeligt, at der har været mange forskellige beskrivelser af psykopatibegrebet gennem tiden. Disse har haft betydning for hvordan begrebet defineres i dag, hvilket vil blive gennemgået i det følgende.

## 2.2. Klassifikation af psykopati

Når der tales om et så komplekst fænomen som psykopati, er det essentielt at have en overordnet referenceramme, som kan danne grobund for en fælles forståelse om, hvad der er specielt for disse individer.

*”En klassifikation er en form for abstraktion, hvor der lægges vægt på visse egenskaber og ses væk fra andre. Ved enhver klassifikation foretages derfor også en række udeladelser. De egenskaber, som ikke er fælles for klassens medlemmer, lades ude af betragtning, og klassen kan derved komme til at virke mere ensartet, end den er”* (Mortensen, 2001, p. 347).

Ovenstående citat er vigtigt at have in mente i det kliniske arbejde, så klinikeren ikke får et unuanceret billede af patienten ved at fokusere for meget på definitionsmæssige træk, frem for de karakteristika, som er særegne for individet. Ikke desto mindre er det, ifølge Karen Vibeke Mortensen (2001), en nødvendighed at anvende en officiel form for klassifikation, så man ikke risikerer, at anvende en privat og uvidenskabelig form for kategorisering (p. 349). I det følgende vil jeg derfor gennemgå forskellige klassifikationer af psykopati med henblik på at skabe et overblik over de forskellige klassifikationer, og deres betydning for forståelsen af individet med psykopati. Jeg har valgt fem diagnosesystemer som jeg synes bidrager væsentligt til at beskrive det komplekse fænomen, psykopati er. Disse er henholdsvis ICD10, DSMIV, Hares psykopatitjekliste, Psykodynamisk Diagnostisk Manual og Kernbergs strukturelle personlighedsorganisering. Jeg vil i det følgende gennemgå dem i nævnte rækkefølge, og afslutningsvis diskutere deres bidrag til forståelsen af psykopati.

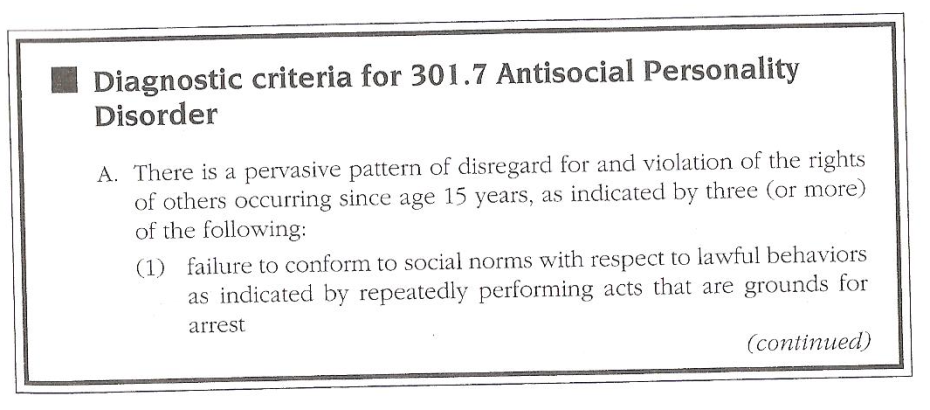
#### 

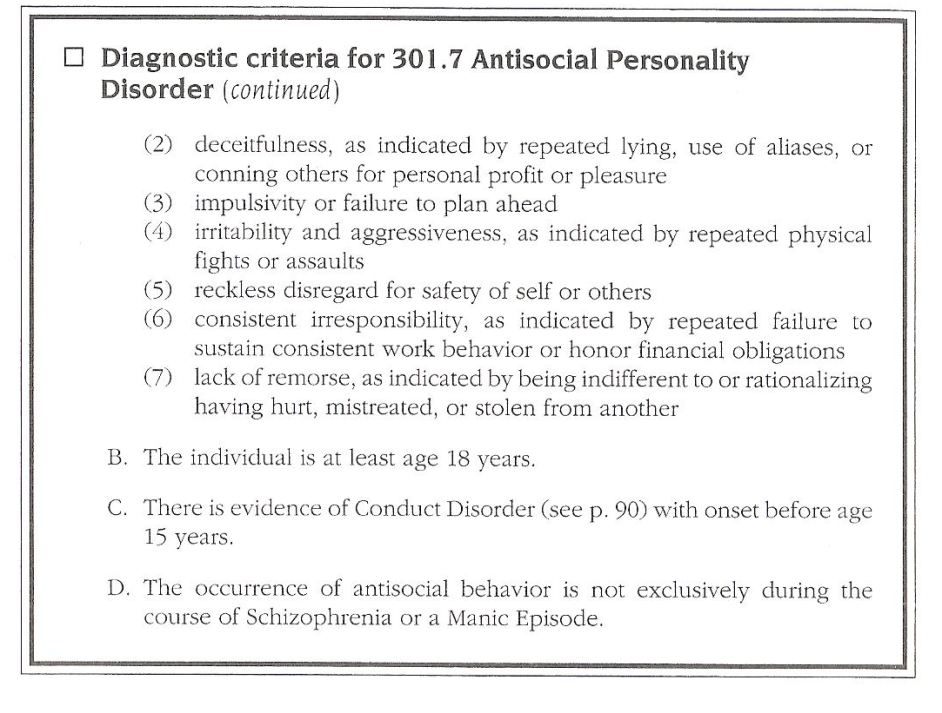
### *2.2.1. ICD 10 & DSMIV*

Når der inden for psykiatrien stilles diagnoser, er det i Danmark ICD10 der anvendes til at træffe kategoriale afgørelser omkring, hvad der er patientens centrale lidelse (Jørgensen, 2009, p. 124). I USA anvendes DSMIV. Dette diagnosesystem er dog også relevant at forholde sig til i det danske behandlingssystem, da en stor del forskning, udføres på grundlag af dette system (Mortensen, 2001, p. 355).

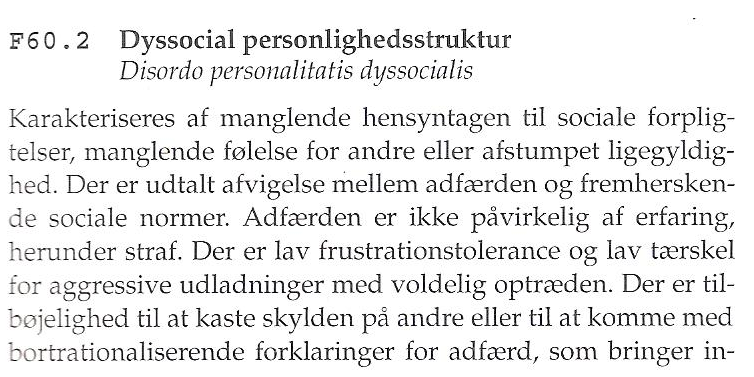
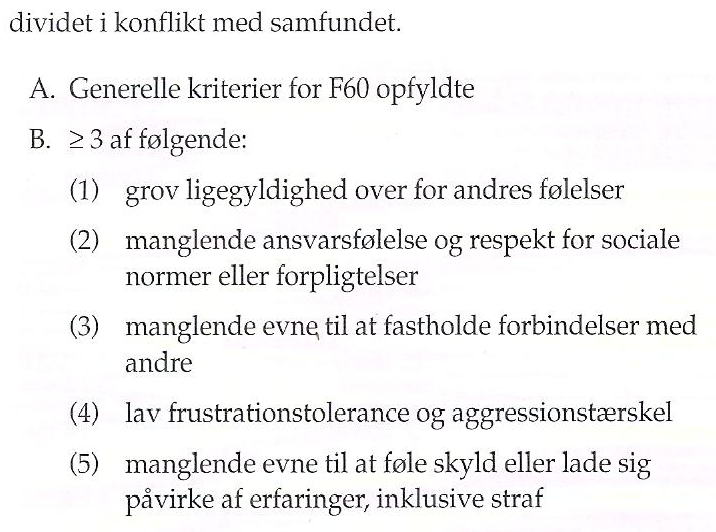
ICD10 og DSMIV ligner hinanden på en del punkter, fx ved at de begge tager udgangspunkt i observerbare træk, og at de bygger på en klassisk medicinsk forståelse. Begge systemer følger det polythetiske princip, hvor et givet antal kriterier, ud af flere mulige, skal opfyldes. Dette medfører, at symptommønstret kan være meget forskelligt fra person til person (Ibid., p. 373). Der er dog også nogle grundlæggende aspekter, som adskiller de to systemer. Der er fx forskellige syn på komorbiditet i de to systemer. Når der diagnosticeres med udgangspunkt i ICD10, vælges den diagnose, som passer bedst til symptombilledet, som hoveddiagnose, og der gives kun en dobbeltdiagnose, når det er meget tydeligt, at der er tale om flere. I DSMIV følges reglerne for hver enkelt diagnose, og alle de, som passer, gives, hvilket medfører hyppige multiple diagnoser. En yderligere forskel er, at der i DSMIV opereres med sociale kriterier, ved en række tilstande. Disse menes i ICD10 derimod at være for kulturafhængige. I relation til antisocial personlighedsforstyrrelse[[4]](#footnote-5) anføres det i DSMIV, at denne er relateret til lav socioøkonomisk status og bydistrikter (Ibid., p. 370; DSMIV, p. 647).

I de to systemer defineres en personlighedsforstyrrelse, henholdsvis som *”Vedvarende og svære forstyrrelser i et individs karakterologiske konstitution og adfærd”* (ICD10, 2007, p. 135, Mortensen, 2001, p. 362), og *”Vedvarende mønster for tænkning, følelsesliv og adfærd, som er relativ stabil over tid”* (DSMVI, 629, Mortensen, 2001, p. 369). Så der er altså enighed om, at der er tale om et vedvarende mønster for både individets karakter og adfærd. I DSMIV skal individet være fyldt 18 år, for at kunne blive diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse, og i ICD10 angives, at betegnelsen personlighedsforstyrrelse først vil være relevant efter det 16. – 17. år (Mortensen, 2006, p. 362; ICD 10,2007, p. 135). Når der tales om henholdsvis antisocial personlighedsforstyrrelse (DSMIV) og dyssocial personlighedsstruktur (ICD10) henvises altså til voksne individer.





( DSMIV, 1994, pp. 649-650)



ICD10, 2007, pp. 137-138)

Umiddelbart ligner de to ovenstående lister hinanden på en del punkter, så som aggressivitet, brud på sociale normer, og ligegyldighed overfor andres henholdsvis følelser (ICD10) og sikkerhed (DSMIV). Der er dog også nogle iøjnefaldende forskelle i de to systemer. I DSMIV er det fx et overordnet krav, at individet har haft en adfærdsforstyrrelse inden det femtende år. Dette er ikke et krav i ICD10, men den overordnede forståelse af en personlighedsforstyrrelse som værende vedvarende og svære forstyrrelser i individets konstitution og adfærd, kan måske, i hvert fald til dels, dække dette kriterium (ICD10, 2007, p. 135). Der synes endvidere at blive lagt større vægt på kriminelle handlinger i DSMIV, hvor flere af kriterierne beskriver dette, fx *”Svig med hensyn til at følge sociale normer for lovlydig adfærd, som har vist sig ved gentagne handlinger, der giver grundlag for arrestation”* (DSMIV, 1994,p. 649; Dahl & Dalsegg, 1996, p. 67). I ICD10 er der ikke umiddelbart kriterier, der direkte beskriver kriminel adfærd. Kriterierne i DSMIV er generelt lidt mere beskrivende end de i ICD10, hvor det kriterium der tilsvarer ovenstående fx i ICD10 lyder *”manglende ansvarsfølelse eller respekt for sociale normer eller forpligtelser”* (ICD10, 2007, p. 138). Dette kriterium kan altså også inkludere kriminel adfærd, uden at dette er beskrevet eksplicit.

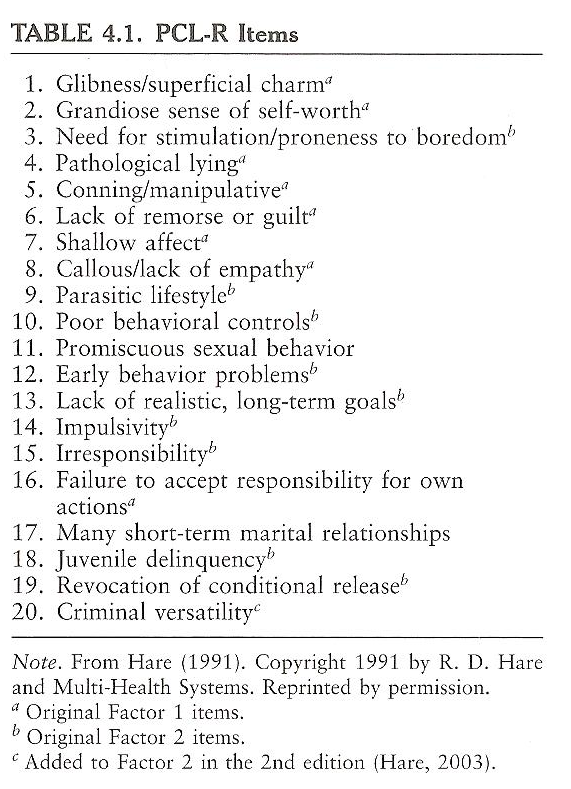
Et iøjnefaldende kriterium i ICD10 er ”*Manglende evne til at føle skyld eller lade sig påvirke af erfaringer, inklusive straf”* (ICD10, 2007, p. 138). Specielt i forhold til behandlingsprognoser er dette et afgørende træk, da behandling i høj grad kompliceres, hvis individet slet ikke kan lade sig påvirke af erfaring. I DSMIV er der ikke på samme måde en så kategorisk beskrivelse af manglende påvirkning af erfaringer og straf, men dette kommer til udtryk ved vægtningen på gentagen kriminalitet. Endvidere er ICD10kriteriet *manglende evne til at opretholde relationer* centralt for beskrivelsen af individets problematikker (Ibid., p. 138). I DSMIV nævnes dette kriterium ikke, men den beskrevne antisociale adfærd må nødvendigvis medføre, at nogle relationer ikke varer ved. I hvert fald ikke de relationer, hvor andre fornemmer, hvad der er på spil, og ikke er interesserede i at være en del af dette.

Et problem ved de kategoriale klassifikationer er, at der bliver lagt op til en enten-eller afgørelse. Der er ingen vægtning af de forskellige kriterier, som kan danne et billede af forstyrrelsens sværhedsgrad. Det kan endvidere anses som en kunstig inddeling, at individet fx skal opfylde tre ud af syv kriterier for at blive diagnosticeret. På den ene side er det godt, at der er en grænse, så individer som ikke er meget forstyrrede, ikke bliver opfattet som sådan. På den anden side kan denne grænse medføre, at der måske ikke i høj nok grad bliver taget højde for de vanskeligheder, som de, der ligger på grænsen, måtte have (Jørgensen, 2009, p. 124). Et klassifikationssystem, som anvender kategorier, men også giver mulighed for at differentiere mellem forskellige grader af psykopati, er Robert Hares psykopatitjekliste. Ud over muligheden for differentiering anvender Hare også flere kriterier, til beskrivelsen af psykopati, og udvider derved begrebets betydning i forhold til ICD10 og DSMIV.

### 

### 2.2.2. Hares psykopatitjekliste

Med udgangspunkt i Cleckleys hovedtræk for psykopati[[5]](#footnote-6), har Hare udviklet nedenstående psykopatitjekliste. Listen består af 20 kriterier, som kendetegner psykopati (Vien & Beech, 2006, p. 160; Hare & Neumann, 2006, p. 63). Her ses den reviderede udgave, PCL-R[[6]](#footnote-7), fra 1991.



(Hare & Neumann, 2006, p. 63)

En diagnose ud fra PCL-R gives på baggrund af semistrukturerede interviews, information fra personens filer, og specifikke scoringskriterier. Hvis et træk sikkert er til stede, gives to point, hvis trækket sandsynligvis er til stede gives et point, og hvis det ikke er til stede gives nul point. Den maksimale scoring, der kan opnås, er altså 40 point. Grænsen for psykopati er 30 point eller højere, hvilket bevirker, at individet skal opfylde en stor del af diagnosekriterierne for at få diagnosen. At anvende denne liste kræver træning i og viden om scoringskriterierne og også viden om psykopati generelt (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 790; Hare & Neumann, 2006, p. 58).

Overordnet set består PCL-R af to faktorer, faktor 1 og faktor 2[[7]](#footnote-8). Faktor 1 består af otte kriterier, der repræsenterer mellemmenneskelige og følelsesmæssige forhold. Den fokuserer på en egoistisk, hensynsløs og angerfri måde at udbytte andre på, som svarer til det oprindelige syn på psykopati. Faktor 1 dækker endvidere selvoptagethed, storhedsfølelse og mangel på empati - faktorer som forbindes med narcissistisk personlighedsforstyrrelse. Faktor 2 måler en kronisk ustabil og antisocial livsstil præget af impulsivitet og ansvarsløshed, og et stort behov for nye oplevelser, som ofte medfører kriminel adfærd. Ingen af de to faktorer kan alene opfylde en psykopatidiagnose, da disse faktorer isoleret kun kan opnå henholdsvis seksten og atten point (Dahl & Dalsegg, 1999, pp. 84-85, Hare & Neumann, p. 61;).

PCL-R indeholder altså to dimensioner, der måler to forskellige, men sammenhængende dele af psykopati. Sammenlignes kriterierne i PCL-R med kriterierne i ICD10 og DSMIV er det tydeligt, at der er sammenfald blandt kriterierne. Det er dog værd at bemærke, at de kriterier, der er sammenlignelige, hovedsageligt er kriterier fra faktor 2, som fx impulsivitet og uansvarlighed (Dahl & Dalsegg, 1999, pp. 70, 84-86; Hare & Neumann, p. 61). PCL-R synes altså at have en ekstra dimension i forhold til ICD10 og DSMIV. En faktor 1 kriterium som er værd at bemærke, er fx glathed/overfladisk charme, som jo beskriver en væsentlig del af et individets personlighed. Overfladisk charme kan fx tænkes at være en væsentlig egenskab i forbindelse med manipulation.

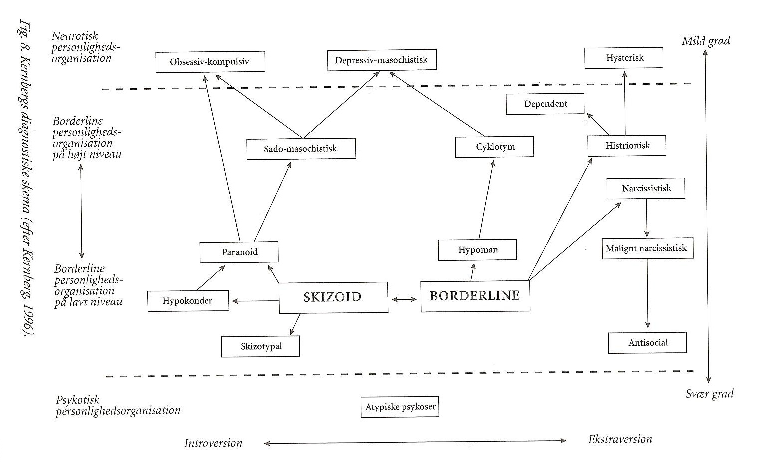
I en undersøgelse af Hare & Neumann (2006) fandtes det i en gruppe af retspsykiatriske klienter, at prævalensen af antisocial personlighedsforstyrrelse diagnosticeret ud fra DSMIV var to eller tre gange højere end prævalensen af psykopati målt ud fra PCL-R. De fleste retspsykiatriske klienter diagnosticeret med psykopati opfylder altså kriterierne for antisocial personlighedsforstyrrelse, hvor det modsatte ikke altid er tilfældet (Hare & Neumann, 2006, p. 61). Alligevel anføres det i DSMIV, at antisocial personlighedsforstyrrelse også kan refereres til som psykopati, hvilket kan være med til at fremme diagnostisk usikkerhed (Rogers, Salekin, Sewell & Cruise, 2000, in Hare & Neumann, 2006, p. 61). I denne forbindelse er det bemærkelsesværdigt, at den ellers anvendte grænse på 30 point i PCL-R i flere undersøgelser sættes ned til fx 25 eller 27 point (Harris et.al. in Wøbbe, 2007, 223; Hervé, 1994, p. 50). Denne skala anvendes altså forskningsmæssigt på en måde, så flere bliver diagnosticeret med psykopati. Dette medfører, at resultaterne måske i højere grad kan sammenlignes med ICD10 og DSMIV diagnosekriterierne, da det ikke er nødvendigt at opfylde så mange faktor1 kriterier.

ICD10, DSMIV og PCL-R fokuserer alle på observerbare træk, hvoraf et givent antal skal opfyldes. Udover disse observerbare træk, tilføjer Otto Kernberg i sin strukturelle personlighedsorganisering også perspektiver på individets indre liv, og tilføjer derved en ekstra dimension.

### *2.2.3. Kernbergs strukturelle personlighedsorganisering*

### 

Kernberg (1982) tager i din diagnostiske model udgangspunkt i den kategoriale inddeling i DSMIV. Han fjerner og tilføjer dog også nogle kategorier. I forbindelse med dette speciale, er tilføjelsen af *malign narcissist* interessant, da Kernberg med tilføjelsen af denne nuancerer feltet mellem narcissistisk personlighedsforstyrrelse, og antisocial personlighedsforstyrrelse, da malign narcissist er en kombination af disse[[8]](#footnote-9). Baseret på Kernbergs model (1998) præsenterer Gabbard (2005) følgende gradsopdeling i det antisociale spektrum: *”Antisocial adfærd som del af en symptomatisk neurose, neurotisk personlighedsforstyrrelse med antisociale træk, antisocial adfærd ved andre personlighedsforstyrrelser, narcissistisk personlighedsforstyrrelse med antisocial adfærd, malignt narcissist syndrom, antisocial personlighedsforstyrrelse/ psykopati* ”(Gabbard, 2005, p. 523). I denne opgave er det primært sidstnævnte, jeg ønsker at beskæftige mig med, men denne gradsinddeling synes essentiel at have in mente, da den retter fokus mod, at der kan være tale om forskellige grader af antisocial adfærd.



(Mortensen, 2001, p. 395)

Med udgangspunkt i sin egen udviklingsteori[[9]](#footnote-10) skelner Kernberg endvidere overordnet mellem hovedkategorierne: neurotisk, borderline og psykotisk. Han karakteriserer disse niveauer ud fra 1) identitetsintegration/identitetsdifussion, samt overordnet kvalitet af objektrelationer 2) anvendelse af primitive/modne forsvarsmekanismer og 3) tilstedeværelse eller fravær af realitetstestning (Kernberg, 1981, p. 169; Mortensen, 2001, p. 393). Disse hovedkategorier udgør den ene akse i modellen[[10]](#footnote-11). På den anden akse findes introversion/ ekstraversion[[11]](#footnote-12). ”Antisocial” er placeret lige over grænsen til psykotisk personlighedsorganisation, i den såkaldte borderline personlighedsorganisation på lavt niveau. Denne er karakteriseret ved identitetsdiffusion, og ringe kvalitet af objektrelationer, anvendelse af primitive forsvarsmekanismer, men dog tilstedeværelse af realitetstestning. Antisocial er endvidere placeret længst ude på aksen for ekstraversion. Denne placering medfører et syn på individet med psykopati, som også fokuseres på individets besværligheder. Det tydeliggøres, at der er tale om såkaldt mangelpatologi, hvor individets personlighedsstruktur er mangelfuldt udviklet (Killingmo, 1989, p. 65). Dette kan potentielt medføre et mindre stigmatiserende syn på individet med psykopati.

Indtil videre er der altså ikke nogen af de beskrevne klassifikationssystemer, der som sådan beskæftiger sig med årsagerne til psykopati, hvilket kan synes mangelfuldt. Jeg vil derfor afslutningsvis i dette klassifikationsafsnit inddrage psychodynamic disgnostical manual, som bidrager ved netop også at have fokus på dette. Denne tilgang tilføjer endvidere nogle nye faktorer, og fokuserer også i højere grad på individets indre følelsesliv.

### *2.2.4.Psychodynamic Diagnostical manual*

En gruppe af amerikanske psykoanalytisk orienterede psykologer opfatter det som problematisk, at forsøget på at skabe en passende empirisk basis for diagnoser og behandling medfører et fokus på simplificerede symptomgrupper. De forholder sig desuden kritisk til de unaturlige afgrænsninger indenfor og mellem kategorierne, som denne form for klassifikation kan medføre. En gruppe bestående af The American Psychoanalytic Association, the Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, the American Academy of Psychoanalysis, og the National Membership Commitee on Psychoanalysis in Clinical Social Work har derfor udviklet *the Psychodynamic Diagnostical Manual[[12]](#footnote-13).* Denne diagnostiske ramme ønsker, at komplementere DSM og ICD ved at eksplicitere den brede ramme for mental funktion. PDM har til formål at karakterisere individets fulde funktionsniveau, såvel i dybden som på overfladen, med fokus på henholdsvis emotionelle, kognitive og sociale områder. PDM er baseret på nuværende neurovidenskab, behandlingsresultater og andre empiriske undersøgelser. PDM er inddelt i tre akser P, M og S, som repræsenterer henholdsvis personlighedstræk og forstyrrelser, den mentale funktion og manifeste symptomer og bekymringer (PDM, 2006, pp. 1-8).

I PDM anvendes ikke kategoriske træk som sådan, men der gives en uddybende beskrivelse på et par sider. I denne klassifikation foretrækkes termen *Psykopatiske (antisociale) personlighedsforstyrrelser.*  Denne anvendes, da der i PDM lægges vægt på, at det ikke er alle antisociale, der kommer i konflikt med ”systemet”. Nogle kan agere i overensstemmelse med sociale normer, og endda opnå social anerkendelse (PDM, 2006, p. 36). Kernbergs placering af individet i en borderlineorganisering anvendes også i PDM (Gacano & Meloy, 1994, in PDM, 2006, p. 36). Individet udtrykker endvidere magt, for magtens skyld, går mere op i selv-definition end relationer og nyder at manipulere med andre. Rent neurofysiologisk føler individet mindre angst end andre, og har en højere grænse for stimulation, og søger det derfor aktivt. Vedkommende kan være charmerende og endda karismatisk, og være god til nøjagtigt at aflæse andres emotionelle stadie og i den forbindelse også være hyperopmærksom overfor omgivelserne. Personen med psykopati kan dog ikke mærke og beskrive egne følelser, og når følelser udtrykkes, så er disse ofte uoprigtige, og intentionen er at manipulere. Følelser bliver ikke beskrevet nuanceret, og somatisering forekommer ofte. Indifferens overfor andres følelser og behov kan fx skyldes tilknytningsforstyrrelser, omsorgssvigt, misbrug, afhængighed, og/ eller kaotiske forhold i hjemmet (PDM, 2006, pp. 36-37). Individet med psykopati tænker typisk om sig selv, at vedkommende kan få alt til at ske. Andre mennesker opfattes som selvcentrede, manipulerende og uærlige. Individet forsvarer sig selv ved at forsøge at opnå omnipotent kontrol. Centrale følelser for individet er vrede og misundelse.

I PDM skelnes der, med udgangspunkt i Hendersons inddeling (1939), mellem to typer af individer med psykopati. Disse typer er henholdsvis en der *aggressiv* og en der er *passiv/parasitisk*. Den aggressive type er karakteriseret ved at være eksplosiv og voldelig. Den passive/parasitiske er ikke så aggressiv og voldelig, men er karakteriseret ved at være afhængig og manipulerende (Ibid.). Ved at anvende denne opdeling tydeliggøres det lige præcis, at det ikke er alle individer med psykopati, der kommer i konflikt med systemet.

Efter at have gennemgået de forskellige klassifikationer er det klart, at der er flere forskellige måder at beskrive psykopati på, som lægger vært på forskellige karakteristika. Dette viser, at det er et komplekst felt, og som det også nævnes i PDM, så kan det være problematisk at anvende præcise grænser for, hvornår der er tale om psykopati. I det følgende vil jeg belyse hvilke andre symptomer, der ofte forekommer samtidig med psykopati, da disse er vigtige at være opmærksomme på, både i forhold til forståelse og behandling.

## 2.3. Komorbiditet

Kendetegn på psykopati kan forekomme ved psykoser som mani, skizofreni, demens og paranoide psykoser, og i DSMIV lægges der vægt på, at for at stille diagnosen antisocial personlighedsforstyrrelse, skal de antisociale træk ikke kun optræde i forbindelse med skizofreni eller en manisk enkeltepisode (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 93, DSMIV, 1994, p. 649).

Der er ofte sammenhæng mellem psykopati og andre personlighedsforstyrrelser. I DSMVI nævnes specielt narcissistisk personlighedsforstyrrelse, histrionisk personlighedsforstyrrelse, borderline personlighedsforstyrrelse, og paranoid personlighedsforstyrrelse (DSMVI, p. 649). Specielt sammenhængen med narcissistisk personlighedsforstyrrelse er tydeligt ved faktorinddelingen i PCL-R[[13]](#footnote-14). Det er endvidere interessant, at borderline personlighedsforstyrrelse, kan anses som værende det kvindelige modstykke til psykopati, da disse to diagnoser har en fælles base i impulsive personlighedstræk, men de adfærdsmæssige forskelle synes at være formet af kønnet (Paris, 1997, p. 237).

Ud over komorbiditet med andre personlighedsforstyrrelser, er der ved psykopati også en øget sandsynlighed for affektive lidelser, som depression og angst. I en ECA[[14]](#footnote-15) undersøgelse, fandtes depressions og angsttilstande to til tre gange oftere hos psykopater end ved andre udvalgte lidelser (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 181).

Psykopati forbindes endvidere med misbrugsrelaterede forstyrrelser, hvor den procentvise sammenhæng med antisocial personlighedsforstyrrelse ligger på omkring 80 % (Moran, 1999, in Taylor & Lang, 2006, p. 496; Regier et. al., 1991, in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 185). Her er det væsentligt at pointere, at nogle antisociale handlinger kan være en konsekvens af misbrug, og personlighedsfortyrrelser bør ikke diagnosticeres på baggrund af adfærd, der finder sted i forbindelse med forgiftning, afvænning, eller aktiviteter, som udføres for at opretholde misbruget (DSMVI, pp. 632, 648-649). Vigtigheden af at fokusere på denne sammenhæng understreges af William H. Reid (1981), der skelner mellem fire forskellige typer match mellem, sociopati og alkoholisme. Disse beskriver et spektrum, hvor sociopati i den ene ende er det overvejende træk, og alkoholisme er dette i den anden. De fire typer benævnes ”The drinking sociopath”, som har impulsive og destruktive drikkeepisoder, som vedkommende føler kræver behandling, ”The alcoholic sociopath”, som er karakteriseret ved, at antisociale træk er til stede før misbruget, som enten starter tidligt eller sent i livet, og kriminelle aktiviteter ofte er forbundet med misbruget, “The sociopathic alcoholic”, hvor der ikke er en typisk forhistorie med antisociale træk, og “The primary alcoholic”, som er kendetegnet ved, at det er misbruget, som er det primære, hvilket så kan medføre antisociale træk (Reid, 1981, pp. 188-190).

Der er således mange måder at beskrive psykopati på, og desuden ofte komorbiditet med både affektive lidelser og alkoholmisbrug. I det følgende vil det fremgå hvor udbredt denne forstyrrelse er.

## 2.4. Epidemiologi

Det er svært at få et overblik over, hvor udbredt psykopati er, idet forskning af forekomsten er vanskelig af flere årsager. Et hovedproblem er, at definitionen og klassifikationen af psykopati varierer i forskellige undersøgelser, hvilket besværliggør sammenligning. Et andet problematisk aspekt ved prævalensundersøgelser er, at en typisk undersøgelse har en svarprocent på omkring 50%, og det er ikke muligt at finde ud af, hvem der henholdsvis responderer og ikke responderer på en forespørgsel om at deltage i en prævalensundersøgelse. Der er således risiko for systematisk overdiagnosticering eller underdiagnosticering. Hertil kommer, at en del undersøgelser anvender selvrapporteringsskemaer, hvilket ifølge Jørgensen (2009) er en upålidelig metode til at diagnosticere personlighedsforstyrrelser, da disse stiller store krav til den enkeltes selviagttagelse og selvindsigt, som jo netop er svækket ved personlighedsforstyrrede. En faldgrube er endvidere, at personligheden varierer ved forekomsten af akse 1 tilstande, som fx angst, depression og misbrug. Individet kan her fremstå, som havende en personlighedsforstyrrelse, uden at dette er tilfældet. Specielt de lettere personlighedsforstyrrelsestilstande opleves ydermere som jeg-syntone, hvilket bevirker, at personen ikke selv oplever problemer med at være forstyrret (Jørgensen, 2009, pp. 141-142).

I USA er der udført to større prævalensundersøgelser, som tager udgangspunkt i antisocial personlighedsforstyrrelse i DSMIIIR. Livstidsprævalensen i disse undersøgelser er henholdsvis 2,4% (Robins & Regier, 1991, in Paris, 1998 p. 280) og 3,5% (Kessler et. al 1994 in Paris, 1998 p. 280). I førstnævnte undersøgelse er der over fem gange flere mænd 4,5%, end kvinder 0,8%, der udvikler psykopati. Det var endvidere aldersgrupperne 18-29 år og 30-44 år, der havde den højeste prævalens, hvorefter prævalensen er faldende, hvilket bekræfter, at lidelsen fader ud med alderen (Robins & Regier, 1991, in Dahl & Dalsegg, 1999, pp. 130-131).

Ifølge Jørgensen (2009) er der ikke udført prævalensundersøgelser af personlighedsforstyrrelser i hele befolkningen i Danmark (p. 145). De danske statistikker bygger på antallet af individer, som er behandlet i psykiatrien. Specielt i forhold til individer med psykopati må denne form for statistik forventes at medføre underdiagnosticering, da denne gruppe ikke selv opsøger behandling (Jørgensen, 2009, p. 145; Wøbbe, 2007, p. 225). Flere steder i litteraturen argumenteres der for, at denne forstyrrelse synes at forekomme i højere grad i industrialiserede lande. Det vides dog ikke, om dette er en følge af et større fokus på diagnosticering eller en følge af, at nogle narcissistiske træk opfattes som værende positive i industrialiserede lande (Cooke, 1998, p. 270).

Psykopati bliver opfattet som havende en genetisk disposition, og undersøgelser viser, at der er en klar ”ophobning af psykopati inden for familier”. Dette kan skyldes både arvemæssige årsager og sociale årsager (Dinwiddie, 1994; Lykken, 1995, in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 140). Tvillingeundersøgelser viser en højere prævalens hos enæggede tvillinger end hos tveæggede. Overensstemmelsen er dog ikke overvældende, hvilket betyder, at miljøfaktorer også må have en væsentlig betydning (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 140). Ved bortadoptionsstudier af tidligt bortadopterede børn synes der endvidere at være en sammenhæng mellem, om de biologiske forældre har psykopati, og om barnet udvikler antisociale træk (Cadoret et. al. in Dahl & Dalsegg, 1999, pp. 140-141). De eksakte tal for disse sammenhænge varierer dog i forskellige studier (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 141).

## 

## 2.5. Diskussion af fænomenbeskrivelse

Ud fra ovenstående fænomenbeskrivelse, er det tydeligt, at der eksisterer mange forskellige klassifikationer og termer for psykopati, hvilket har ændret sig igennem historien, og til stadighed ændres, fx ved udgivelser som PDM, og reviderede udgivelser af henholdsvis ICD og DSM systemerne. At de forskellige termer ofte sidestilles medfører dog en del begrebsforvirring.

I de kategoriale klassifikationer ICD 10, DSMVI og PCL-R, synes der at være flere træk, som går igen, men også nogle træk som adskiller sig fra hinanden. De tre systemer ligner hinanden på tre overordnede fællestræk: gentagne asociale handlinger, aggressiv og voldelig adfærd, samt mangel på anger eller skyldfølelse (Dahl & Dalsegg 1999, in Wøbbe, 2007, p. 221). De adskiller sig ved, at der fx i DSM og PCL-R er større vægt på kriminelle handlinger. I denne forbindelse er synet på kriminelle handlinger jo også forskelligt i forskellige kulturer, og for at anvende disse som kriterium kræves, at handlingerne er blevet opdaget af andre. Endvidere lægges der i PDM vægt på, at individet ikke behøver at være i konflikt med loven, men ligefrem kan opnå anerkendelse på baggrund af den antisociale adfærd.

Der er nogle klassiske psykopatiske træk, der er med i Hares psykopatiskals, men som ikke nævnes i DSMVI og ICD10. Som nævnt, er disse er beskrevet i faktor 1, som selvoptagethed, storhedsfølelse og mangel på empati, og viser en klar sammenhæng med narcissistisk personlighedsforstyrrelse. Det er væsentligt for definitionen af psykopati, om disse medtages eller ej, da antallet af diagnosticerede, ifølge Hare & Neumanns undersøgelse (2006) kan blive to eller tre gange højere (p. 61). Det skal dog understreges, at denne undersøgelse er udført i en retspsykiatrisk population, hvor individerne jo netop befinder sig, fordi de har udført kriminelle handlinger, som jo er specielt fokus i DSMVI kategorierne. Ikke desto mindre må Hares psykopatitjekliste siges at være mere specifik med kravet om de 30 point for at tildele diagnosen psykopati, som jo så også sommetider sættes ned (Harris et.al. in Wøbbe, 2007, 223; Hervé, 1994, p. 50).

I denne forbindelse er en overordnet diskussion sværhedsgraden af psykopati – hvor forstyrret skal individet være, før man kan tale om psykopati? Og er det meningsgivende, som Kernberg foreslår, at tildele forskellige navne som antisocial og malign narcissist til de forskellige grader? Meloy har fx foreslået en graduering af Hares psykopatiskala, mild psykopati 10-19, moderat psykopati 20-29 og alvorlig psykopati 30-40, dette er dog ikke en officiel graduering (Meloy, 1988, in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 101). Det kan i nogen henseende være en fordel at gradsinddele, fx i forbindelse med sikkerhedsforanstaltninger. Hvis de forskellige grader kan være defineret ud fra forskellige symptomer, det er tilfældet med Hares psykopatiskals, så kan det måske også med til at skabe unødig forvirring. Hvis der er væsensforskellige karakteristika, synes det dog at give mening. Dog må en afgrænsning på lige præcis 30 point i alle henseende opfattes som være en til dels kunstig afgrænsning for at tale om, om en person er ”psykopat” eller ej, for hvad er personen med 29 point så?

Endvidere er det interessant, at det kun er i PDM, at evnen til at aflæse andre bliver betonet, da dette må siges at være en ikke uvæsentlig evne. Det kan måske også være en forudsætning for at manipulere med andre, at kunne aflæse dem. Hvor dette kan ses som en styrke, er det kun i forbindelse med Kernbergs skala og PDM at der er fokus på borderlineorganisation, som må siges at give individet besværligheder ved fx identitetsdiffusion, og derved lægger vægt på at det er nogle fundamentale færdigheder som disse individer ikke har udviklet.

Hyppig komorbiditet med andre personlighedsfortyrrelser, akse et tilstande; som depression, angst og endvidere misbrug gør, at det kan overvejes om, der kan tale om en ”ren” psykopat – altså en der bare opfylder disse kriterier, og hvor andre faktorer ikke er en væsentlig del af symptombilledet. Det er sandsynligvis sjældent tilfældet – men klassifikationen af psykopati danner grundlag for, at kunne tale om de andre symptomer som faktorer også, og kan derfor være meningsgivende. De andre faktorer er selvfølgelig også særdeles vigtige i behandlingen, og man må have et vågent øje for disse.

Klassifikationssystemerne beskriver altså hvilke karakteristika der er typiske for individet med psykopati, men det er kun PDM der kort nævner årsagerne. For rigtig at forstå disse mennesker er det altså essentielt at belyse årsagerne til udviklingen af denne lidelse. Som Salekin siger, så er disse forståelser essentielle for at kunne behandle individet med psykopati. Jeg vil derfor gennemgå forskellige forståelser af udviklingen af psykopati i det følgende afsnit.

# 3. Forståelse

Der findes mange forskellige tilgange til forståelsen af psykopati, og ifølge Sloan (1997) er det eneste, der er enighed om, at udviklingen af psykopati afhænger af både udviklingsmæssige faktorer, individuelle forskelle og mentalt helbred (in Vien & Beech, 2006, p. 155). I det følgende afsnit vil jeg præsentere det biologiske grundlag for psykopati, efterfulgt af Skinners radikale behaviorisme og Banduras sociale indlæringsteori, dernæst følger Kernbergs egopsykologiske objektrelationelle teori, og afslutningsvis Bowlbys tilknytningsteori. Efter hvert teoriafsnit følger en diskussion, hvor det belyses hvordan psykopati kan forstås ifølge tilgangen, og hvilke aspekter af psykopati tilgangen ikke kan forklare.

## 3.1. Det biologiske grundlag for psykopati

Psykopati er en af de psykiske lidelser, hvor der har været størst fokus på at undersøge det neurale grundlag, og disse undersøgelser startede allerede for over 150 år siden (Gao et. al., 2009, p. 1). Det er dog et generelt problem, at fx biokemiske undersøgelser ofte udføres efter, at diagnosen psykopati er stillet, da det umuliggør undersøgelse af, om ændringerne er årsagen til, eller en følge af psykopati (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 158). Ikke desto mindre synes neurale ændringer i hjernen at spille en væsentlig rolle for udviklingen af psykopati, og årsagsforståelsen af denne. Heriblandt er særligt strukturelle ændringer i hjernen, påvirkninger fra neurotransmittere og hormoner essentielle, hvorfor den gennemgås i det følgende. Dette vil grundet opgavens fokus være på et forholdsvis overordnet plan.

### 

### *3.1.1.Strukturelle ændringer*

Søgningen efter den neurale basis for psykopati startede, da jernbanearbejderen Phineas Gage i 1848 blev alvorligt skadet i det præfrontale cortex, og som følge heraf udviklede psykopatiske træk (Gao et. al., 2009, p. 813; Raine & Yang, 2006, p. 278). Præfrontale deficits synes at medvirke til dårlig beslutningstagen, emotionel dysregulering og svækket moralsk dømmekraft hos mennesker med psykopati. Der er også fundet strukturelle ændringer i hjernen i områder ud over det prefrontale cortex, som fx amygdala, hippocampus og corpus callosum, som alle menes, at have forbindelse til de emotionelle deficits hos mennesker med psykopati (Gao et. al., 2009, p. 814). Undersøgelser viser fx, at der ved mennesker med psykopati er mindre aktivitet i amygdala, når der skal tages stilling til emotionelle moralske dilemmaer (Gao et. al., 2009, p. 814; Glenn, Raine & Schug, 2009, pp. 5-6). Det skal dog understreges, at deficit i et enkelt område af hjernen ikke alene kan resultere i psykopati (Gao et. al., 2009, p. 815; Vien & Beech, 2006, p. 159).

I tråd med ovenstående fokus på det prefrontale cortex har Hare (1970) udviklet den såkaldte ”low-arousal teori”. Han foreslår heri, at individet med psykopati har et patologisk lavt niveau af autonomisk og kortikal arousal sammenlignet med ikke-psykopatiske individer. Organismen vil dog altid forsøge at opretholde et optimalt niveau for arousal, hvorfor individet med psykopati vil være i en kronisk tilstand af stimulations- og sensationssøgen (Vien & Beech, 2006, p. 157; Hare, 1972, p. 85). Dette kan være en forklaring på, at individer med psykopati anvender stoffer, som øger den kortikale arousal. Hill (1947) fandt fx, at amfetamin fremkalder en tidsbegrænset bedring i aggressive individer med psykopatis adfærd. Alkohol, som modsat er en kortikal hæmmer, fremmer, ifølge Cleckley (1964), selv i små mængder antisocial adfærd (Hare, 1972, p. 96).

I tråd med Cleckleys (1941) forslag om, at individet med psykopati lider af en form for semantisk afasi[[15]](#footnote-16), er der udført adskillige undersøgelser vedrørende psykopaters sproglige evner. Resultaterne heraf peger på, at individet med psykopati har færre venstre hemisfære ressourcer tilgængelige for kompleks sprogbearbejdning (Gao et.al., 2009, p. 816). Der synes desuden, mere generelt, at være bevis for at foreslå, at dårlig interhemisfærisk integration og lateraliseringsdeficit har en betydning for psykopati (Vien & Beech, 2006, p. 159).

Neuroudviklingsmæssigt er der forskel på, hvor tidligt i livet den strukturelle ændring i hjernen erhverves, da psykopatiske træk synes at blive mere udtalte, jo tidligere de strukturelle ændringer erhverves (Anderson et. al., 1999, in Gao et. al., 2009, p. 816).

### *3.1.2.Neurotransmittere og hormoner*

Neurotransmittere er signalstoffer i hjernen, og niveauet af disse har forbindelse til forskellige psykiske lidelser, heriblandt også psykopati. Neurotransmitteren serotonin har betydning for individets kontrol af seksuel adfærd, aggression, angst, temperatur, madindtag, læring, smerte og humør. Specielt interessant i forhold til psykopati er betydningen af serotoninniveauet ved aggressivitet. Et lavt niveau af serotonin medfører øget aggressivitet, hvor et højt niveau hæmmer aggressivitet. Det samme har vist sig i forhold til seksualitet i forsøg med rotter, hvor et lavt serotoninniveau øger den seksuelle adfærd (Hallman & Oreland, 1989, p. 53). Ud over serotonin menes neurotransmitterne dopamin og noradrenalin også at have en betydning for psykopati, men denne sammenhæng er mere uklar (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 158).

Indenfor det hormonelle område, bliver steroidhormonerne testosteron og kortisol ofte forbundet med aggressivitet, og undersøgelser viser, at et henholdsvis højt testosteronniveau og et lavt kortisolniveau medfører aggressiv adfærd (Terberg, Morgan & Holk, 2009, p. 216). Begge disse hormoner binder til steroid-responsive centre i amygdala der, som tidligere nævnt, er involveret i emotionel bearbejdning (LeDoux, 2000, in Terberg, Morgan & Holk, 2009, p. 217). I forbindelse med ovenstående skal det nævnes, at det er en oversimplifikation at isolere enkelte neurotransmittere og hormoner, fra resten af systemet i hjernen. Det isolerede billede kan dog bidrage til en del af forståelsen (Hallman & Oreland, 1989, p. 53).

### 

### *3.1.3. Psykopati ifølge det biologiske grundlag*

Den neurologiske forståelse repræsenterer en medicinsk tilgang, der beskriver de biologiske processer ved psykopati. Fænomenet psykopati kan aflæses i hjernens struktur, primært i det prefrontale cortex og i amygdala, hvor der er reduceret aktivitet ved moralsk beslutningstagen. Ændringer i denne del af hjernen synes altså at være en af de væsentligste indikatorer på psykopati, da det netop er den manglende moral i beslutningstagning, der adskiller disse individer fra andre.

Den aggressive adfærd kan sættes i forbindelse med et øget niveau af hormonet testosteron og et reduceret niveau af hormonet kortisol, og desuden et højt niveau af neurotransmitteren serotonin. Dette forklarer dog ikke i sig selv, hvorfor individet fx ikke føler skyld i forbindelse med de aggressive handlinger, og heller ikke hvorfor denne aggressivitet fx udleves i forbindelse med kriminalitet. Et højt testosteronniveau kan ligeså vel medføre, at individet bliver en dygtig bokser. Ligeledes kan Hares teori om lav arousal forklare den impulsivitet, som er et kendetegn ved psykopati, men kan ikke i sig selv forklare hvorfor denne impulsivitet bliver udlevet på en uhensigtsmæssig måde. Kædes ovenstående faktorer sammen, begynder der dog at tegne sig et billede af, hvordan man rent biologisk kan forstå fx kriminel adfærd.

Den biologiske forståelse kan altså forklare både mangel på moral, impulsivitet og aggression. Forklaringen af individet med psykopatis manglende evne til at opretholde relationer, kan dog ikke fuldt ud forklares, med mindre det opfattes som værende en følge af de nævnte faktorer. Som det bliver pointeret i starten af afsnittet, er en faldgrube netop, at undersøgelser først udføres efter at diagnosen psykopati er stillet. En forståelse kun baseret på denne tilgang kan derfor hævdes at være reduktionistisk, idet den ikke tager højde for miljøpåvirkninger. I det følgende vil jeg derfor inddrage Skinners radikale behaviorisme, og Banduras social-kognitive teori, også kaldet social indlæringsteori[[16]](#footnote-17), som netop belyser hvordan miljøpåvirkninger kan resultere i antisocial adfærd.

## 

## 3.2. Skinners Radikale behaviorisme og Banduras sociale indlæringsteori

I dette afsnit introduceres først det teoretiske grundlag for behaviorismen og den sociale indlæringsteori. Dernæst følger en gennemgang af Skinners radikale behaviorisme. Banduras sociale indlæringsteori, der bygger videre på Skinners teori, beskrives afslutningsvist.

### *3.2.1. Teorigrundlag*

John B. Watson formulerede i 1913 behaviorismen, og anses som dennes grundlægger (Nielsen, 2007, p. 215). Watson var kritisk overfor psykologiens fokus på indre tilstande og mente, at psykologien burde afvise alle referencer til bevidstheden. Indre mentale forestillinger og emotioner blev således i behaviorismen betragtet som biprodukter af adfærd, hvormed behaviorismen brød med den psykoanalytiske tankegang. Psykologien burde ifølge Watson opfattes som en rent objektiv, eksperimentel gren af naturvidenskaben (Watson, 1913, in Nielsen, 2007, p. 216).

Behaviorismens filosofiske grundlag baserer sig blandt andet på den britiske empirisme. Ifølge empirismen tillæres menneskelig adfærd gennem associationer, og en grundantagelse inden for empirismen er, at et sprogligt udtryk kun er meningsfuldt, hvis det kan forbindes med erfaring. Denne fokus på erfaring er også en grundlæggende tanke i behaviorismen. Behaviorismen har endvidere en filosofisk rod i den logiske positivisme. Det antages her, at kun observerbar adfærd kan være genstand for videnskabelig undersøgelse, hvilket også er behaviorismens grundantagelse (Nielsen, 2007, p. 216).

Det teoretiske mål i behaviorismen er at kunne forudsige og kontrollere adfærd, hvilket søges opnået ud fra analyser af stimulus og respons. En central grundantagelse i behaviorismen er, at mennesket har potentiale for at forandre sig, hvilket er årsag til at en væsentlig del af behaviorismens teori og empiri omhandler indlæring (Ibid., pp. 216-217). Behaviorismen tager udgangspunkt i Ivan Petrovitj Pavlovs (1906;1927;1928) forsøg om simpel læring, kaldet *klassisk betingning*. Dette beskriver, hvordan en stimuli kan blive betinget, ved at blive kædet sammen med en given adfærd, og derved medføre en betinget respons (Ewen, 2003, p. 311).

Watsons behaviorisme betegnes ofte den klassiske behaviorisme. Efter denne, er der indenfor behaviorismen udviklet tre positioner, henholdsvis den radikale behaviorisme, den formelle behaviorisme og den kognitive behaviorisme. Skinner repræsenterer den radikale behaviorisme, som beskrives i det følgende (Nielsen, 2007, p. 220).

### *3.2.2. Skinners radikale behaviorisme*

Burrhus Frederic Skinner blev født 20. marts 1904 i Pennsylvania. Skinner søger i sin teori at præcisere, at behaviorismen bør undersøge individets konkrete historie i forhold til handlinger og konsekvenser (Nielsen, 2007, p. 220). Ifølge Skinner kan årsagssammenhænge beskrives ud fra tre led 1) En udefrakommende påvirkning af organismen, som fx tørst, 2) en indre tilstand, som fx fysisk eller psykologisk tørst og 3) en adfærd, som fx at drikke. Han mener dog ikke, at det andet led er relevant i en funktionsanalyse *”[my] objection to inner states is not that they do not exist, but that they are not relevant in a functional [i.e., causal] analysis”* (Skinner, 1953/1965 in Ewen, 2003, p. 314). Skinner afviser altså ikke, at menneskets har tanker, forestillinger og følelser. Hans mener blot ikke, at disse i sig selv kan forklare menneskets adfærd (Nielsen, 2007, p. 220).

Skinner mener ligesom Pavlov og Watson, at en del adfærd tillæres via klassisk betingning. Ud fra forsøg med rotter og duer, som han udfører i såkaldte Skinnebokse, når han dog frem til, at ikke al adfærd kan forklares ud fra klassisk betingning. Han mener således, at størstedelen af adfærdsindlæring skyldes det, som sker efter en given adfærd. Hvis en adfærd bliver belønnet, er det mere sandsynligt, at den vil optræde igen. Denne proces benævner Skinner *operant betingning*. Alle former for stimuli der fremmer sandsynligheden for en given adfærd, kaldes *forstærkere[[17]](#footnote-18)*. De stimuli, der fremmer adfærden ved at være til stede, kaldes *positive forstærkere*, og de som fremmer adfærden ved at blive fjernet kaldes *negative forstærkere* (Ewen, 2003, p. 315).

I sine forsøg finder Skinner frem til, at den indlærte adfærd kan generaliseres til lignende tilfælde. En due som bliver belønnet for at hakke på en rød knap, vil fx også hakke på en orange knap, om end ikke så ofte. Denne mekanisme kalder han *stimulus generalisering*. Denne proces er nødvendig for, at læring kan finde sted, da der aldrig vil opstå to helt identiske situationer. Forstærkning kan desuden medføre, at udførelse af en adfærd fremmer evner indenfor en lignende adfærd, såkaldt *respons generalisering* (Ibid., pp. 319). Organismen kan dog også lære at diskriminere mellem situationer, som ikke er identiske. Dette er godt, da det ikke altid er hensigtsmæssigt at reagere ens i umiddelbart lignende situationer (Skinner, 1953/1965, in Ewen, 2003, p.320).

Der er ifølge Skinner forskel på, hvordan en adfærd er tillært, og hvordan den elimineres igen. At eliminere en adfærd ved at fjerne forstærkeren kaldes *udslukning*[[18]](#footnote-19). Ifølge Skinner stopper individet ikke med en given adfærd, fordi vedkommende keder sig eller bliver afskrækket, men fordi adfærden ikke længere bliver forstærket af miljøet *”…To become discouraged is simply to fail to repond because reinforcement has not been fortcoming”* (Skinner, 1953/1965, in Ewen, 2003, p. 322). Adfærd, som er tillært ved regelmæssig forstærkning, er hurtig at lære, og hurtig at udslukke igen, mens adfærd, der er tillært ved uregelmæssig forstærkning, er langsommere at lære og at udslukke, som det fx er tilfældet med ludomani (Ewen, 2003, p. 322). En adfærd som er ved at udslukkes kan ifølge Skinner i en periode forekomme hyppigere i en ny eksperimentel situation, uden at der tilføjes yderligere forstærkning. Dette fænomen kalder Skinner *spontan generhvervelse[[19]](#footnote-20)*, og han forklarer dette med, at udslukning endnu ikke er opnået (Ferster & Skinner, 1957, in Ewen, 2003, p. 322).

Skinner beskriver straf som det modsatte af forstærkning, da straf anvendes for at reducere sandsynligheden for en uønsket adfærd. Straf er karakteriseret ved, at adfærden enten bliver fulgt af en negativ forstærker, som fx at blive slået, eller ved at en positiv forstærker fjernes, som fx når slik tages fra et barn. Straf skaber en umiddelbar nedgang i den følgende adfærd, hvilket er forstærkende for den person der udøver straffen. Skinner ser dog ikke straf som værende hensigtsmæssigt, da straf ikke fjerner trangen til adfærden. Det er således mere hensigtsmæssigt at fokusere på at forstærke ønsket adfærd, frem for at straffe den uønskede (Skinner, 1953/1965, in Ewen, 2003, p. 324).

### *3.2.3. Banduras sociale læringsteori*

Albert Bandura blev født i 1925 i Canada. I sin sociale læringsteori tager han ligesom Skinner udgangspunkt i forstrækningsmekanismer. Han er dog kritisk i forhold til Skinners vægtlægning på et totalt kontrollerende miljø. Bandura argumenterer for, at adfærd, miljømæssig indflydelse, og interne personlige faktorer alle påvirker og bliver påvirket af hinanden, såkaldt reciprok determinisme (Ewen, 2003, p. 367). Han tilføjer til Skinners udtryk:*”Change contingencies and you change behavior”* følgende sætning*: ”Change behavior and you change the contingencies”* (Bandura, 1977, in Ewen, 2003,p. 367). Hvis individet ændrer sin adfærd, er det altså også sandsynligt at omgivelserne vil ændre den måde de reagerer på, og visa versa.

Bandura er enig med Skinner i, at nogle indre årsager er overflødige i forhold til forståelse af adfærd, men i modsætning til Skinner accepterer Bandura eksistensen af kausale kognitioner. Hvor Pavlov og Skinner argumenterer for, at forstærkning opererer udenfor bevidstheden, mener Bandura, at individet skal være bevidst om, hvad der forstærkes, for at der kan finde læring sted. *”… Outcomes change behavior in humans largely through the intervening influence of thought…[while] consequences generally produce little change in complex behavior when there is no awareness of what is being reinforced ”* (Bandura, 1977, in Ewen, 2003, pp. 368-369). Endvidere tilføjer Bandura, at mennesker ikke blot responderer på stimuli, men også fortolker disse (Ibid., p. 369).

Ifølge Bandura er individets adfærd også påvirket af tillærte kriterier, som det selv etablerer, såkaldt *selvforstærkning*. Dette kommer til udtryk ved, at individets adfærd ikke kun er afhængig af ekstern straf og belønning, men også er afhængig af de standarter, som vedkommende har sat for sig selv. Disse indre standarder er dog ofte også relaterede til eksterne standarder (Ewen, 2003, p. 370). Mennesker påtager sig oftest opgaver, som de mener at kunne klare. Adfærden er altså afhængig af såkaldt selvkompetence[[20]](#footnote-21). Dette er en kompleks proces, som er afhængig af kognitiv bearbejdning af forskellige kilder af selvkompetenceinformation (Bandura, 1995, in Ewen, 2003, p. 371).

Ud over at lære via forstærkning mener Bandura også at læring kan forekomme via *modelindlæring*, også kaldet observationel læring eller social læring. Denne læring forgår ved, at individet observerer andres adfærd, og den konsekvens adfærd har for dem. Bandura mener, at denne form for indlæring er ansvarlig for størstedelen af menneskelig læring. Bandura har udført forsøg med en dukke, Bobo, for at undersøge denne mekanisme. Undersøgelserne viste, at børn der observerede en voksen være aggressiv overfor Bobo, var mere tilbøjelige til selv efterfølgende at være aggressive overfor Bobo, når de blev sat i en frustrerende situation, i modsætning til børn, som ikke havde set en voksen være aggressiv overfor Bobo (Ewen, 2003, p. 372). Bandura mener, at menneskelig destruktivitet typisk skyldes læring, specielt observationel læring, frem for at skyldes et medfødt instinkt. I forbindelse med modelindlæring er Bandura således kritisk overfor voldelige tv programmer, da han mener, at disse kan medføre en øget voldelig adfærd hos seerne. Observationel læring påvirker også selvkompetence, da det er mere sandsynligt, at individet tror at dette kan udføre en opgave, hvis vedkommende har set andre have succes med dette (Ibid., pp. 372-375).

Bandura mener, at denne observationelle læring finder sted ved kognitive processer, hvor individet forestiller sig selv i en lignende situation, som den observerede, hvor de samme konsekvenser pådrages. Herved kan observationel læring ændre effekten af nogle forstærkere, hvis forstærkeren ikke er så stærk for individet, som det var for de som vedkommende observerede. Hvis en medarbejder fx får en større sum penge for en opgave end en selv, vil man ikke være så tilbøjelig til at udføre opgaven. Ved observationel læring former individet regler, koncepter, og konklusioner baseret på det observerede, og disse slutninger leder til en adfærd, som er relateret til den observerede, men ikke er identisk med denne. Forstærkning spiller også en rolle i forhold til modelindlæring, hvor det er mere sandsynligt at en adfærd gentages hvis den observerede model er blevet belønnet for denne, end hvis vedkommende er blevet straffet (Ibid., p. 373).

### *3.2.4. Psykopati ifølge radikal behaviorisme og social læringsteori*

Skinner beskriver psykopatologi som adfærd, der er uhensigtsmæssig eller farlig for individet selv eller andre. Indlæring af antisocial adfærd kan forekomme ved, at denne er blevet forstærket. Dette kan fx skyldes, at forældrene har givet barnet ekstra omsorg, når det er aggressivt (Ibid., p. 326). Så længe miljøet bliver ved med at forstærke en given adfærd, vil denne ifølge Skinner fortsætte, hvor adfærden vil udslukkes når forstærkningen ophører. Dette synes dog ikke altid at være tilfældet, når det forsøges at ændre antisocial adfærd, da dette i litteraturen beskrives som værende yderst vanskeligt. Skinner beskriver processen spontan generhvervelse, men denne fænomen synes ikke alene at kunne forklare hvorfor adfærden fortsætter i en længere periode. En tanke i denne forbindelse kan være, om forstærkningskontingenser alene kan forklare den fortsatte antisociale adfærd, eller om der også er andre faktorer, der fastholder adfærden.

Bandura beskriver ligeledes psykopatologi som fejlslagen indlæring og deraf følgende ukorrekte forventninger. Han tillægger dog også kognitioner en væsentlig betydning i udviklingen af psykopatologi. Han mener, at mange problemer stammer fra ”tankeproblemer”, fordi mennesker i deres tanker ofte dvæler ved en fx smertefuld fortid, og har negative forventninger til fremtiden (Ewen, 2003, p. 274). Tilføjelsen af kognitioner kan netop være et bud på en faktor, der fastholder antisocial adfærd.

Bandura tilføjer modelindlæring som en forklaring på indlæring af antisocial adfærd. Hvis individet har set andre blive belønnet for antisocial adfærd, vil vedkommende forsøge at kopiere denne eller lignende adfærd. I denne forbindelse er et væsentligt spørgsmål, hvor ofte individet skal have observeret antisocial adfærd, for at den bliver karakteristika ved personen selv. Det synes ikke at være sandsynligt, at individet fx udvikler psykopati ud fra fx kun at have set én film med ”Bobo”. Udviklingen af psykopati ud fra modelindlæring må forudsætte, at individet gentagne gange over en længere periode har observeret at antisocial adfærd er blevet belønnet, og ikke i så høj grad fx har set empatisk adfærd blive belønnet.

Et karakteristika ved individet med psykopati er ifølge PCL-R, at vedkommende er god til at manipulere med andre. Manipulation må dog kræve en både kompleks og nuanceret form for adfærd. Dette synes svært at forklare ud fra Skinners teori, hvor der ikke er fokus på betydningen af tanker og følelser. Denne mangel på fokus på indre faktorer er en gængs kritik af behaviorismen, da denne medfører, at Skinner fraskriver individet sin frie vilje, og ligeledes muligheden for at planlægge for fremtiden (Ibid., 315-316). I denne forbindelse kan Banduras vægtlægning af kognitioner, og fokus på, at individet skal være bevidst om hvad det er der indlæres bidrage med et mere nuanceret syn på hvordan manipulation kan forekomme.

Begge disse teorier fokuserer primært på adfærd, hvilket bevirker at de er mangelfulde til fx at beskrive karakteristika ved psykopati som manglende empati og manglende følelsesdybde. At udføre aggressiv adfærd fordi denne er tillært, er ikke nødvendigvis det samme som at være ligeglad med andre mennesker. Ikke desto mindre kan en væsentlig pointe uddrages af disse teorier: Antisocial adfærd ville formentlig ikke blive udviklet, hvis individet ikke fik noget ud af denne. De teorier der bliver inddraget i det følgende er valgt, fordi de netop også belyser individets indre processer, og deres betydning for udviklingen af psykopati.

## 3.3. Otto Kernbergs Egopsykologiske objektrelationsteori

I dette afsnit vil jeg indledningsvis skitsere teorigrundlaget for Kernbergs egopsykologiske objektrelationsteori. Dernæst vil jeg gennemgå hans teori om den normale udvikling af ego og superego, og på baggrund af denne, beskrive udviklingen af *antisocial personlighedsforstyrrelse proper*. I udviklingen af denne tager Kernberg udgangspunkt i Hares klassifikation af psykopati (Kernberg, 1998, p. 373).

### 

### *3.3.1. Teorigrundlag*

Otto Kernberg er født i Østrig i 1928, men flygtede som elleveårig til Chile, hvor han læste til læge og i 1957 gennemførte en videreuddannelse i psykiatri. Kernberg har kombineret både undervisning, psykoanalytisk praksis og forskning, og har udgivet en række bøger med fokus primært på behandling af personlighedsforstyrrelser[[21]](#footnote-22) (Mortensen, 2006, p. 181).

Kernberg betegner selv sin teori som en egopsykologisk objektrelationsteori (Ibid). Den objektrelationelle teori har rod i psykoanalytiske teorier, såsom fx Sigmund Freuds. En væsentlig forskel i objektrelationsteorien er dog, at de drifter som Freud beskriver, som fx libido og aggression, ikke opleves i psyken som abstrakte fænomener, men i relation til en anden, objektet. Byggestenene i den psykiske struktur er således enheder som er sammensat af: selvet, en drift eller en affekt relateret til en drift og en anden person. Disse sammensætninger benævnes objektrelationsdyaden. Disse dækker dog ikke over akkurate repræsentationer af selvet og den anden, men snarere repræsentationer af den selv og den anden, som de blev oplevet på et specifikt tidspunkt i udviklingen. Derfor vil en mere præcis beskrivelse af objektrelationsdyaden være en specifik repræsentation af selvet, forbundet via en affekt til en specifik repræsentation af objektet (Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2002, pp. 12-13).

Den objektrelationelle skole kan siges at være inddelt i tre grupper, to britiske og en amerikansk gruppe. Den ene engelske gruppe er ”den uafhængige gruppe”, der dækker over navne som Michael Balint (1896-1970), William Donalds Dodds Fairbairn (1889- 1964) og Donald W. Winnicot (1896-1971). Den anden britiske gruppe er ”kleinianerne”. Melanie Klein (1882- 1960), har lagt navn til denne gruppe, som også består af Wilfred R. Bion (1897- 1979) og Donald Meltzer (født 1922). Den amerikanske gruppe er udløbere af den amerikanske jeg-psykologi, og det er i denne gruppe at Otto Kernberg (født 1928) placeres, sammen med Margareth Mahler (1897-1985) og Edith Jacobsen (1897-1978) (Køppe, 2007, p. 158).

Det siges gerne om Kernberg, at han forener den engelske objektrelationsteori med den amerikanske jeg-psykologi, og den freudianske psykoanalyse (Ibid., p. 169). De objektrelationsteorier han specielt bygger på, er Kleins og Fairbairns. Selvteorier bliver inddraget ved, at han tager udgangspunkt i Mahlers separations-individuationsteori, og Jakobsens teorier om selvets struktur, affekternes betydning og tilknytningen mellem affekter og objektrelationer. Da han i sine senere udgivelser lægger vægt på affekternes betydning i den tidlige personlighedsudvikling, kan han endvidere betragtes som en repræsentant for affektteoretikerne (Mortensen, 2006, pp. 181-182).

Hvor affekter tidligere blev opfattet som ledsagefænomener til drifterne, ser Kernberg affekterne som strukturer, der danner bro mellem biologiske instinkter og psykiske drifter. Kernberg definerer affekter som instinktuelle strukturer, det vil sige biologisk givne psykofysiologiske adfærdsmønstre, som aktiveres af udviklingen. Affekterne omfatter en specifik kognitiv vurdering, et bestemt ansigtsudtryk, en subjektiv oplevelse af behagelig eller ubehagelig karakter, og et muskulært eller neurovegetativt udløsningsmønster. Kernberg lægger vægt på det kognitive aspekt, som affekterne har helt fra starten, og at affekternes vurderinger af situationer som gode eller onde er bestemmende for, om individet ønsker at bevæge sig hen imod eller væk fra en given stimulus eller situation. Affekttilstande vil altid være ledsaget af selv- eller objektelementer (Ibid., pp. 182-183).

Kernberg skelner mellem to former for affekter, henholdsvis primitive affekter og afledte affekter. De primitive affekter viser sig i det 2.-3. leveår, og har en intens, global kvalitet, hvor det kognitive element ikke er særlig veldefineret, men fremstår noget diffust. De afledte affekter derimod er mere sammensatte og består af kognitivt sammensatte kombinationer af de primære affekter. Disse mere komplekse fænomener kalder Kernberg følelser eller emotioner (Mortensen, 2006, p. 183).

### *3.3.2. Dannelsen af ego og superego*

Egoet eksisterer ifølge Kernberg ikke fra fødslen, men udvikles i løbet af den tidlige barndom. Barnet er dog født med nogle egostrukturer; som primært består af perceptuelle og kognitive funktioner. Disse er forudsætningen for, at barnet kan danne de første primitive internaliseringer; såkaldte introjektioner. Egoet dannes i løbet af de første to til tre år, mens superegoet dannes omkring det fjerde til syvende år. I forbindelse med udviklingen af egoet og superegoet skabes det ubevidste. Dannelsen af disse strukturer sker via tre processer, henholdsvis introjektion, identifikation og egoidentitet, som finder sted på forskellige stadier i udviklingen. Som det vil fremgå af det følgende, skelner Kernberg mellem tidlige og senere stadier i egoudviklingen (Kernberg, 1984, pp. 34-43).

#### 3.3.2.1.Tidlige stadier i ego udviklingen

*Introjektion* er ifølge Kernberg den tidligste, mest primitive og grundlæggende form for internalisering. Introjektion er en reproduktion og fiksering af en interaktion med miljøet: Denne er forårsaget af hukommelsesspor, som indeholder tre komponenter: 1) billedet af et objekt, 2) billedet af en selv i interaktion med dette objekt, 3) den affektive farvning af både objekt-billedet og selv-billedet ud fra interaktionen (Ibid., p. 29). I de tidligste introjektioner er objekt og selv-billederne ikke adskilte (Jacobsen, 1964, in Kernberg, 1984, p. 29).

Introjektioner, der finder sted i forbindelse med positive emotionelle oplevelser, som fx den kærlige mor-barn kontakt, bliver organiseret i det, der kaldes ” det gode interne objekt”. Introjektioner, som modsat finder sted i forbindelse med emotionelt negative erfaringer, som fx aggressive energiafledninger, bliver organiseret under ”dårlige interne objekter” (Kernberg, 1984, p. 30). Introjektioner med positiv og negativ valens[[22]](#footnote-23) er dermed som udgangspunkt adskilte, fordi de finder sted på forskellige tidspunkter, og fordi egoet ikke er i stand til at integrere disse. Senere holdes de adskilt, da egoet forsvarer sig mod den angst, som en fusion af disse medfører. Denne proces er grundlaget for forsvarsmekanismen splitting. Barnet opfatter de positive introjektioner som værende ”mig” og de negative introjektioner, som værende ”ikke-mig” (Ibid., pp. 35-36). Kernen i egoet tager således form ud fra disse tidlige introjektion, og det såkaldte ”rene tilfredsstillelses ego”[[23]](#footnote-24) dannes (Jacobsen, 1964, in Kernberg, 1984, p. 36).

Den kognitive modning medfører, at eksterne objekter bliver adskilt fra den indre psykiske verden. Dette finder sted på følgende måde: 1) egoet organiseres omkring de positive introjektioner, 2) de gode eksterne objekter erkendes som værende en ekstern realitet, og hermed adskilles de gode selv og objekt-billeder 3) billedet fuldendes med ”dårlige eksterne objekter”. Sidstnævnte indeholder både realistiske eksterne frustrerende og truende objekter, men også tidlige negative introjektioner, som bliver projiceret. Eksistensen af dårlige eksterne objekter differentieres altså ikke i selv- og objektbilleder, som de positive introjektioner. Dette er den egentlige splittingmekanisme, som først kan finde sted, når introjektioner er fuldt udviklede; omkring den tredje eller fjerne måned af livet. Splittingmekanismen når et maksimum mellem seks og tolv måneder, og forsvinder gradvist i løbet af individets 2.-3. år; i den normale udvikling (Kernberg, 1984, pp. 36-37).

#### 3.3.3.2. Senere stadier i den strukturelle udvikling

De senere stadier i egoudviklingen præges ikke længere af introjektion, men af *identifikation*, somer en mere moden form for introjektion. Denne kan først finde sted, når individet kan skelne roller i interpersonelle interaktioner. Hukommelsesspor ved identifikation indeholder: 1) billedet af et objekt, som antager en rolle i interaktion med selvet, 2) et billede af selvet; mere klart afgrænset fra objektet end ved introjektion, 3) en affektiv farvning af interaktionen som er mere differentieret, men med en mindre intens kvalitet end ved introjektion (Kernberg, 1984, p. 31).

Når barnet begynder at anvende identifikation, vil de positive og negative introjektioner og identifikationer blive bragt sammen. Positive affekter bliver ligeledes sammenbragt med negative aggressive affekter, og der opstår en situation tilsvarende, hvad Melanie Klein betegner, den ”depressive position”[[24]](#footnote-25). Dette medfører, at det bliver sværere at anvende splitting. Skyld, bekymring og sorg hos barnet opstår i relation til det onde objekt, da dette før blev oplevet som værende kun ”ondt”, men nu opleves som både godt og ondt. Sammenbringningen af affekter medfører, at barnet bliver i stand til at opleve mere sammensatte følelser. Barnet bestræber sig på at undgå skyldfølelse; og på at reetablere et ideelt, positivt forhold mellem selv og objekt. Herved opstår ”ideal-selvet” (Ibid., pp.39- 40). Ligeledes dannes et ”ideal-objekt”, som repræsenterer det ufarlige, alt-elskende, alt-forgivende objekt (Jacobsen, 1964; Sandler et.al., 1963, in Kernberg, 1984, p. 40). På nuværende tidspunkt eksisterer fire enheder i det psykiske apparat: objekt, selv, ideal selv og ideal objekt (Kernberg, 1984, p. 41).

Efter at disse fire enheder er dannet, kombineres alle former for introjektioner og identifikationer og danner *ego identiteten*. Dette er det højeste niveau af internaliseringsprocesserne. Denne proces indbefatter: 1) En forening af egostrukturer forbundet med en fornemmelse af selvkontinuitet, hvortil barnets opfattelse af egne evner medvirker signifikant (Murphy, 1964, in Kernberg, 1984, p. 32).2) En konsistent, overordnet opfattelse, af ”verden af objekter”. Og en fornemmelse af konsistens i ens egne interpersonelle interaktioner, og dertilhørende adfærd. 3) Genkendelse af denne ensartethed i interaktioner, som værende karakteristisk for individet i det interpersonelle miljø (Kernberg, 1984, p. 32). Når egoidentiteten er dannet, virker denne strukturerende og organiserende. I modsætning til introjektion og identifikation videreudvikles egoidentiteten resten af livet (Mortensen, 2006, p. 188).

Dannelsen af egoidentitet medfører, at egoets strukturer vokser og bliver mere faste. Egogrænserne bliver yderligere afgrænsede, og egoet udvider sin kontrol over perception og bevægelighed. Fra nu af er det muligt at dissociere uhåndterbare voldsomme negative introjektioner fra egokernen. Denne proces etablerer fortrængning som den centrale forsvarsmekanisme i stedet for splitting. Det er nu muligt at internalisere tidligere frygtede, farlige, og frustrerende objekter. Ligeledes kan prohibitive forældrebilleder internaliseres. Der finder en fusion sted mellem disse prohibitive forældrebilleder og idealobjekterne. Produktet af denne fusion bliver delvist integreret i egoet og delvist fortrængt. Den fortrængte del danner forløbere til superegoet (Kernberg, 1984, p. 41). Fusioner mellem ideal-selvet og ideal- objektet danner ego-idealet. Dette bliver ligeledes delvist integreret og delvist fortrængt, og den fortrængte del danner forløbere til superegoet (Jacobsen, 1964, in Kernberg, 1984, p. 41).

Egoets udvikling ændres ved, at affekter bliver delvist fortrængte, inden de når egokernen. Det er i denne proces at *det ubevidste* dannes. Skyldfølelser som udløber af spændingerne mellem selv og ideal-selv sætter pres på egoet. Ligeledes presses egoet af fusionen mellem de prohibitive forældre og ideal-objektet. Disse skyldfølelser kan derfor blive projiceret ud på omgivelserne, og blive reintrojektieret ind i superegoet. Næste skridt i udviklingen af superegoet er en fusion af superegokernen og en udvikling af et organiseret superego, som gradvist bliver abstrakt og ”depersonaliseres” (Ibid., p. 42). Tidsmæssigt mener Kernberg, at den endelige integration af alle superegokomponenterne fortrinsvis finder sted mellem det fjerde og sjette år. Abstraktion og depersonalisering finder sted mellem det femte og syvende år. Han nævner dog, at Jacobsen pointerer, at selv under ideelle omstændigheder, er superegointegrationen ikke fuldt ud opnået på dette tidspunkt (Kernberg, 1984, p. 43).

### *3.3.3. Udviklingen af antisocial personlighedsforstyrrelse proper*

Som tidligere nævnt skelner Kernberg mellem flere niveauer i det narcissistiske spektrum*[[25]](#footnote-26)*. I det følgende vil jeg gennemgå *Antisocial personlighedsforstyrrelse proper*, som er den sværeste grad i Kernbergs spektrum, og som tager udgangspunk til Hares definition af psykopati. Dette er valgt ud fra en antagelse om, at ved at beskæftige sig med den sværeste grad, vil aspekter af de andre også kunne forklares.

A*ntisocial personlighedsforstyrrelse proper* beskriver Kernberg som den mest alvorlige form for patologisk narcissisme. Den essentielle strukturelle karakteristik hos individet er den markante forvrængning, fravær eller forringelse af superegosystemet. Denne forvrængning skyldes, at tidlige repræsentationer af signifikante andre primært har været forfølgende og ubehagelige. Disse er ikke blevet neutraliseret af tilfredsstillende repræsentationer af signifikante andre. Derved har det ikke været muligt at danne det tidlige ego ideal. Manglen på sådanne tilfredsstillende repræsentationer medfører, at individet i højere grad projicerer de forfølgende og ubehagelige repræsentationer ud i miljøet. Som en konsekvens af dette, er det ikke muligt at internalisere de realistiske krav fra fx forældrene. Disse bliver i stedet oplevet af individet på en forvrænget måde, grundet den aggression individet har projiceret over på forældrene. Derved umuliggøres internaliseringen af realistiske krav og superegoforløberne kan ikke udvikles, og dannelsen af et normalt integreret superego udebliver (Kernberg, 1998, p. 373).

Ved udeblivelsen af et integreret superego, har individet ikke den normale støtte til at udvikle en selvfornemmelse og en identitet, hvorfor individet bliver afhængig af umiddelbare eksterne hints for at regulere interpersonel adfærd. Individet er afhængig af en umiddelbar beundring fra andre, eller indikationer på triumf eller dominans over den eksterne verden, for at danne en fornemmelse af sikkerhed og selvværd. Empati og moral overfor andre er ikke eksisterende som et motivsystem i interpersonelle relationer. Individets anvendelse af projektive mekanismer medfører, at de egoistiske, mistænksomme og krigeriske attituder, som tilhører det selv, der mangler superegoregulering, bliver tillagt andre. Dette udelukker, at individet kan opleve tillid, intimitet, afhængighed og tilfredsstillelse ved oplevelsen af kærlighed fra andre. Dette patologiske, grandiose, aggressive indfiltrede selv er den mest primitive type af ”identifikation med aggressor” (Ibid., p. 374).

Individets ubevidste fantasier om verden er karakteriseret af en grundlæggende oplevelse af aggression der stammer fra forældreobjekterne. Verden bliver oplevet som et voldeligt sted, og det er denne verdensopfattelse alle interpersonelle relationer tager udgangspunkt i. Manglen på gode objektrelationer leder til en opfattelse af, at alle gode er svage og upålidelige. På grund af de manglende gode objektrelationer oplever individet et ubevidst had imod andre, fordi disse ikke agerer, som om de er domineret af en indre voldelig verden. Individet er vredt og føler sig krænket, hvilket medfører magtfulde forsvarsmekanismer som foragt og devaluering af andre. Dette er karakteristisk for disse individers grandiose selv. Det er kun magtfulde personer, der har betydning for individet. Individet frygter disse, men ønsker også at kontrollere og manipulere dem, da de magtfulde også opleves som sadistiske og utilregnelige (Kernberg, 1998, p. 374).

En central affektiv udvikling for disse individer er, at smerte transformeres til vrede, og kronisk vrede transformeres til had. Den strukturelle karakteristik ved had er at et selv, der er udsat for fare, ønsker at kontrollere, og ultimativt ødelægge det hadede objekt. Projektionen af had medfører en paranoid orientering, hvor verden opfattes som værende hadefuld. Individet beskytter sig imod denne verden ved uærlighed, upålidelighed og aggression. Selvinteresse er den eneste standard for adfærd, og tilgængeligheden og internaliseringen af et værdisystem er irrelevant (Ibid.).

Ifølge ovenstående fremgår at antisocial personlighedsforstyrrelse proper er en alvorlig forstyrrelse. Kernberg beskriver dog, at der også eksisterer lignende tilstande, hvor der er nogen grad af positive internaliseringer, som giver mulighed for udviklingen af superegoforløbere, som fx ved *malign narcissme[[26]](#footnote-27)* (Kernberg, 1992, p. 67)

### 

### *3.3.4. Psykopati ifølge Kernbergs Egopsykologiske objektrelationsteori*

Ifølge Kernbergs egopsykologiske objektrelationsteori er den primære mekanisme i udviklingen af psykopati den manglende udvikling af et superego, eller forvrængninger i dette. Ved at tilføje definitionen malign narcissisme bløder han teorien op, og henviser til, at der er nogle individer, som i høj grad har de samme symptomer som ved antisocial personlighedsforstyrrelse proper, men har mulighed for at udvikle nogen grad af superego. Herved foregriber han en kritik, som kunne lyde på, at en helt manglende udvikling af et superego, kan anses for værende noget determinerende. I denne forbindelse kan en overvejelse være, hvornår en objektrelation kan klassificeres som værende henholdsvis god eller dårlig, og hvad forholdet mellem disse skal være før der kan være tale om et nærmest fraværende superego. Ikke desto mindre synes manglen på ”gode objekter” at være en væsentlig forklaring på, hvorfor individet oplever verden som værende ond. Netop dette bidrag af individets oplevelse af verden som værende ond, grundet projektive mekanismer, må siges at være et væsentligt bidrag til forståelsen af psykopati, og alvorligheden af denne forstyrrelse.

Som det fremgår i teoriafsnittet, er denne teori en både kompliceret og nuanceret beskrivelse af individets indre processer. Teorien beskæftiger sig dog ikke i så høj grad med betydningen af miljømæssige ændringer i denne udviklingsproces. Det kunne fx være interessant at vide, hvornår det er for sent at udvikle et superego. Hvor lang tid skal individet primært have oplevet kun dårlige objektrelationer, før dannelsen af egoidealet ikke længere er muligt? Kernberg mener, at individer med svær psykopati nærmest er umulige at behandle (Yeomans, Clarkin &Kernberg, 2002, p. 41). Dette må bygge på en antagelse om, at det ikke er muligt at udvikle et overjeg senere i livet, hvis superegoforløbere slet ikke er blevet udviklet i barndommen. Fokus på objektrelationernes betydning for udviklingen af et overjeg kan endvidere synes at mangle lidt fokus på barnets bidrag til denne relation. Hvis barnet har et medfødt aggressivt temperament, må dette fx siges at have betydning i relationen til signifikante andre. Bowlbys tilkntytningsteori, som jeg vil præsentere i det følgende beskæftiger sig i højere grad med den indbyrdes relation, og kan siges at give et lidt mere nuanceret billede af forskellige samspilsmønstre, end blot betegnelsen ”gode” og ”dårlige” objektrelationer.

## 3.4. Bowlbys tilknytningsteori

I denne afsnit vil jeg først beskrive grundlaget for Bowlbys tilknytningsteori. Dernæst vil jeg beskrive udviklingen af tilknytningsmønstre og arbejdsmodeller, og varigheden af disse. Afslutningsvis vil nyere forskning blive inddraget til belysning af sammenhængen mellem tilknytningsmønstre og udviklingen af psykopati.

### *3.4.1. Teorigrundlag*

John Bowlby (1907-1990) var en engelsk børnepsykiater og psykoanalytiker, og anses som værende tilknytningsteoriens grundlægger. Den canadiske børnepsykolog Mary Ainsworth (1913-1999) var med til at videreudvikle teorien. Bowlbys teori tager udgangspunkt både i naturvidenskabelige og humanistiske fag. Han tager udgangspunkt i psykoanalysens fokus på de tidlige mor-barn relationer, og disses betydning for relationer senere i livet. Psykoanalysens driftsteori, lægger han dog afstand til, da han ikke mener, at den forbundethed, som barnet fx oplever med moderen, kan anses som et sekundært fænomen til driftstilfredsstillelse. Bowlby har udviklet sin tilknytningsteori med inspiration fra Darwins evolutionslære, etiologisk forskning, moderne biologi og neurofysiologi. Bowlby lægger vægt på, at hans teori er empirisk verificerbar, og ser det derfor som essentielt at tilknytningsteorien, som jo beskæftiger sig med børn, er baseret på studier af børn (Schousboe, 2007, pp. 474-476).

### *3.4.2. Tilknytning og arbejdsmodeller*

Tilknytningsadfærd har ifølge Bowlby den biologiske funktion at opnå beskyttelse mod farer. Tilbøjeligheden til at skabe nære emotionelle bånd til særlige individer forstås derfor som et grundelement i menneskets natur. Denne tilbøjelighed er til stede i kimform hos den nyfødte og varer ved gennem det voksne liv. Hos spædbarnet går disse bånd til forældrene, eller disses erstatninger, da barnet forventer, at disse vil beskytte, trøste og støtte. Hos det sunde individ bliver disse bånd ved med at eksistere, men suppleres af nye bånd, som regel af heteroseksuel natur. Omsorgsgiven betragtes ligeledes som et grundelement i menneskets natur og udforskning af omgivelserne som et tredje grundelement. Når et menneske føler sig i sikkerhed, er vedkommende tilbøjelig til at udforske langt væk fra tilknytningsfiguren. Når vedkommende er bange, foruroliget, træt eller dårligt tilpas føles trang til nærhed. Ainsworth beskriver i denne forbindelse begrebet en *sikker base*. Dette betyder, at barnet ved, at forældrene er tilgængelige og vil reagere, hvis dette er påkrævet. Derfor vil det sunde barn føle sig sikker nok til at udforske (Bowlby, 1988/94, pp. 134-137).

Tilknytningsadfærd organiseres ved hjælp af et kontrolsystem i centralnervesystemet tilsvarende de fysiologiske systemer, som holder fysiologiske funktioner som fx blodtryk og legemstemperatur indenfor bestemte grænser. Det formodes at tilknytningskontrolsystemet holder personens afstand til dennes tilknytningsfigur indenfor bestemte afstands- og tilgængelighedsgrænser, ved anvendelse af stadig mere sofistikerede kommunikationsmetoder. Denne proces kan sammenlignes med fysiologisk homeostase (Ibid., pp.137).

I løbet af det andet halvår udvikler barnet kognitive evner til at huske sin mor. Fra og med ni måneder reagerer de fleste spædbørn på at blive efterladt hos en fremmed person; ved fx at skrige, og afvise den fremmede. Disse observationer viser, at barnet er i stand til at danne repræsentationer af moderen. Barnet danner en såkaldt *arbejdsmodel* af moderen, som kan anvendes til at huske moderen, når hun ikke er til stede, og til genkendelse, når hun vender tilbage. Ligeledes udvikler barnet en arbejdsmodel for samspillet med forældrene. Forældrenes holdninger til barnet, og deres måde at behandle det på, er vigtige faktorer i udviklingen af disse modeller. Modellerne er bestemmende for, hvad barnet føler om både sig selv og forældrene, hvordan det forventer, at forældrene vil behandle det, og hvordan barnets egen adfærd planlægges overfor dem. Ud over at barnets selvmodel er præget af, hvordan moderen opfatter det, så vil det selv være tilbøjelig til ikke at anerkende det, som moderen ikke måtte anerkende ved det. På denne måde vil omfattende dele af barnets spirende personlighed være uden forbindelse til de dele af dets personlighed, som dets mor anerkender og reagerer på. Dette kan i nogle tilfælde også være personlighedstræk, som moderen fejlagtigt tillægger barnet. Arbejdsmodeller er tilbøjelige til at vare ved og med tiden komme til at fungere på et ubevidst plan (Ibid., p.137, 145-146).

### *3.4.3. Tilknytningsmønstre*

I 1971 beskrev Ainsworth tre forskellige tilknytningsmønstre, og de familiebetingelser, der fremmer dem. Disse er henholdsvis det *trygge tilknytningsmønster*, den *ængstelige klæbende tilknytning* og den *ængstelig undvigende tilknytning*.

Den trygge tilknytning er karakteriseret ved, at individet har fuld tillid til, at forældrene er til rådighed og vil hjælpe i situationer med modgang og frygt. Med denne forsikring føler individet sig fri i sin udforskning. Dette mønster fremmes, hvis forældrene i de første år umiddelbart er til rådighed, er modtagelig overfor barnets signaler, og reagerer kærligt overfor barnet, når dette søger beskyttelse og trøst.

Den ængstelige klæbende tilknytning er karakteriseret ved, at barnet ikke er sikkert på, at forældrene vil være til rådighed og reagere og hjælpe, når der er behov for dette. Denne usikkerhed medfører, at barnet er tilbøjeligt til at udvise adskillelsesangst, være klyngende, og bange for at udforske verden. Dette mønster fremmes, hvis forældrene er let tilgængelige og hjælpsomme i nogle situationer, men ikke i andre. Endvidere kan adskillelser og trusler om at blive forladt medføre denne tilknytning.

Den ængstelige undvigende tilknytning er karakteriseret ved, at barnet ikke tror, at der vil blive reageret hjælpsomt, når det søger omsorg. Det forventer at blive afvist. Individer som tilhører denne gruppe vil forsøge at leve livet uden kærlighed og støtte, og stræber efter at være emotionelt selvtilstrækkelige. Dette mønster er et resultat af, at barnets mor er afvisende, når barnet søger trøst og beskyttelse. De mest ekstreme tilfælde opstår som følge af gentagne afvisninger.

Ud over disse tre mønstre, som de fleste børn udviser, er der nogle børn der forekommer desorienterede og/ ellers desorganiserede. Dette kan komme til udtryk ved, at barnet fx virker fortumlet, stivner og står stille, udfører stereotype handlinger, eller måske begynder at bevæge sig for så at stoppe op på uforklarlig vis (Bowlby, 1988/9, pp. 137-139). Dette kan i nogle tilfælde ses hos børn, der er blevet fysisk mishandlet og/ eller alvorligt vanrøgtet af forælderen (Grittenden, 1985, in Bowlby, 1988/94, p. 139), eller i tilfælde hvor barnet fx grundet psykisk sygdom hos forælderen bliver behandlet meget uforudsigeligt (Radke-Yarrow et.al., 1985, in Bowlby, 1988/94, p. 139).

### *3.4.4.Tilknytningmønstrenes varighed*

De tilknytningsmønstre som er udviklet hos etårige er tilbøjelige til at vare ved livet igennem. Dette skyldes blandt andet, at forældrenes behandling af barnet vil have en tendens til at fortsætte på godt og ondt. Desuden er det enkelte mønster tilbøjeligt til at vedligeholde sig selv. Således er et sikkert barn gladere og mere taknemmeligt at have med at gøre, og er mindre krævende end et ængsteligt barn. Et ængsteligt ambivalent barn er ofte klyngende og klamrende, mens et ængsteligt undvigende barn holder afstand og er tilbøjeligt til at tyrannisere andre børn. De ængsteligt ambivalente og de ængsteligt undvigende børns adfærd vil sandsynligvis udløse en uheldig reaktion fra forældrene, så en ond cirkel påbegyndes (Bowlby, 1988/94, p. 141). Mønstrene kan dog ændre sig, hvis forældrene behandler barnet anderledes. I de første to til tre år er tilknytningsmønstret en egenskab ved forholdet, men efterhånden som barnet bliver større, bliver det i stigende grad en egenskab ved barnet selv, og barnet er tilbøjelig til at overføre en afledning heraf på nye forhold.

Undersøgelser af børn i børnehavealderen viser, at den mor/barn kontakt der er karakteristisk for et barn i et årsalderen i høj grad kan forudsige, hvorledes barnet vil opføre sig i en børnehavegruppe.

Børn som er ængsteligt undvigende vil i børnehaven bliver beskrevet som emotionelt isolerede, fjendtlige eller asociale, og endvidere urimeligt opmærksomhedssøgende (Sroufe, 1983, in Bowlby, 1988/94, p. 142). Disse børn vil forsøge at holde forælderen på afstand, hvor samtaleemner fx forbliver upersonlige, og de er travlt optaget af fx legetøj (Bowlby, 1988/94, p. 143).

De ængsteligt klæbende vil sandsynligvis ligeledes betragtes som urimeligt opmærksomhedssøgende, og som anspændte, impulsive og lette at frustrere eller som passive og hjælpeløse (Sroufe, 1983, in Bowlby, 1988/94, p. 142). Endvidere frembyder de ængsteligt klæbende en blanding af usikkerhed, herunder tungsindighed og frygt, og fortrolighed som veksler mellem fjendtlighed, der nogengange er underfundig, andre gange direkte. Desuden kan disse børn være søde eller særligt charmerende, på en måde som kan virke selvbevidst, som om de foregriber en negativ reaktion fra forælderen (Main & Cassidy, under udgivelse, Main, personlig meddelelse, in Bowlby, 1988/94, pp. 142-143).

De desorganisere og/ eller desorienterede gør sig bemærkede ved en tendens til at kontrollere eller dominere forældrene, som fx bliver behandlet ydmygende eller afvisende, eller i form af at være bekymret eller beskyttende. Samtalen med disse børn kan virke fragmenteret (Bowlby, 1988/94, p. 143).

### *3.4.5. Arbejdsmodellernes varighed*

Ud fra ovenstående kan det hævdes, at tilknytningsmønstre varer ved gennem livet. Ligeledes bliver barnets arbejdsmodeller ved med at eksistere, men disse bliver dog revideret løbende. Efterhånden som et sikkert tilknyttet barn bliver større, og dets forældre behandler det anderledes, finder en gradvis ajourføring af arbejdsmodellerne sted. Dette finder sted med lidt forsinkelse, men modellerne bliver ved med at udgøre rimelige simuleringer af samspillet med dets forældre. Hos det ængsteligt tilknyttede barn hæmmes denne gradvise ajourføring af modellerne i et vist omfang af den defensive udelukkelse af modstridende erfaring og information. Dette medfører, at de tidligere modeller hos disse børn er mere vedvarende, og sværere at ændre:

*”…når de samspilsmønstre som modellerne medfører, først er blevet tilvænnet, generaliserede og stort set ubevidste, varer de ved i mere eller mindre ukorrigeret og uforandret tilstand, selv hvis individet senere i livet har at gøre med personer, der behandler det helt anderledes, end forældrene gjorde, da det var barn.”* (Bowlby 1984/94, p. 145).

Denne forskel kan ifølge Main forklares ud fra de forskellige kommunikationsmønstre mellem mor og barn. For at et forhold kan være harmonisk kræves det, at begge parter kender den andens synspunkt, mål, følelses og hensigter. Dette kræver, at de hver især har rimeligt nøjagtige modeller af sig selv og den anden. Disse ajourføres netop gennem fri kommunikation. Det er specielt på dette punkt, at mødre til trygt tilknyttede børn adskiller sig fra mødre til usikkert tilknyttede børn (Ibid., pp. 145-146).

### 

### *3.4.6. Nyere tilknytningsforskning*

Da dette speciale omhandler voksne individer, er det væsentligt at se på, om der er belæg for, at den antisociale adfærd, som finder sted ved børnehavebørn med en ængstelig undvigende tilknytning varer ved ind i voksenalderen. Undersøgelser viser i dag, at 70% i 20års alderen har bevaret deres oprindelige mønster, mens 30 % har ændret dette (Smith, 2002, in Schousboe, 2007, p. 484). Dette kan ifølge Schousboe skyldes, at miljøet har ændret sig. Han peger endvidere på, at når børn i dag deltager i mange forskellige kontekster, vil dette måske medføre en svagere sammenhæng mellem de tidlige og de senere tilknytningsmønstre (2007, p. 484). Dette kan ses som en kritik af Bowlbys tilknytningsteori, at han, i hvert fald i de tidlige udgaver af denne, tillægger forældrene en måske uforholdsmæssig stor betydning i forhold til andre relationer som barnet indgår i.

En metaanalyse, som belyser sammenhængen mellem tilknytning i voksenalderen og psykopatologi, viser, at der hos den voksne ses en tydelig sammenhæng mellem utryg tilknytning og psykopatologi. Hvor 56% af normalpopulationen havde en tryg tilknytning, var dette kun tilfældet for 8% i en kliniks population. Det var dog ikke muligt at kæde en specifik form for psykopatologi sammen med en tilsvarende tilknytning (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996, in Broberg, Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2010, p. 257). Metaanalysen viste dog nogle tendenser, som siden er blevet bekræftet (Broberg et. al., 2010, p. 256-257). I denne forbindelse er det vigtigt at holde sig for øje, at de forskellige tilknytningskategorier på sin vis er en kunstig opdeling, og således kan et individ godt udvide tegn på flere forskellige tilknytningsformer på forskellige tidspunkter, og i forhold til forskellige personer (Madsen, 2003, in Schousboe, 2007, p. 486). Dette besværliggør en direkte sammenkobling mellem et mønster og en diagnose; som jo også kan siges at udgøre en kunstig kategori. Det er i en sådan undersøgelse desuden svært at afgøre, hvorvidt en utryg tilknytning er en medvirkende årsag til eller en følge af en bestemt form for psykopatologi (Boberg et. al., 2010, p. 256).

### *3.4.7. Psykopati ifølge Bowlbys tilknytningsteori*

I forbindelse med udviklingen af psykopati forventes det, som sagt, at den ængsteligt undvigende tilknytning har en forbindelse til denne forstyrrelse, og undersøgelserne viste således en tendens i denne retning (Broberg et. al., 2010, p. 256-257). Denne sammenhæng kan skyldes, at når omsorgspersonerne har været afvisende og til tider udvist fjendtlighed overfor barnets tilknytningsadfærd, vil barnet forsvare sig selv ved at vende opmærksomheden bort fra egne følelser, og derved ikke fokusere på tilknytningspersonens manglende tilgængelig. Barnet får derved en dårlig kontakt med sine egne følelsesmæssige reaktioner. Denne manglende kontakt med egne følelser beskrives netop som kendetegnende for psykopati i PDM, hvor der lægges vægt på, at individet ikke nuanceret kan beskrive egne følelser[[27]](#footnote-28).

Forældrenes afvisning medfører desuden, at individet udvikler et urealistisk billede af tilknytningspersonens tilgængelighed. Det vil derfor heller ikke kunne tage imod hjælp fra andre til regulering af negative tilstande. Konsekvensen af dette bliver, at tilknytningssystemet bliver underaktiveret, også i situationer hvor der er fare på færde. I DSMVI er et af diagnosekriterierne netop, at individet med psykopati udviser hensynsløs uansvarlighed over for egen og andres sikkerhed[[28]](#footnote-29). Et deaktiveret tilknytningssystem kan i denne forbindelse tænkes at spille en rolle, da individet normalt ville agere i overensstemmelse med at forsøge at overleve. Individet med psykopatis manglende evne til at opretholde relationer kan endvidere forstås ud fra dette, da individet måske ikke vil søge følelsesmæssig kontakt, da dette kan virke for overvældende, da det sætter krav til individet som det ikke kan indfri. Bowlby (1973) beskriver, at tilknytningspersonens afvisende og fjendtlige holdning skaber en intensiv vrede hos barnet. Denne vrede rettes dog af defensive årsager ikke imod forældrene, men kan risikere at komme til udtryk overfor andre mennesker (in Boberg, 2010, p. 262).

Et karakteristika ved den afvisende ængstelige tilknytning er ifølge Bowlby, at individet med denne tilknytning har sværere ved at revidere sine arbejdsmodeller. Individet med psykopati er lige netop kendetegnet ved en manglende evne til at lære af erfaring. Dette kan skyldes, at vedkommende ikke formår at ændre sine arbejdsmodeller, og derved fortsat forstår verden ud fra de gamle modeller. Hvis forældrene har været afvisende, vil barnet således gennem hele livet forvente, at andre også er det. Det er i denne forbindelse også væsentligt at medregne, at det ikke kun er personens forventning der er bestemmende for, hvordan situationen udarter sig. Hvis vedkommende ud fra sine arbejdsmodeller reagerer aggressivt, kan den afvisning som vedkommende forventer blive en selvopfyldende profeti. Dette medfører, at muligheden for nye erfaringer, der kunne opdatere, revidere og nuancere arbejdsmodellerne udebliver (Schousboe, 2007, 483).

Tilknytningsteorien kan altså forklare antisocial adfærd som en følge af det tidlige samspil barnet har med forældrene. Ligeledes kan arbejdsmodellerne forklare hvorfor dette samspil er vedvarende. Der er dog ikke en direkte sammenhæng mellem tilknytningsmønster og udviklingen af psykopati, da de fleste både børn og voksne med en utryg tilknytning ikke udvikler psykopatologi. En tryg tilknytning kan derimod opfattes som en beskyttelsesfaktor mod udviklingen af psykopatologi (Boberg et. al., 2010, p. 255). At der ikke er en direkte sammenhæng mellem tilknytningsmønster og udviklingen af psykopatologi, indikerer, at der således også må være andre faktorer, der har betydning for udviklingen af psykopatiforstyrrelsen.

## 3.5. Opsummering af forståelser

Ud fra dette forståelsesafsnit er der altså mange forskellige måder at forstå psykopati på. Der er dog ingen af dem der i sig selv fuldt ud kan forklare psykopatifænomenet. Den biologiske forståelse kan forklare mangel på moral, impulsivitet og aggressioner, men det er dog uklart om de biologiske faktorer er en følge af eller en årsag til psykopati. Skinner radikale behaviorisme og Banduras sociale læringsteori kan forklare indlæringen af antisocial adfærd ud fra forstærkningskontingenser og modelindlæring, men det er vanskeligt at forklare, hvordan antisocialitet bliver et overordnet karakteristika ved individet, og hvorledes mangel på følelsesdybde og empati opstår. Kernbergs egopsykologiske objektrelationsteori forklarer psykopati ud fra at individet rent personlighedsstrukturmæssigt ikke i tilstrækkelig grad har udviklet et overjeg. Individets anvendelse af projektive mekanismer kan endvidere beskrive individets vrede imod verden og andre mennesker. Bowlbys tilknytningsteori kan forklare betydningen af forældrenes afvisning for om individet knytter sig til andre, eller, som det er tilfældet hos individer med psykopati, forsøger at være selvtilstrækkelige. Manglende tilknytning til andre forklarer dog ikke fuldt ud fx aggressiv adfærd, da forældrenes afvisninger måske også kan føre til at individet bliver indadvendt.

Disse forståelser ses samlet så synes de at kunne bidrage til en overordnet forståelse af udviklingen af dette fænomen. Som med alle former for psykopatologi så er det altså yderst komplekst, og en mere integreret tilgang til forståelsen af dette fænomen er stadig at ønske. Det er tydeligt, at der er tale om en alvorlig forstyrrelse, som ifølge både Kernberg og Bowlby skyldes mangler i barndommen og set ud fra indlæringsteorien kan der ligeledes have fundet uhensigtsmæssig indlæring sted gennem hele individets liv. Men kan denne forstyrrelse ændres når individet er blevet voksen? Dette vil jeg belyse i det følgende.

# 4. Behandling af psykopati

I nærværende behandlingsafsnit vil jeg indledningsvis belyse prognosen for psykologisk behandling af individer med psykopati. Dernæst beskrives faktorer der kan give et billede af, hvorfor behandlingen er en stor udfordring, herunder klientens motivation for at indgå i terapien, faldgruber i samspillet mellem klient og behandler og behandlerens følelsesmæssige reaktioner. Efterfølgende vil jeg, med henblik på at præsentere to forskellige tilgange til behandling, gennemgå henholdsvis dialektisk adfærdsterapi tilpasset en retspsykiatrisk population (The CMHIP Forensic Model) og miljøterapi på dynamisk grundlag.

## 4.1. Behandlingsprognose

Som Georg K. Stürups (1968) indledende citat indikerer, kan han ikke helbrede psykopater, men han kan gøre dem rarere[[29]](#footnote-30). Han synes altså, i hvert fald til dels, at have et optimistisk syn på prognosen for denne gruppe klienter. Hare (1993) argumenter derimod for, at psykopater ligefrem kan blive værre psykopater af at deltage i gruppeterapi, da dette forsyner dem med bedre metoder til at være manipulerende og bedrage andre. Undersøgelser af behandling i såkaldte terapeutiske samfund viser nemlig, at psykopater med en PCL-R score over 25 var mere kriminelle efterfølgende, end de der ikke havde deltaget i programmet, mens de med en lavere score viste sig at få udbytte af behandlingen. I disse samfund bliver klienterne tillagt en høj grad af ansvar, men dette synes altså ikke at være en god ide i behandlingen af de svære psykopater (Hare, 1993, pp.198-199; Rice et. al., 1992, in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 223). Både Kernberg og Meloy taler endvidere for, at svære psykopater ikke profilerer af psykoterapi (Kernberg, 1984, p. 278; Meloy, 1988, pp. 322-323).

Ifølge en nyere metaanalyse udført af Randall T. Salekin (2002), synes det dog muligt at opnå positive resultater i behandlingen af individer med psykopati med forskellige former for psykologisk behandling. Det angives således, at der kan opnås positive resultater ved anvendelse af både psykoanalytisk terapi og kognitiv adfærdsterapi. Den mest effektive behandling er en eklektisk tilgang, det kombinerer begge. Succesraten angives her at være 86%. Præcis hvad der menes med succesrate, er dog noget svævende, da resultaterne af studierne beskrives ud fra forskellige faktorer, som fx ”mindre kriminalitet”, ”mindre manipulerende” ”opleve skyld og angst”, ”internalisering af et nyt værdisystem” og ”bedre arbejdsevne”, hvilket gør dem svære at sammenligne. Ifølge Salekin er det desuden et generelt problem ved disse effektundersøgelser, at det er forskelligt, hvilke definitioner af psykopati de bygger på. Der er endvidere ikke udført ret mange, og der er generelt mangel på opfølgende undersøgelser til belysning af, om ændringen er permanent, og der eksisterer ligeledes ofte ikke en kontrolgruppe. En overordnet pointe fra undersøgelser var dog, at jo mere intensiv og længerevarende terapien er, jo bedre resultater (pp. 94-105).

## 4.2. Individet med psykopati i terapi

En generel problematik i behandlingen af individet med psykopati er, at vedkommende ofte ikke selv oplever at have et problem. Individet kan som regel ikke se noget forkert i sin adfærd og kan næppe forventes at være motiveret for at ændre denne (Hare, 1972, p. 149). I PDM angives det således, at terapeuten må acceptere, at patientens motivation i højere grad afhænger af, hvad der får vedkommende til at fremstå magtfuld (PDM, 2006, pp. 36-37). Når individet med psykopati indgår i psykologisk behandling sker dette ofte som et led i en tvangsmæssig foranstaltning; fx i forbindelse med en behandlingsdom. Individet kan endvidere indgå i terapi hvis andre presser vedkommende til dette, som fx ved trusler om skilsmisse eller anmeldelse af kriminalitet. Individet med psykopati vil oftest kun indgå i terapi frivilligt, hvis vedkommende er underlagt et betydeligt pres eller kan se en fordel ved det. Dette grundlag for at indgå i terapi er i sagens natur ikke det mest befordrende for en behandlingsalliance (Dahl & Dalsegg, 1999, p. 215, Wøbbe, 2007, p. 225). Skabelsen af en behandlingsalliance er generelt kompliceret og Lion (1978) peger således på, at terapeuten skal være opmærksom på, at denne vil udvikle sig langsomt, om overhovedet (in Dahl & Dahlsegg, 1999, p. 225).

Doren (1987) beskriver fem ødelæggende processer, som ofte ses i forbindelse med behandling af individer med psykopati, og som behandlere skal være opmærksomme på of forsøge at undgå:

1. Behandleren bør kun satse på at vinde de vigtigste verbale dueller og kampe. Individet med psykopatis verden drejer sig om at konkurrence og absolutte modsætninger, og ved at lade klienten vinde nogle kampe undgås at behandleren glider ind i en ”splittet” tankemåde, som fx vinde /tabe, rigtig/forkert, godt/ondt.
2. Individer med psykopati kan virke meget troværdige, og som behandler kan man blive overbevist om rigtigheden af klientens syn på forskellige forhold. Det er dog vigtigt, at behandleren ikke at blive talsmand for individet med psykopati.
3. Da individer med psykopati ofte lyver, er det væsentligt at behandleren ikke tror på alt, også selvom det virker sandt. Behandleren bør kun afsløre nogle få vigtige løgne, og lade andre passere. Indholdet af det sagte er som regel mindre vigtigt end måden hvorpå klienten håndterer sine problemer.
4. Behandleren skal ikke overdrive frygten for manipulation. Manipulation kan som udgangspunkt ikke undgås, men en overfokusering på dette kan fjerne opmærksomheden fra andre aspekter af den terapeutiske relation.
5. Individet med psykopati kan være både charmerende og spændende, men hvis man som behandler begynder at glæde sig meget til samværet med en klient med psykopati, bør man stoppe op og forholde sig til dette.

( Dahl & Dalsegg, 1999, pp. 228-229, Wøbbe, 2007, p. 228).

Ud over disse faktorer skal tilføjes at behandling af individer med psykopati kræver at der kontinuerligt holdes øje med faren for acting out, og Wøbbe foreslår således, at risikoen for vold bør vurderes løbende, fx ved anvendelse af BVC ( Bröset Violence Checklist), en sekspunktsskala som kan udfyldes på blot seks minutter (2007, p. 231).

## 4.3. Terapeutens følelser (overføring)

Individet med psykopati kan i særdeleshed påvirke behandleren følelsesmæssigt, hvad der i den dynamiske tilgang benævnes overføring[[30]](#footnote-31). Ifølge Valliant (1975) er individet med psykopatis forsvarsmekanismer faktisk lige så provokerende, som hvis en ryger tænder en cigar i en fyldt elevator (in Dahl & Dalsegg, 1999, p. 235). Det er altså stærke følelser, disse klienter kan vække i behandleren.

Individer med psykopati kan være både verbalt og fysisk truende, hvilket kan medføre frygt for vold hos behandleren. Det er vigtigt at lytte til denne frygt, da den i nogle tilfælde kan være velbegrundet, og det er da vigtigt at sikre behandlerens sikkerhed. Verbale trusler kan omfatte, at individet med psykopati truer med fx at gå til medierme, eller at føre retssag omkring fejlbehandling i terapien. I denne forbindelse er omhyggelig journalføring den bedste måde at sikre sig på (Ibid., p. 236).

Da det er vanskeligt at behandle individet med psykopati kan dette vække følelser af hjælpeløshed og skyld hos behandleren. Disse følelser kan forstærkes, hvis klienten bebrejder behandleren for manglende fremskridt, og ligeledes kan behandleren føle sig presset af omgivelsernes forventninger. Individet med psykopati vil endvidere typisk nedvurdere behandlerens indsats, hvilket kan føre til følelser som værdiløshed, nedtrykthed, vrede, skyld og skam. Individets ofte hadefulde forhold til andre mennesker kan ligeledes påvirke behandleren, som også kan få hadefulde følelser overfor klienten (Ibid., p. 237).

Ovenstående giver et billede af, hvor kompliceret behandlingen af denne gruppe klienter er, og en tanke i denne forbindelse kan være, hvor svært det er som behandler at være afslappet og oprigtig i relationen til disse klienter, når der er så mange ting at tage højde for. Ikke desto mindre er det vigtigt at behandle disse klienter, da de i nogle tilfælde kan være til fare for både andre og sig selv. I det følgende præsenteres således to mulige tilgange til psykologisk behandling.

## 4.4. Dialektisk adfærdsterapi – The CMHIP Forensic Model

Dialektisk adfærdsterapi er udviklet af den amerikanske psykolog Marsha Linehan i starten af nittenhalvfemserne. Denne behandlingstilgang er oprindeligt udviklet til behandling af klienter med borderlineproblematikker (Aagesen & Lauritsen, in Linehan, 1993, p. 9). Senere er tilgangen dog også blevet tilpasset andre klientgrupper. Robin A. McCann og Elissa M. Ball har med udgangspunkt i dialektisk adfærdsterapi udviklet et behandlingsprogram for retspsykiatriske klienter med en behandlingsdom, som ofte opfylder kriterierne for antisocial personlighedsforstyrrelse[[31]](#footnote-32). Denne model kaldes *The CMHIP[[32]](#footnote-33) Forensic Model* (McCann & Ball, 2000, p. 447).

Dialektisk adfærdsterapi er valgt til denne gruppe, på grund af dens fokus på at behandle livstruende og terapiforstyrrende adfærd. Dette program adskiller sig på nogle punkter fra almindelig dialektisk adfærdsterapi, hvor en overordnet forskel er, at disse klienter er indlagte (Ibid., Kåver & Nilsonne, 2004, p. 208). Endvidere er behandling med denne gruppe karakteriseret ved, at patienterne deltager i behandlingen ufrivilligt, der er et behandlings*team,* patienten har ringe indflydelse på behandlingen og teamet, og endvidere er både behandling og sikkerhed i fokus, og der er en stor risiko for burnout hos personalet (McCann & Ball, 2000, p. 448). I følgende afsnit vil der blive taget udgangspunkt i dialektisk adfærdsterapi, men hvor der er modifikationer i forhold til denne specifikke klientgruppe, er det disse der beskrives.

### *4.4.1. Det teoretiske grundlag for behandlingen*

Dialektisk adfærdsterapi udspringer af den biosociale teori. Denne model tager både højde for medfødte variabler i temperament, og de samspil som finder sted i miljøet (Grotstein, 1987; Millon, 1986, in Kåver & Nilsonne, 2004, p. 48). I den biosociale teori beskrives antisocial personlighedsforstyrrelse som en kombination af biologisk emotionel ufølsomhed, og et miljø karakteriseret ud fra to faktorer. 1) Forstyrret omsorg, som kommer til udtryk ved utilstrækkelige modeller af omsorg, og omsorgsadfærd fra omsorgsgivere, familie og venner. Omsorg er ikke blevet valideret, eller endda straffet. 2) Modeller af positiv forstærkning ved antisocial adfærd (Patterson et. al. 1989, in McCann et. al., 2000, p. 450). En overordnet tanke i dialektisk adfærdsterapi er således, at terapien skal finde sted i et validerende miljø, hvilket betyder, at personalet ikke er fordømmende, men søger at finde det berettigede i klientens reaktioner (Linehan, 2004, p. 100).

Dialektisk adfærdsterapi er en integrativ behandling, som bygger på henholdsvis indlæringsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi og zenbuddhistisk filosofi. Ud af disse retninger er det indlæringsteori og adfærdsteori, som udgør selve kernen i behandlingen (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 61).

Indlæringsteorien kommer til udtryk i behandlingen ved et fokus på at skabe forudsætninger for nyindlæring, via andre og mere helende forstærkningskontingenser[[33]](#footnote-34) end individet har været vant til i sin opvækst. Et altid gældende princip i dialektisk adfærdsterapi er, at terapeuten aldrig må forstærke destruktiv adfærd. Positiv forstærkning anvendes derimod til at opnå indlæring af nye færdigheder. Der fokuseres på *trinvis indlæring*, hvor det svære der skal opnås inddeles i små skridt ( Ibid., pp. 63-65). Udslukning[[34]](#footnote-35) anvendes i dialektisk adfærdsterapi, ved at mindre funktionel adfærd får lov til at passere, og der i stedet fokuseres på at opmuntre til funktionel adfærd. Den adfærdsterapeutiske teknik *eksponering* kan endvidere anvendes ved fx situationer som vækker angst hos patienten (Ibid., p. 66). Når et menneske har psykiske problemer, kan disse ud fra en indlæringsteoretisk tilgang forstås ud fra forstærkningskontingenser, som man må forsøge at forstå, for at forstå adfærden og derudfra fordre ny indlæring: *”…man må derfor foretage nogle kortlægninger af, hvordan forstærkningskontingenserne ser ud, af hvad der har skabt, styrer, og fastholder selve problemet – alt sammen for at skabe forudsætninger for korrigerende erfaringer og ny indlæring”* (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 67)*.* Dette foregår i dialektisk adfærdsterapi via funktionelle analyser eller kædeanalyser[[35]](#footnote-36).

Den kognitive teori anvendes i dialektisk adfærdsterapi som et grundlag for at forstå, hvordan tanker kan påvirke klienten. Det antages, at automatiske tanker, livsregler, grundantagelser og kognitive skemaer kan medvirke til at patienten har psykiske vanskeligheder. Ifølge Linehan kan det dog være problematisk at anvende rent kognitive teknikker ved personer med voldsom psykisk smerte og indre kaos, da det høje angstniveau kan blokere for kognitioner og medføre, at patienten ikke er modtagelig for fornuft. Linehan mener, at tanker medvirker til at fastholde en given adfærd, men at de ikke er tilstrækkelige til at forklare, hvorfor patienten har fået et givent problem, og de derfor ikke er særligt anvendelige som eneste indfaldsvinkel og følelsesmæssig heling (Ibid., pp. 72-73).

Ordet dialektik kommer af græsk, og betyder ”kunsten at diskutere”, og kan endvidere opfattes som en evne til at se to sider af samme sag. Der er tre grundantagelser inden for dialektikken, som danner grundlag for den dialektiske adfærdsterapi. Den første grundantagelse er, at der altid er sammenhæng mellem dele og helheder. En adfærd kan fx således ikke forstås uafhængig af sin kontekst. Den anden grundantagelse er, at virkeligheden opfattes som foranderlig. Den består af indre modsatrettede kræfter (teser og antiteser) og af disse kræfters syntese opstår nye modsatrettede kræfter. Det er en vigtig tanke i dialektikken, at alle udsagn rummer deres egen modsætning. Linehan beskriver at et dialektisk dilemma i terapi med bordelineklienter, vedrører spændingen mellem accept og forandring, fx når det er ønskværdigt at forklare klienten at vedkommende er god nok – samtidig med at klienten skal ændre sig. Dilemmaet for terapeuten bliver således samtidig at skulle bekræfte og konfrontere klienten. Den sidste grundantagelse i dialektikken udspringer af de ovenstående, og dækker over at verden består af forandring og proces, snarere end form og indhold. Både klienten og miljøet er foranderligt, hvilket er et fokus i terapien, at klienten skal lære at leve med denne forandring (Linehan, 2004, pp. 18-19; Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 73-74).

Buddhismen er en østlig filosofi, hvor den buddhistiske meditation er karakteriseret ved en søgen imod at være nærværende og opmærksom i nuet. Det antages ud fra denne tankegang, at det er lettere at håndtere smertefulde følelser, hvis man kan observere og beskrive dem i nuet, frem for at bruge energi på at tænke på fortiden. Det er endvidere vigtigt ikke at bruge energi på at dømme eller vurdere det observerede, da det at være til stede i nuet gør mennesker mere rolige, da dømmende tanker kan skabe følelser, der er meget ladede og vanskelige at håndtere (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 74).

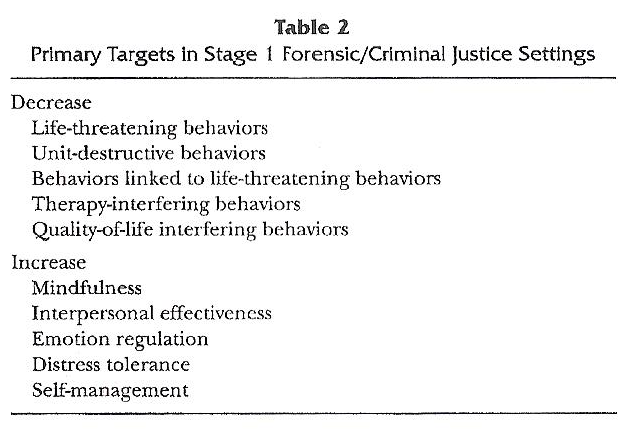
### 

### *4.4.2. Behandlingen*

Dialektisk adfærdsterapi er en kompleks behandlingsmetode, som søger at hjælpe klienter med komplekse problemer. For at hjælpe klienten effektivt anvendes flere parallelle behandlingsspor: færdighedstræning, individuel træning, telefonkontakt (som i The CMHIP Forensic Model er erstattet med løbende ”konsultation med patienten”), teamarbejde mm., som tilsammen skal føre til at klienten opnår sine mål (Ibid, p. 76; McCann & Ball, 2000, p. 452).

Inden behandlingen påbegyndes udfyldes en skriftlig aftale med patienten*,* som har til formål at fremme klarhed over og struktur for behandlingen. Patienten skal skrive under på, at vedkommende vil forsøge at eliminere skadelig adfærd, hvilket er et hjælpsomt værktøj at have, når der opstår uoverensstemmelser. Med retspsykiatriske klienter er behandlingen ikke frivillig, hvilket udgør et dialektisk dilemma mellem frivillighed og tvang. Hvis en patient nægter at deltage i dialektisk adfærdsterapi, kan man med fordel gennemgå fordele og ulemper ved at deltage, hvor ulempen fx er, at blive overflyttet til en afdeling hvor der er mere opsyn, og fordelen kan være øget frihed, og selvbestemmelse (McCann & Ball, 2000, p. 454).

Selve behandlingen er struktureret efter et målhierarki. I den oprindelige dialektiske adfærdsterapi er der fire forskellige faser[[36]](#footnote-37), hvor der i terapi på en retspsykiatrisk afdeling primært fokuseres på den første fase: ”At opnå sikkerhed og stabilitet” (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.86-89, McCann & Ball, 2000, p. 454). Denne fase er inddelt i forskellige delmål. Disse er overordnet inddelt i adfærd som skal mindskes, som fx livstruende adfærd og terapiforstyrrende adfærd, og mere emotionelt betonede færdigheder som skal opnås, fx mindfullness og følelsesregulering. Disse mål fremgår af nedenstående model.

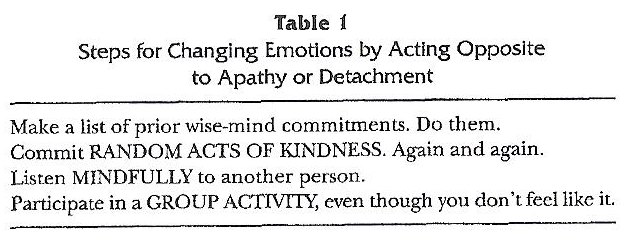


(McCann & Ball, 2000, p. 454)

*Færdighedstræningen* i dialektisk adfærdsterapi bygger på en antagelse om, at patientens problemer skyldes manglende færdigheder, som vedkommende skal lære. Færdighedstræningen er manualbaseret, og foregår ofte i gruppe, hvor der mellem sessionerne er hjemmeopgaver i de forskellige færdigheder. Træningssessionerne følger en manual, som indeholder tydelige, detaljerede instruktioner og arbejdsark til de forskellige færdigheder. Disse er i den oprindelige dialektiske adfærdsterapi ”opmærksomhedsfærdigheder”, ”relationsfærdigheder”, ”færdigheder i følelsesregulering” og ”at holde-ud færdigheder”, som gennemgås i nævnte rækkefølge. Denne rækkefølge gennemgås to gange. (Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 76-77). I *The CMHIP Forensic Model* foregår færdighedstræningen ved rollespil og skriftlige opgaver, hvori der er eksamener (McCann & Ball, 2000, p. 451).

Specielt for *The CMHIP Forensic Model* er endvidere, at der er tilføjet ”selvkontrol” som en færdighed, der også skal læres. ”Færdigheder i følelsesregulering” er desuden også tilpasset til klienter på en retspsykiatrisk afdeling, og disse færdigheder er: a) fremme emotionel tilknytning; b) fremme opmærksomhed på empati og konsekvenser for andre c) udføre “tilfældige venlige handlinger[[37]](#footnote-38)”. Vigtige trin i at fremme emotionel tilknytning er at 1) Fremme viden om andres oplevelser, 2) fremme adfærd som gør, at andre føler sig holdt af, 3) forstå forstærkere for tilknytning og adskillelse, 4) opdage og skabe et socialt støtte system (McCann & Ball, 1996b, in McCann & Ball, 2000, p. 452).

Kognitive forvrængninger omkring emotioner kan være en forhindring for at fremme emotioner, omsorg, medfølelse, sårbarhed og empati. Der eksisterer ofte myter om emotioner, som patienten med antisocial adfærd tror på, som fx ”Rigtige mænd græder ikke” og ”At være bange er skamfuldt”, hvor disse myter er vigtige at aflive i gruppen, da de kan forhindre emotionel tilknytning til andre. Yderligere forhindringer for at knytte sig til andre, er at kede sig, være apatisk eller afsondret. Der er udviklet trin for at modarbejde dette, som ses i skemaet herunder. Klienten skal følge disse i tilstræbelserne på at udvikle en emotionel tilknytning. Random acts of kindness, som står nævnt i skemaer, kan fx indebære at hilse på andre, tale med en du ikke kender, og give komplimenter (McCann & Ball, 2000, p. 452).



(McCann & Ball, 2000, p. 452)

Sideløbende med færdighedstræningen skal individet deltage i *individuel terapi*. Formålet med denne terapi er at terapeuten med udgangspunkt i behandlingsmålshiearkiet udfører adfærds- og løsningsanalyser af livstruende og terapiforstyrrende adfærd. Og endvidere skal terapeuten opmuntre til og forstærke evner hos patienten, samtidig med at vedkommende validerer patientens oplevelse af og vanskelighed ved at forandre sig (McCann & Ball, 2000, p. 450). Sessionen indledes med et varmt velkommen, og terapeuten pejler sig ind på patientens følelser. Næste skridt er at lave en dagsorden, hvor det besluttes, hvad sessionen skal bruges til. Som fast hjemmeopgave skal patienten udfylde et dagsbogsark, hvor det noteres, hvilken problemadfærd der er dukket op, hvilke færdigheder patienten har anvendt, og hvordan de virkede. Dagbogsarket hjælper til at holde fokus på behandlingen, og vise klientens fremskridt og vanskeligheder. Endvidere kan det være hjælpsomt for patienten via dagbogsarket at opnå et mere nuanceret syn på vedkommendes liv, som måske sommetider kan blive noget unuanceret ved stærke affekter (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 95). På en retspsykiatrisk afdeling har de fleste klienter også akse 1 lidelser, og ud over de overordnede behandlingsmål, anvendes dagbogsarket til at holde øje med tilbagefald inden for disse. I starten fokuserer målene primært på livstruende og afdelings-destruktiv adfærd, hvor en given adfærd, som fx brugen af ordet ”kælling” kan blive noteret på kortet. Når patienten lærer nye færdigheder bliver livstruende og afdelingstruende adfærd sjældnere, og fokus flyttes til adfærd som er livstruende og behandlingsforstyrrende. Dagbogskortene skal udfyldes dagligt, og nogle patienter får deres kort underskrevet af personale dagligt (McCann & Ball, 2000, pp. 450-451).

Når en patient deltager i problemadfærd skal vedkommende uføre en skriftlig *kædeanalyse,* som skaludmønte sig i forskellige forslag til alternative tilgange og handlinger, og ligeledes problemløsning over tid. En kædeanalyse indeholder 1) identificering af en nylig indtruffen betydningsfuld og problematisk situation, der skal kortlægges, 2) Identificering af selve problemadfærden i situationen, fx et aggressivt udbrud, 3) Identificering af mulige variabler, som har udløst, medieret, og kontrolleret problemadfærden: a) sårbarhedsfaktorer, som fx søvnproblemer, dårlige kostvaner, længerevarende stress, b) udløsende faktorer (triggere), c) Medierende faktorer, som har ført til adfærden: tanker, følelser, adfærd, d) konsekvenser både på kortere og længere sigt. Det kan være svært at få patienterne til at færdiggøre disse analyser, hvilket kan afhjælpes ved at tilbageholde privilegier indtil, kædeanalysen er færdiggjort. Hvis flere patienter har deltaget i problemadfærden, er det endvidere hensigtsmæssigt at sammenligne kædeanalyserne efterfølgende. Det medfører en øget ærlighed i disse analyser, når klienterne ved, at de vil blive sammenlignet (Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 67-68; McCann & Ball, 2000, p. 451).

I den klassiske dialektiske adfærdsterapi er det endvidere muligt for klienten at ringe til terapeuten mellem sessionerne i forskellige situationer: 1)Når klienten er i krise, og ikke ved hvilke færdigheder vedkommende skal anvende, 2) Når klienten har behov for hjælp til at generalisere sine færdigheder og 3) Når klienten er bekymret for, om relationen til terapeuten kan holde. Formålet med samtalerne er ikke terapi, men terapeutens opgave er at bekræfte klientens problem, samt henvise til anvendelse af færdighederne (Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 79-80). På en retspsykiatrisk afdeling foregår denne konsultation fx via plakater, som kan mindre patienterne om givne færdigheder, coaching på stedet, og modellæring[[38]](#footnote-39), både ved at iagttage personalet, men også andre patienter (McCann & Ball, 2000, p. 452).

Som et ekstra tiltag i dialektisk adfærdsterapi på en retspsykiatrisk afdeling tilføjes der endvidere et såkaldt *crime review*, med henblik på at fremme empati med offeret, og forhindre voldelige tilbagefald*.* Dette kan patienten henvises til, når vedkommende har fuldført den grundlæggende dialektisk adfærdsterapi træning, og har gennemført en tilfredsstillende eksamen i disse evner. Med henblik på at forstå hvad der ledte til hændelsen, udfører patienten er skriftlig kædeanalyse, ud fra politirapporten. Hver patient præsenterer sin forbrydelse for gruppen i fem sessioner, som har forskellig fremgangsmåde. I den første session beskriver patienten forbrydelsen specifikt og uden at være fordømmende, og endvidere beskrives hændelser som ledte til forbrydelsen, og sårbarhedsfaktorer. I den anden session søges det at fremme empati for offeret, ved at patienten forklarer de konsekvenser som forbrydelsen har for ofrene. I den tredje session gennemgås forbrydelsen via en kædeanalyse, men ud fra ofrenes synspunkt. I den fjerde session udarbejdes en tilbagefaldsplan ved at patienten opsummerer årsagerne til hændelsen. Dette kan være hvilke evner patienten manglede, indblandede følelser, forstærkning af ineffektiv adfærd, og straf for effektiv adfærd. Patienten finder forskellige løsninger, med udgangspunkt i de tillærte evner fra den dialektisk adfærdsterapi, som kan anvendes i en lignende situation. Den femte og sidste session omhandler udbedring, hvad patienten kan gøre for at rette op på konsekvenserne af deres forbrydelse. I dette crime review kan patienter deltage i rollespil som bliver videooptagede, for at fremme empati med offeret, hvor der fx er en der spiller offeret (McCann & Ball, 2000, p. 453).

Som en integreret del af behandlingen indgår personalet endvidere ugentligt i et såkaldte *consultation team*. Cases gennemgås med henblik på at, terapeuten fortsat fokuserer på den terapeutiske opgave. Disse møder holdes i en dialektisk ånd, hvor et hyppigt dilemma er splittet mellem at være fokuseret på behandling og at være fokuseret på sikkerhed. Endvidere er disse møder vigtige med henblik på at undgå burnout, som er specielt vigtigt at være opmærksom på, ved intenst samvær med nærværende klientgruppe (Ibid., pp. 448+452).

## 4.5. Miljøterapi på dynamisk grundlag

Miljøterapi på dynamisk grundlag er ikke, som det var tilfældet med ovenstående behandlingstilgang, udviklet specifikt til at behandle individer med psykopati. Salekins metaanalyse fandt dog at, psykoanalytisk terapi kan være virksomt i behandlingen af individer med psykopati, og prognosen var bedre, jo mere intensiv behandlinger var[[39]](#footnote-40). Disse resultater mener jeg retfærdiggør inddragelsen af en miljøterapeutisk tilgang, omend dens fokus på relationer også kan være forbundet med nogle vanskeligheder i forbindelse med behandlingen af denne gruppe.

### *4.5.1.Det teoretiske grundlag for behandlingen*

Moderne miljøterapi har sine rødder i humanismen, og bygger på et teoretisk fundament af først og fremmest psykodynamisk, men også organisationspsykologisk, udviklingspsykologi og psykoterapeutisk metode, kombineret med erfaring indhøstet gennem mange års miljøterapeutisk praksis (Schjødt & Heinskou, 2007, p. 26).

Rammer, relation og respons er ifølge Vitger (1999/00) de kurative hovedfaktorer psykoanalytiske terapier bygger på (p. 188). Disse er ligeledes de faktorer, der er i fokus i miljøterapi på dynamisk grundlag. Forsvarsmekanismer, overføring og modoverføring er endvidere væsentlige dynamiske faktorer i behandlingen.

Som Kernberg beskriver, anvender individet med psykopati primært primitive forsvarsmekanismer, som projektion, splitting, benægten, acting out og devaluering[[40]](#footnote-41). *Projektiv identifikation* er endvidere en vigtig forsvarsmekanisme at nævne i behandlingen af disse klienter. Ved projektiv identifikation projicerer individet uudholdelige dele af sig selv over på en anden person. Ved et specielt pres påvirkes denne person til at identificere sig med det projicerede, og presses til at tænke, føle og agere i overensstemmelse med projektionen. Efter at projektionen er blevet bearbejdet af modtageren, bliver den reinternaliseret hos afsenderen (Ogden, 1979, p. 358).

Ved *overføring* forstås, at klienten overførerfølelsesmæssige relationer fra barndommen til den aktuelle situation, og agerer herefter. Personalets ubevidste reaktion på denne overføring, kaldes *modoverføring*. Dette er dog en snæver betegnelse, og specielt ved dårligt integrerede patienter, som individer med psykopati er, kan man med fordel arbejde ud fra et bredere begreb, hvor modoverføring defineres som det samlede følelsesmæssige felt, der opstår mellem patient og behandler. Dette felt består af både bevidste og ubevidste elementer, fra flere sider. Patientens aktuelle situation, patientens overføring, behandlerens reaktion på patientens overføring og ligeledes behandlerens mere omfattende bevidste og ubevidste reaktion på patienten (Jørgensen, 2007, pp. 101-102).

### *4.5.2. Miljøterapi*

### 

Selvom miljøterapi er udbredt i Danmark, og mange psykiatriske institutioner betragter denne tilgang som en væsentlig del af deres behandling, er det svært præcist at definere, hvad der menes med miljøterapi. En snæver betegnelse vil være at beskrive de forskellige praksisformer, som fx aktivitetsbaserede grupper, kontaktpersonfunktion og træning af sociale og praktiske færdigheder. Ifølge Torben Schjødt og Torben Heinskou, redaktørerne på bogen ”Miljøterapi på dynamisk grundlag” (2007), er dette ikke forkert, men det er en noget afgrænset forståelse, som gør det svært at se, hvad miljøterapiens særlige kendetegn er. Overfor denne snævre afgrænsning står en bred opfattelse, der bygger på den grundlæggende antagelse, at patienter der tilknyttes en behandlingsinstitution påvirkes af institutionen som helhed (Schjødt & Heinskou, 2007, p. 16). I en bredere betydning, som Schjødt og Heinskou tager udgangspunkt i, kan miljøterapi defineres som: *”en behandlingsmodel, karakteriseret ved bestræbelsen på bevidst at tilrettelægge den samlede sum af organisatoriske, psykologiske, sociale og kulturelle påvirkninger, således at institutionen som helhed og relationerne heri fremmer psykisk udvikling”* ( Schjødt & Heinskou, 2007, p. 17).

### 

### *4.5.3. Det terapeutiske miljø*

Ifølge moderne psykologisk og psykodynamisk teori er psykisk sundhed og sygdom forbundet med tidlige oplevelser af tilknytning, relation og samspil. I miljøterapi på dynamisk grundlag antages det således, at forandring kan skabes ved relationelle oplevelser. Disse skal have en sådan emotionel tyngde, at de får indflydelse på klientens antagelser og forestillingsbilleder, som tidligere erfaringer har medført. Herved opstår en såkaldt korrigerende emotionel oplevelse[[41]](#footnote-42) (Alexander, 1946, in Schjødt & Heinskou, 2007, p. 19). Da individet med psykopati ikke tidligere har oplevet at indgå i relationer, hvor vedkommende blev set og spejlet på en tilstrækkelig god måde, er det personalets opgave at stille sig til rådighed som et stabile og rummende individer. Set ud fra objektrelationsteorien skal de være det gode objekt: *”Terapeuten skal være et godt objekt hos en patient, hvor det gode indre objekt hidtil har manglet, og skal på den måde hjælpe patienten til en tilknytning ”* (Jørgensen, 2007, p. 96).

Det er vigtigt, at miljøet giver hver enkelt patient mulighed for at etablere og danne relationer på det niveau, som er optimalt for den aktuelle psykologiske udvikling (Schjødt & Heinskou, 2007, pp. 19-20). For at øge chancen for forskellige typer relationel erfaringsdannelse, skal det terapeutiske miljø skabe mulighed for relationsdannelse både på to-personers niveau og på gruppeniveau (Whitley, 2004, in Schjødt & Heinskou, 2007, p. 20). Klienter med en svær grad af psykopati vil dog sandsynligvis ikke være motiverede for den behandling og de relationer der tilbydes i det terapeutiske miljø, da en forudsætning for at tåle kontakt er, at klienten har internaliseret gode indre objekter, eller relationer til objekter (Bateman & Holmes, 1999, in Bergman, 2007, p. 128). Ifølge Kernberg har individer med antisocial personlighedsforstyrrelse proper netop ikke det[[42]](#footnote-43). Det er derfor en behandlingsmæssig udfordring at etablere kontakt, og indlede en dialog med disse klienter (Thorgaard & Rosenbaum, 1996, in Bergman, 2007, p. 128). Tine Wøbbe (2007) mener således, at denne behandlingsform måske kan være kontraindikeret for de sværeste tilfælde af psykopati, hvilket er vigtigt at vurdere ved en grundig udredning inden behandlingen påbegyndes (p. 222).

I det terapeutiske miljø er den fysiske tryghed vigtig. Specielt i arbejdet med individer med psykopati er det vigtigt at sikre, at såvel personale, andre klienter og klienten selv ikke er i fare. Terapi med denne gruppe klienter foregår således med mere faste rammer end det ellers er tilfældet i miljøterapi. Da individet med psykopati har tendens til at være udadreagerende i forbindelse med svære følelser, er det vigtigt, at miljøet forhindrer fysiske flugtforsøg. Generelt skal regler og krav være utvetydige, og det skal være klart for alle hvad konsekvensen er, hvis reglerne brydes. Tillid, som normalt er i fokus i miljøterapi, bør i et vist omfang erstattes af kontrol. Psykologiske flugtforsøg bør ligeledes begrænses. Dette opnås ved, at personalet konfronterer klienten med realiteterne og endvidere korrigerer patientens idylliserende eller projicerende måde at opfatte sig selv og omverden på. Kun ved denne fremgangsmåde kan klienten blive bedre til få kontakt med og udholde de følelser der ligger til grund for adfærden. På denne måde kan der efterhånden udvikles et ”rum” for tænkning på den ellers direkte vej fra følelser til handling (Wøbbe, 2007, pp. 229-231).

*Det sociale fællesskab* er en central del af det terapeutiske miljø*.* Medinddragelse og medansvar i dette er centralt, da disse bidrager til psykologisk vækst. Det sociale fællesskab danner endvidere en konkret-praktisk basis for det sociale samvær, hvor den enkelte kan udføre relationelle ”eksperimenter”. Hverdagen i miljøet bør indeholde en tryghedsskabende, forudsigelig og stabil dagsrytme, i forhold til fx måltider, møder, og aktiviteter. Dette er vigtigt for den *undersøgende kultur*, og ligeledes giver det mulighed for at opfange irrationelle afvigelser fra rutinen og ekstraordinære begivenheder i miljøet. Med undersøgende kultur menes, at de reaktioner, problemer og konflikter som udspiller sig i miljøet, ikke bør opfattes som fx sygelige, men skal gøres til genstand for overvejelse og refleksion. Miljøet fungerer herved som en ”projektionsskærm” hvorpå patienternes indre dramaer udspiller sig, ved fx gentagne konflikter med personalet, eller ved idealisering eller devaluering af bestemte personer i miljøet. Det er væsentligt at holde sig for øje, at også personalets indre scene i et vist omfang udspiller sig på miljøets projektionsskærm, og skal tages i betragtning for at kunne forstå processerne i miljøet i sin helhed (Schjødt & Heinskou, 2007, pp. 24-26).

### 

### *4.5.4. Behandlingen*

Som en del af hverdagen indgår patienterne i to grupper; henholdsvis en *opgave eller emnegruppe* og en *samtalegruppe*. I opgave- eller emnegrupperne samarbejder personale og patienter om en opgave eller et emne, der i større eller mindre grad indeholder elementer af ADL (activities of daily living). Udover det konkrete indhold er formålet med disse grupper at styrke patientens selvværd og identitetsfølelse samt evnen til at samarbejde og indgå kompromisser (Dahl & Jørgensen 1985, in Jørgensen, 2007, p. 98). I grupperne undersøges patienternes kontaktform og mønstre i denne, og sammen med patienterne er det muligt at finde mening i den kontakt, samspil og interaktion som foregår mellem patienten og andre patienter såvel som personale (Jørgensen, 2007, p. 98). Det er en særlig styrke ved denne gruppe, at det bliver mindre angstprovokerende for patienten at etablere en relation, når man foretager sig noget sammen. Ved at indskyde en aktivitet i kontakten, bliver samværet knyttet til ”noget tredje”, det ”intersubjektive”, og fokus flyttes dermed fra selve kontakten/relationen (Schjødt, 2000, in Bergman, 2007, p. 129; Bergman, 2007, p. 129).

Samtalegruppernes formål er at undersøge og skabe klarhed omkring de begivenheder som finder sted i miljøet og klienternes oplevelser og følelser forbundet med disse. Denne klarhed kan virke jeg-støttende og angstdæmpende, og samtidig kan den danne grundlag for nye måder at forholde sig på (Jørgensen, 2007, p. 98). De vigtigste faktorer i samtalegruppen er socialisering, spejling og udveksling (Aagaard et. al. 1994, in Heinskou, 2007, p. 109). Det er vigtigt, at terapeuten kommenterer, hvad der opleves som positiv indbyrdes støtte og kontakt mellem patienterne, dog skal forskellighed også understreges, da dette kan virke som et funktionelt forsvar mod at flyde sammen med gruppen (Heinskou, 2007, pp. 119-120). I forbindelse med disse grupper anvender Kibel begrebet *klarificerende fortolkninger*. Disse er rettet mod både bevidst og førbevidst materiale, og har til formål at relatere interaktioner og kollektive reaktioner i gruppen til de omgivende begivenheder. Acting out bør undgås i gruppen, og terapeuterne bør fornødent afbryde fx verbale angreb og skænderier mellem patienterne. Klienter med psykopati bør kun indgå i denne gruppe, hvis vedkommende ikke truer gruppens sikkerhed. Er dette tilfældet, kan individer der ikke kan indgå i gruppen være sammen med *kontaktpersonen[[43]](#footnote-44)* i dette tidsrum i stedet (Heinskou, 2007, pp. 110, 116, 120).

I miljøterapien er det vigtigt, at patienten har et holdepunkt for de mangeartede indtryk. Denne funktion opfylder *kontaktpersonen* via én til én kontakt med patienten. Kontaktpersonens opgave er at ”samle trådene” og funktionen er både koordinerende, relationel, samarbejdende og praktisk. Ud over de koordinerende og mere praktiske funktioner, er det overordnede og vigtigste opgave for kontaktpersonen at etablere en tilstrækkelig eller ”god nok” og tillidsskabende tilknytning for patienten (Bergman, 2007, pp. 124-125). Kontaktpersonens samvær med patienten er ikke baseret på fortolkning, men på en form for ”bevidst medleven” (Crafoord, 1994, in Bergman, 2007, p. 126).

Som en del af miljøterapien kan klienten også indgå i individuel psykoterapi. Individets medvirken i miljøet kan netop være med til at danne en relationel basis for at individuel terapi er muligt, og en kombination af disse viser sig således at optimere begge (Jackson & Cawlay, 1992, in Kaspersen, 2007, p. 147). Psykoterapien kan foregå på forskellige vis, alt efter hvor velintegreret patienten er. De mest velintegrerede patienter kan fx drage nytte af indsigtsgivende terapi, hvor patienten med udgangspunkt i Malans indsigtstrekanter hjælpes til indsigt i hvordan tidligere relationer har betydning for hvordan patienten interagerer i dag. De mindre integrerede kan måske drage nytte af ekspressiv terapi, hvor der analyseres på fx overføringsreaktioner. Hvor de dårligst integrerede kan indgå i støttende terapi. Det skal dog understreges, at dette er et kontinuum, hvor der kan vekslen mellem de forskellige former, alt efter patientens aktuelle behov (Kaspersen, 2007, pp. 152-153).

Som en integreret del af behandlingen afholder personalegruppen såkaldte *refleksions- og supervisionsmøder.* På disse møder analyseres de forskellige personalemedlemmers følelsesmæssige, tankemæssige og handlingsmæssige respons i samværet med patienten. Det forsøges at forstå klientens indre verden ved at analysere både dennes overføring, og personalets modoverføring. Det kan være svært at vurdere i hvor høj grad en følelsesmæssig reaktion hos et personalemedlem skyldes fx projektiv identifikation, eller fx at vedkommendes reaktion på patienten kan forklares ud fra egen overføring; hvor patienten fx bliver forvekslet med en person fra behandlerens fortid. Det er derfor vigtigt, at der i refleksionsgruppen og til supervision er en høj grad af indbyrdes åbenhed, som muliggør italesættelse af svære og indviklede følelser. Personalet skal forholde sig til de projicerede følelser, og forsøge at forstå disse og bearbejde dem, så de bliver udholdelige, og det derved undgås, at personalet projicerer disse videre (Jørgensen, 2007, pp. 101-103).

# 5. Diskussionsdel

Nærværende diskussionsdel er delt ind i fire overordnede emner ”sammenhængen mellem forståelse og behandling”, ” strategier til opnåelse af forandring”, ”relationen” og ”forandring?”. I den første del vil grundlaget for de to behandlingstilgange blive diskuteret. Behandlingsmetoderne vil derefter blive sammenligning i det andet afsnit. I det tredje afsnit vil jeg se på betydningen af klientens evne til at danne emotionelle relationer til andre. Den sidste del har til formål at vurdere, hvilke mål der kan forventes at være realistiske i behandlingen.

## 5. 1. Sammenhængen mellem forståelse og behandling

Miljøterapi på dynamisk grundlag bygger, som titlen indikerer, på et dynamisk grundlag, hvor Dialektisk adfærdsterapi *The CMHIP Forensic Model* [[44]](#footnote-45) er en videreudvikling af en kognitiv terapitradition. Dette bevirker, at tilgangene i forståelsen af individet har fokus på forskellige aspekter. I miljøterapi på dynamisk grundlag forstås individets nuværende problematikker hovedsageligt som værende en afspejling af tidligere mangelfulde forhold. I Kernbergs egopsykologiske objektrelationsteori antages det således, at individet, grundet manglende gode objektrelationer i den tidlige barndom, er præget af identitetsdiffusion og et mangelfuldt udviklet overjeg. En tidlig tilknytning præget af afvisning fra forældrene kan desuden, ifølge Bowlby, medføre, at individet vil forsøge at være emotionelt selvtilstrækkeligt. I DAT tages der udgangspunkt i en biosocial model hvor der både lægges vægt på biologiske dispositioner, og betydningen af et invaliderende miljø. Antisocial adfærd anses som værende tillært i et invaliderende miljø, ved at denne er blevet forstærket og ved, at der har manglet modeller for omsorg, som kan danne grundlag for modelindlæring. En ændring i miljøterapi på dynamisk grundlag vil således indebære en ændring af personlighedsstrukturen, hvor interventionerne i DAT i højere grad kan fokusere særskilt på adfærden.

I behandlingstilgangene kommer denne forskel til udtryk ved, at der i miljøterapi på dynamisk grundlag kontinuerligt er fokus på relationer og udviklingen af disse. Adfærden anses således som værende et udtryk for, at klientens indre verden bliver projiceret ud i miljøet, og adfærden forsøges forstået ud fra klientens forsvarsmekanismer og overføring. I DAT er fokus for behandlingen opstillet i et målhiearki, og det fremgår således tydeligt, hvilken form for adfærd der skal ændres, og i hvilken rækkefølge. Sideløbende deltager individet i færdighedstræning, hvor relationsfærdigheder indøves. Der er således også fokus på relationer i DAT, hvor der er et konkret fokus på indlæring af færdigheder, der kan fremme empati med andre. Ud over disse rollespil må det dog også antages, at relationen til klienten er en vigtig faktor i DAT, om end dette ikke er så eksplicit beskrevet.

## 5.2. Strategier til opnåelse af forandring

Miljøterapi på dynamisk grundlag og DAT er begge intensive behandlingstilgange der foregår i et behandlingsmiljø, og inddrager forskellige behandlingstiltag. I Miljøterapi på dynamisk grundlag er behandlingsaspekterne henholdsvis aktivitetsgrupper, samtalegrupper, kontaktpersonfunktionen, eventuelt individuel terapi og behandlingsmøder for personalet, hvor disse i DAT er færdighedstræning i gruppe, individuel terapi og løbende konsultation med klienten, samt teammøder. Kombinationen af både gruppe og individuelle relationer kan således være med til at give behandlergruppen et nuanceret billede af klientens måde at forholde sig til andre på, og klienten har mulighed for at danne forskellige former for relationer.

Når klienterne lever i miljøet, kan personalet løbende holde øje med klientens adfærd, og korrigere denne, hvis den er uhensigtsmæssig. Dette forgår i DAT ved at udføre en kædeanalyse, og i miljøterapi ved at konfrontere individet med dennes idylliserende eller projicerende måde at opfatte sig selv og omverden på. Det kan overvejes, hvilken betydning disse to måder at korrigere adfærd på har. Som det angives i DAT,kan det være svært at få klienterne til at færdiggøre kædeanalyser. Dette kan hænge sammen med, at individet med psykopati jo netop ikke er vant til at tage ansvar for sine handlinger, og derfor finder dette ubehageligt. En anden tanke kan være, at det er krævende for klienten at udføre en kædeanalyse, da en sådan sætter høje krav til klientens forståelse af egen adfærd, som vedkommende måske ikke i alle tilfælde kan overskue. Det meget konkrete fokus på adfærdsændring og anvendelse af henholdsvis kædeanalyser, dagbogskort og plakater i afdelingen gør, at det er meget tydeligt for klienten, at formålet med behandlingen er, at vedkommende skal ændre sin adfærd. Dette kan være med til at gøre behandlingen overskuelig for klienten, hvor korrektionerne i miljøterapi på dynamisk grundlag måske kan virke mere diffuse. I miljøterapi på dynamisk grundlag er der ikke det samme konkrete fokus på adfærdsændringer, hvilket kan bevirke, at klienten måske ikke føler sig så forkert, som det måske kan være tilfældet ved det kontinuerlige fokus på ændring i DAT. I denne forbindelse er det dialektiske dilemma med accept versus forandring essentielt, da balancegangen mellem disse to poler er vigtig for, at klienten ændrer sig, men ikke føler sig kritiseret.

I DAT lægges der vægt på betydningen af positive og negative forstærkningskontingenser, hvor god adfærd kan medføre en overflytning til en mere åben afdeling, og privilegier kan tilbageholdes fx i forbindelse med udførelse af kædeanalyser. I beskrivelsen af miljøterapi på dynamisk grundlag anvendes ikke indlæringspsykologiske termer, men der synes alligevel at være aspekter af disse. Det angives fx, at der skal være klarhed om regler, og hvad konsekvensen er, hvis disse overtrædes. Dette kan vel egentlig anses som ændring af forstærkningskontingenser, for at udslukke en adfærd. Endvidere må modelindlæring, som er i fokus i DAT, også tænkes at spille en væsentlig rolle i både aktivitets- og samtalegrupperne i miljøterapi på dynamisk grundlag. Terapeuten fremstår her som en rollemodel for, hvordan man opfører sig i relationer og klienten observerer ligeledes, hvordan andre klienter agerer, og hvordan der bliver reageret på dette. Hvis klienten opfatter responsen som forstærkende, er det således sandsynligt, at vedkommende vil efterligne denne eller lignende adfærd, om den så er hensigtsmæssig eller ej. Klienternes indbyrdes samspil er generelt vigtigt at være opmærksom på. Flere individer med psykopati i det samme miljø, kan således lede til adskillige konflikter, som kan være forstyrrende for behandlingen.

Adfærden søges således ændret i begge tilgange, om end der er et forskelligt fokus på dette. Ud over adfærden, er en væsentlig udfordring ved individet med psykopati, om det er muligt for individet at udvikle empati for andre. I DAT anvendes rollespil til at udvikle relationelle færdigheder, og endvidere crime review til at fremme empati med offeret, hvis der er et sådant. I denne forbindelse kan det overvejes, i hvor høj grad det er muligt at indlære empati gennem rollespilsøvelser. En frygt kan være, at disse rollespil blot lærer klienten, hvordan man lader som om, man har empati med andre. Dette er dog blot en tanke, som det er svært at be- eller afkræfte. I miljøterapi på dynamisk grundlag er denne øvelse i empati ikke så eksplicit beskrevet, men målet er i højere grad at individet udvikler relationelle færdigheder ved kontinuerligt at indgå i relationerne i miljøet. I denne forbindelse kan kontaktpersonfunktionen tænkes at spille en væsentlig rolle, da denne person holder trådene samlet for klienten, og således gør noget konkret for klienten. Denne relation kan måske således tænkes at få særlig betydning for klienten.

## 5.3. Relationsevne

Ifølge Vitger anses relationen for værende en væsentlig, om ikke den mest væsentlige faktor for udfaldet af terapien (1999/00, p. 192). Som Lion[[45]](#footnote-46) angiver, bør terapeuten i behandlingen af individet med psykopati dog være opmærksom på, at behandlingsalliancen udvikles langsomt; om overhovedet. Men hvordan kan dette forstås – og hvilken betydning har det? Bowlby beskriver, at det er vanskeligt at ændre arbejdsmodeller, som bygger på en utryg tilknytning. Individet med psykopati vil således stadig ubevidst forvente, at andre afviser vedkommende, også selvom dette ikke er tilfældet. Ligeledes beskriver Kernberg, hvordan individets projektioner gør, at verden opfattes som ond, og at alle gode opleves som værende svage og upålidelige.

Ud fra disse teorier, kan der tænkes at være mange forskellige niveauer af afvisning og manglende gode objektrelationer. Hvis disse arbejdsmodeller og projektioner er meget fastlåste, kan det dog overvejes, om det overhovedet vil være muligt at danne en følelsesmæssig relation med klienten, da denne vil have mistro til ens intentioner. Hvis det antages, at dette for nogle klienter overhovedet ikke er muligt, må der stilles spørgsmål ved, om miljøterapi på dynamisk grundlag så kan hjælpe disse klienter til en strukturel personlighedsændring. Som Wøbbe angiver, er det ikke sikkert, at dette er tilfældet. Hare (2006) påpeger i denne forbindelse, at en behandling, som kun fokuserer på adfærd, muligvis vil virke mindre skræmmende for individet med svært narcissistisk psykopati (in Wøbbe, 2007, p. 224). DAT har et overordnet fokus på adfærd, men inddrager ligeledes relationelle øvelser. Det kan så overvejes om denne behandlingsform måske i højere grad kan hjælpe de svært forstyrrede, i hvert fald til en adfærdsændring.

## 5.4. Forandring ?

Et karakteristika ved individet med psykopati kan netop være, at vedkommende er god til at manipulere. Et spørgsmål er således, om det er muligt at manipulere således, at det virker som om, at der er en sket en ændring, uden at dette er tilfældet? Hare gengiver et eksempel med en psykopat, der havde været i terapi. Efter terapien vurderede flere læger, at han var blevet bedre til at tage ansvar for sine handlinger, bekymre sig om andre, og i det hele taget havde gjort store fremskridt. Efter to år interviewer en af Hares studerende vedkommende, hvor han åbenlyst fortæller om, hvordan han har snydt lægerne til at tro at han havde forandret sig: *”I can´t believe those guys […] who gave them a licence to practice? I wouldn´t let them psychoanalyze my dog! He´d shit all ower them just like I did”* (Hare, 1993, p. 197). Det skal tilføjes, at denne mand scorede højt på Hares psykopatitjekliste, og dette er blot ét eksempel. Ikke desto mindre er denne problematik væsentlig at have in mente.

Som jeg skrev i specialets indledning, har jeg svært ved at vurdere, hvor dybtfølt en undskyldning fra en af mine beboere er. Dette må siges at være en generel problematik, og Wøbbe påpeger således, at man som behandler aldrig bør stole på egen intuition i forhold til ændringer i klientens frihedsgrader, og behandlingstiltag, men altid drøfte dette i personalegruppen (2007, p. 231). I de to inddragne tilgange, må det således ses som en fordel, at der er flere til at vurdere dette, om end dette, som det ovenstående eksempel indikerer, kan være svært, selvom man er flere.

. Da både miljøterapi på dynamisk grundlag og DAT finder sted i et behandlingsmiljø, er det ligeledes væsentligt at overveje, hvordan det påvirker individet, at komme tilbage til sit vante miljø igen. I behandlingsmiljøerne har personalet formet adfærden ud fra forstærkningskontingenser, og således kunnet agere overjeg for klienten. Hvis individet fx kommer tilbage til et kriminelt miljø, vil vedkommende så hurtigt igen tillægge sig antisocial adfærd, selvom vedkommende havde ændret denne i terapien? Og hvordan vil det gå med individets evne til selvregulering? Som med al anden terapi må dette nødvendigvis afhænge af, i hvor høj grad individets nye adfærd kan blive forstærket udenfor terapien og ligeledes i hvor høj grad, individet har kunnet udvikle empati for andre via en strukturel personlighedsforandring.

Som det fremgår af Salekins metaanalyse, kan der i dag være grobund for et mere optimistisk syn på behandlingen af psykopati, end det tidligere har været tilfældet. Der var dog flere metodeproblemer i disse undersøgelser. Hvis det i højere grad fokuseres på individuelle forskelle og sværhedsgraden af forstyrrelsen, når der udføres undersøgelser, kan dette måske være med til at give et klarere billede af, hvor problematisk det er at behandle disse klienter og hvilke tilgange der kan anses som værende mest effektive for hvem. Som det var tilfældet med de terapeutiske samfund, var dette netop en uhensigtsmæssig måde at behandle de sværeste psykopater på, men viste fremskridt for lettere forstyrrede. Det er således vigtigt ikke at kæmme alle over en kam, og antage, at hvis man kan opfylde kriterierne for ”antisocial personlighedsforstyrrelse” ”dyssocial personlighedsstruktur” eller ”psykopati”, så kan man ikke behandles overhovedet. Som Salekin lægger op til, er der netop behov for en anden generation af undersøgelser, som belyser behandlingen af individer med psykopati (2002, p. 107).

# 6. Konklusion

Formålet med dette speciale var ud fra en teoretisk referenceramme at beskrive forholdet mellem hvordan udviklingen af psykopati kan forstås og hvordan det ud fra denne forståelse kan behandles. Målet var endvidere at vurdere, hvilke mål der kan være realistiske for behandlingen af denne forstyrrelse.

Der har gennem tiden eksisteret adskillige beskrivelser og forståelser af psykopati, hvilket stadig gør sig gældende. I dette speciale er der således lagt vægt på klassifikationerne i DSMIV, ICD10, Hares psykopatitjekliste, Kernbergs strukturelle personlighedsorganisering og Psykodynamisk diagnostisk manual. Ved gennemgangen af disse blev det klart, at der er stor forskel på, hvad man forstår ved psykopati i dag. Og det er således af væsentlig betydning for behandlingsprognosen hvilke kriterier, og hvor mange individet med psykopati opfylder.

Psykopati kan forklares ud fra forskellige forståelser, og i dette speciale er fire forskellige inddraget. Ingen af disse forståelser kan fuldt ud forklare, hvordan psykopati opstår, men tilsammen kan de forklare forskellige aspekter ved forstyrrelsen. Ud fra en biologisk tilgang kan den manglende evne til moralsk beslutningstagen forbindes med strukturelle deficits i henholdsvis det præfrontale cortes og amygdala. Aggressivitet er endvidere forbundet med hormonerne testosteron, og kortisol og endvidere neurotransmitteren serotonin. Impulsivitet der kendetegner individet med psykopati kan ifølge Hare skyldes et lavt niveau af kortikal arousal. Ifølge Skinners radikale behaviorisme kan den antisociale adfærd forstås i lyset af, at denne tidligere er blevet forstærket. Bandura tilslutter sig i sin sociale indlæringsteori Skinners synspunkt, og tilføjer endvidere, at en væsentlig faktor i indlæring er modelindlæring, hvor en adfærd indlæres ved at individet observerer andre udføre denne. Specielt hvis adfærden bliver forstærket er det sandsynligt, at individet vil efterligne denne eller en lignende adfærd. Ifølge Kernbergs egopsykologiske objektrelationsteori er årsagen til psykopati, at individet ikke i tilstrækkelig grad har oplevet positive objektrelationer i den tidlige barndom. Som følge heraf har det ikke været muligt at internalisere forældrenes krav, og det har således ikke været muligt at udvikle et velstruktureret overjeg. Individet fungerer på et splittingniveau hvor den indre vrede projiceres ud i verden, hvilket medfører, at verden opleves som et voldeligt og hadefuldt sted, og andre mennesker opfattes som værende utilregnelige eller onde. Ifølge nyere forskning ud fra Bowlbys tilknytningsteori, er der en tendens der tyder på, at psykopati kan forbindes med en ængstelig undvigende tilknytning, som er karakteriseret ved, at individet grundet tidlige afvisninger fra forældrene vil forsøge at være emotionelt selvtilstrækkelig. Disse afvisninger har endvidere medført en vrede overfor forældrene, som kan blive lagt over på andre.

Til beskrivelse af behandlingen af individet med psykopati er to forskellige tilgange blevet beskrevet, henholdsvis en tilpasning af dialektisk adfærdsterapi til en retspsykiatrisk afdeling og miljøterapi på dynamisk grundlag. Førstnævnte bygger på en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang. Det primære fokus i denne tilgang er at ændre adfærd, hvor der er opstillet et målhiearki for rækkefølgen af adfærdsændringerne. Dette søges opnået ved gennemførelse af kædeanalyser, og ligeledes ved notering af adfærden på dagbogsark. Sideløbende deltager individet i færdighedstræning, hvor relationelle færdigheder indøves via rollespil. I den anden tilgang, miljøterapi på dynamisk grundlag, er fokus på den løbende udvikling af relationer. Til opnåelse af dette deltager individet i en emne- eller aktivitetsgruppe, hvor formålet er, at styrke individets relationsevne, og ligeledes styrke selvværd og identitetsfølelse. Ligeledes indgår individet i en samtalegruppe hvor der tales om begivenhederne i miljøet. Målet med denne behandling er således at give individet emotionelt korrigerende oplevelser, og derved forsøge at opnå en strukturel personlighedsændring. En væsentlig faktor i denne tilgang er at konfrontere individet med idylliserende og devaluerende måde at forholde sig til verden på.

Hvis adfærd forstås som indlært vis forstærkning og modelindlæring kan den således forsøges ændret ved at anvende en terapi, der inddrager disse aspekter. Hvis psykopati anses som værende en følge af henholdsvis en utryg tilknytning og manglende gode objektrelationer i barndommen, vil en tilgang som fx miljøterapi på dynamisk grundlag, der fokuserer på udvikling af relationer være et oplagt valg. I behandlingen af individet med psykopati er det dog væsentligt kontinuerligt at have fokus på adfærd også i denne tilgang. Jo sværere forstyrret individet er, jo sværere vil det have ved at knytte sig emotionelt til andre, og det bør således overvejes, om en tilgang som miljøterapi på dynamisk grundlag er angstprovokerende for de mest forstyrrede individer, hvor en tilgang der kun fokuserer på adfærd måske kan være mere anvendelig. Det er således vigtigt med grundig accessment inden en behandling påbegyndes. Generelt er mere forskning inden for området at ønske, for at skabe et billede af, hvilke behandlinger der er anvendelige til hver enkelt klient, og hvilke behandlingsmål der er realistiske. Mere forskning vil således også kunne belyse i hvor høj grad det er muligt at opnå strukturelle personlighedsændringer, eller målet blot sommetider skal være at ændre adfærden.

# 

# 7. Referenceliste

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental*

*Disorders* 4. Ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association. Pp. 629 650 (22 sider)

Bergman, A. (2007) Kontaktpersonen i miljøterapien. In T. Schjødt & T. Heinskou

*Miljøterapi på dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels

forlag. Pp. 124-146 (23 sider)

Bowlby, J. (1988/94) *En sikker base.* *Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser.*

Frederiksberg: Det lille forlag. Pp. 133-152 (30 sider)

Broberg, A., Mothander, P.R., Granqvist, P., Ivarsson, T. (2010) *Tilknytning i*

*praksis.Tilknytningsteoriens anvendelse i forskning og klinisk arbejde.* 1. udg., 1. opl., København: Hans Reitzels forlag, Pp. 255-269 (15 sider)

Dahl, A.A. & Dalsegg, A. (1999) *Charmør og tyran. Et indblik i psykopaternes og ofrenes*

*verden*.1.udg. 1. opl. København: Munksgård. Pp. 5-290 (286 sider)

Cooke, D.J. (1998) Cross-Cultural Aspects of Psychopathy In T.Millon; E. Simonsen; M.

Birket-Smith & R.D. Davis *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and violent*

*Behavior* N.Y.: The Guilford Press. Pp. 260- 276 (17 sider)

Egidius, H. (2005) *Psykologisk leksikon.* 2. Udg., 1. Opl., København: Hans Reitzels forlag,

Pp. 288,310, 605 (3 sider)

Ewen, R.B. (2003) *An Introduction to Theories of Personality*. 6. Ed. Mahwah, New Jersey:

Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. Pp. 309-340 + 365-386 (63

sider)

Gabbard, G.O. (2005) *Psychodynamic Psychiatri in Clinical Practice* 4. Ed. Washington

D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc. Pp. 513-540 (28 sider)

Gao, Y.; Glenn, A.L.; Schug, R.A. Yang, Y. & Raine, A (2009) The Neurobiology of

Psychopathy: A Neurodevelopmental Perspective *The Canadian Journal of*

*Psychiatry*. Vol 54 No 12. Pp. 813-823 (11 sider)

Hallman, J. & Oreland, L. (1989) Serotonergic mechanisms and psychiatric disorders *Nordisk*

*Psykiatrisk tidsskrift* 43 Suppl 20. Pp. 53-59 (7 sider)

Hare, R.D. (1972) *Psykopati. Teori og forskning* København: Hans Reitzels forlag. Pp. 83- 101, 148-158 (30 sider)

Hare, R.D. (1993) *Without Conscience* New York: The Guilford Press. Pp. 155-205 (51 sider)

Hare, R.D.& Neumann, C.S. (2006) The PCL-R Assessment of Psychopathy. Development,

Structural Properties, and New Directions In C.J. Patrick *Handbook of*

*Psychopathy* New York: The Guildford Press. Pp. 58-88 (30 sider).

Hart, S. (2009) *Den følsomme hjerne. Hjernens udvikling gennem tilknytning og*

*samhørighedsbånd* 1. udg., 2. opl., København: Hans Reitzels forlag, pp. 11-15 (5 sider)

Heinskou, T. (2007) Miljøterapiens organisationspsykologiske aspekt. In T. Schjødt & T.

Heinskou *Miljøterapi på dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans

Reitzels forlag. Pp. 27-48 (22 sider)

Jørgensen, C.R. (2009) *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og*

*behandling af borderlinelidelse* 2. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels

Forlag. Pp. 114-141 (28 sider)

Jørgensen, M.G. (2007) Hverdagen og det projektive miljø. In T. Schjødt & T. Heinskou

*Miljøterapi på dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels

forlag.Pp. 91-107 (18 sider).

Kaspersen, L. (2007) Miljøterapi og psykoterapi. In T. Schjødt & T. Heinskou *Miljøterapi på*

*dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels forlag. Pp. 147-

162 (16 sider).

Kernberg, O.F. (1981) Structural Interviewing *Psychiatric Clinics of North America* Vol. 4.

No. 1. Pp. 169-194 (26 sider)

Kernberg, O.F. (1984) *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. USA: Jason

Aronson Inc. Pp. 19-160 (140 sider)

Kernberg, O.F. (1992) *Aggression in Personality and Perversions*. Binghamton, N.Y.:Vail-

Ballou Press. Pp. 67-86 (20 sider)

Kernberg, O.F. (1998) The Psychotherapeutic Management of Psychopathic, Narcissistic, and

Paranoid Transferences, In T.Millon; E. Simonsen; M. Birket-Smith & R.D. Davis *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and violent Behavior* N.Y.: The Guilford Press. Pp. 372-392 (21 sider)

Køppe, S. (2007) Objektrelationsteori. In B. Karpatschof & B. Katzenelson *Klassisk og*

*moderne psykologisk teori* . 1. udg. 2. opl. Hans Reitzels forlag. pp. 158-173 (16 sider)

Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2004) *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og*

*teknik*.1. udg. 1. opl. Danmark: Psykologisk forlag A/S. Pp. 9 – 246 (238 sider)

Linehan, M.M. (1993) *Manual til dialektisk adfærdsterapi*  *-færdighedstræning*. 1. udg. 1. opl.

Danmark: Dansk psykologisk forlag. Pp. 9-294 (286 sider)

Lundin, P. (2009) *En morders bekendelser*. 1. udg. 1. opl. Danmark: Turbulenz ApS. Pp. 5-

233 (229 sider)

McCann, R.A. & Ball, E.M. (2000) DBT With an Inpatient Forensic Population: The CMHIP

Forensic Model *Cognitive and Behavioral Practice* 7. Pp. 447-456 (10 sider)

Millon, T.; Simonsen, E. & Birket-Smith, M. (1998) Historical Conceptions of Psychopathy

in the United States and Europe In T.Millon; E. Simonsen; M. Birket-Smith & R.D. Davis *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and violent Behavior* N.Y.: The Guilford Press. Pp. 3-31 (29 sider)

Mortensen, K.V.(2001) *Fra neuroser til relationsforstyrrelser. Psykoanalytiske*

*udviklingsteorier og klassifikationer af psykopati*. 2. udg. 1. opl. København: Nordisk Forlag A/S. Pp. 180-198+ 347-398 (71 sider)

Mørch, M.M. & Rosenberg, N. (2005) Kognitiv terapi In M.M. Mørch & N. Rosenberg

*Kognitiv terapi. Modeller og metoder.* 1. udg. 5. opl. Hans Reitzels forlag. pp. 17-45 (29 sider)

Nielsen, K. (2007) Behaviorisme og social-kognitiv læringsteori. In B. Karpatschof & B.

Katzenelson *Klassisk og moderne psykologisk teori* . 1. udg. 2. opl. Hans Reitzels forlag. pp. 214-235 (37 sider)

Ogden, T.H. (1979) On Projective Identification*. International Journal of Psychoanalysis.* No

60. Pp. 357-373 (17 sider)

Paris, J. (1997) Antisocial and Borderline Personality Disorders: Two Seperate Diagnoses or

Two Aspects of the Same Psychopathology? *Comprehensive Psychiatry* Vol. 38. No. 4. Pp. 237-242 (6 sider)

PDM Task Force (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual* Silver Spring, MD: Alliance of

Psychoanalytic Organizations. Pp. 1-9 + 17-37 (30 sider)

Rada, R.T. (1981) Sociopathy and Alcoholism: Diagnostic and Treatment Implication In

W.H. Reid *The treatment of Antisocial Syndromes* New York: Van Nostrand Reinhold Company. Pp. 184-203 (20 sider)

Raine, A. & Yang, Y. (2006) The Neuroanatomical Bases of Psychopathy :A Review of Brain

Imaging Findings In C.J. Patrick *Handbook of Psychopathy* New York: The

Guildford Press. Pp. 278-295 (18 sider)

Schjødt & Heinskou (2007) Miljøterapi – terapeutisk miljø. In T. Schjødt & T. Heinskou

*Miljøterapi på dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels

forlag. Pp. 15-19 (5 sider)

Schousboe, I. (2007) Tilknytning, In B. Karpatschof & B. Katzenelson *Klassisk og moderne*

*psykologisk teori* . 1. udg. 2. opl. Hans Reitzels forlag.Pp. 474-495 (22 sider)

Stürup, G.K. (1968) *Treating the “untreatable”* Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins

Press. Preface (4 sider)

Taylor & Lang (2006) Psychopathy and Substance Use Disorders, In C.J. Patrick *Handbook*

*of Psychopathy.* New York: The Guildford Press. Pp. 495-511 (17 sider)

Terburg, D.; Morgan, B. & van Honk, J (2009) The testosterone-cortisol ratio: A hormonal

marker for proneness to social aggression. *International Journal of Law and*

*Psychiatry* 32. Pp. 216-223 (8 sider)

Udsen, S. (2006) *Psykopater i jakkesæt - når chefen er psykopat*. 1. udg. 1. opl. Danmark:

Aschehoug. Pp. 5-168 (164 sider)

Vien, A. & Beech, A.R. (2006) Psychopathy. Theory, Measurement, and Treatment *Trauma,*

*Violence & Abuse.* Vol. 7, No. 3. Pp. 155-174 (20 sider)

Vitger, J. (1999/00) Kurative faktorer ved psykoanalytiske terapier. *Matrix 3* pp. 188-204 (17

sider)

Wøbbe, T. (2007) Miljøterapi og psykopati In T. Schjødt & T. Heinskou *Miljøterapi på*

*dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels forlag. Pp. 217-

232 (16 sider)

Yeomans, F.E.; Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2002) *A Primer of Transference-Focused*

*Psychotherapy for the Borderline Patient*. USA: Jason Aronson Inc. Pp. 3-38

(36 sider)

WHO (1994) *ICD 10* *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser Klassifikation og*

*adfærdsmæssige forstyrrelser* 1. udg 13. opl. Danmark: Munksgaard. Pp. 135-

138 (4 sider)

Web1

<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>

printet d. 8. februar 2011

# 

# 8. Litteraturliste

## 8.1. Tidligere anvendt litteratur

Bowlby, J. (1988/94) *En sikker base.* *Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser.*

Frederiksberg: Det lille forlag. Pp. 7-174 ( 167 sider)

Dahl, A. (2008) Personlighedsforstyrrelser og seksuelle afvigelser. In R. Hemmingsen, J.

Parnes, A.Gjerris, N. Reisby P. Kragh-Sørensen. *Klinisk psykiatri*. 2. Udg. 5. Opl. København: Munksgaard pp. 515-558 (44 sider)

Ewen, R.B. (2003) *An Introduction to Theories of Personality*. 6. Ed. Mahwah, New Jersey:

Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. Pp. 309-340 + 365-386 (63

sider)

Gabbard, G.O. (2005) *Psychodynamic Psychiatri in Clinical Practice* 4. Ed. Washington

D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc. Pp. 513-540 (28 sider)

Hougaard, E. (1998) Hvad gør en god psykoterapeut ”god”? Perspektiver fra empirisk

forskning. *Psyke og logos* no. 19. pp. 191-219 (29 sider)

Kernberg, O.F. (1981) Structural Interviewing *Psychiatric Clinics of North America* Vol. 4.

No. 1. Pp. 169-194 (26 sider)

Mortensen, K.V.(2001) *Fra neuroser til relationsforstyrrelser. Psykoanalytiske*

*udviklingsteorier og klassifikationer af psykopati*. 2. udg. 1. opl. København:

Nordisk Forlag A/S. Pp. 180-198+ 347-398 (71 sider)

Mørch, M.M. & Rosenberg, N. (2005) Kognitiv terapi In M.M. Mørch & N. Rosenberg

*Kognitiv terapi. Modeller og metoder.* 1. udg. 5. opl. Hans Reitzels forlag. pp.

17-45 (29 sider)

Nolen-Hoeksema (2007) *Abnormal psychology* pp. 421-458 (38 sider)

Ogden, T.H. (1979) On Projective Identification*. International Journal of Psychoanalysis.* No

60. Pp. 357-373 (17 sider)

Vitger, J. (1999/00) Kurative faktorer ved psykoanalytiske terapier. *Matrix 3* pp. 188-204 (17

sider)

## 8.2. Ny litteratur

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental*

*Disorders* 4. Ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association. Pp. 629-

650 (22 sider)

Bergman, A. (2007) Kontaktpersonen i miljøterapien. In T. Schjødt & T. Heinskou

*Miljøterapi på dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels forlag. Pp. 124-146 (23 sider)

Broberg, A., Mothander, P.R., Granqvist, P., Ivarsson, T. (2010) *Tilknytning i*

*praksis.Tilknytningsteoriens anvendelse i forskning og klinisk arbejde.* 1. udg.,

1. opl., København: Hans Reitzels forlag, Pp. 255-269 (15 sider)

Dahl, A.A. & Dalsegg, A. (1999) *Charmør og tyran. Et indblik i psykopaternes og ofrenes*

*verden*.1.udg. 1. opl. København: Munksgård. Pp. 5-290 (286 sider)

Cooke, D.J. (1998) Cross-Cultural Aspects of Psychopathy In T.Millon; E. Simonsen; M.

Birket-Smith & R.D. Davis *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and violent*

*Behavior* N.Y.: The Guilford Press. Pp. 260- 276 (17 sider)

Egidius, H. (2005) *Psykologisk leksikon.* 2. Udg., 1. Opl., København: Hans Reitzels forlag,

P. 288,310, 605 (3 sider)

Gao, Y.; Glenn, A.L.; Schug, R.A. Yang, Y. & Raine, A (2009) The Neurobiology of

Psychopathy: A Neurodevelopmental Perspective *The Canadian Journal of*

*Psychiatry*. Vol 54 No 12. Pp. 813-823 (11 sider)

Hallman, J. & Oreland, L. (1989) Serotonergic mechanisms and psychiatric disorders *Nordisk*

*Psykiatrisk tidsskrift* 43 Suppl 20. Pp. 53-59 (7 sider)

Hare, R.D. (1972) *Psykopati. Teori og forskning* København: Hans Reitzels forlag. Pp. 83-

101, 148-158 (30 sider)

Hare, R.D. (1993) *Without Conscience* New York: The Guilford Press. Pp. 155-205 (51 sider)

Hare, R.D.& Neumann, C.S. (2006) The PCL-R Assessment of Psychopathy. Development,

Structural Properties, and New Directions In C.J. Patrick *Handbook of*

*Psychopathy* New York: The Guildford Press. Pp. 58-88 (30 sider).

Hart, S. (2009) *Den følsomme hjerne. Hjernens udvikling gennem tilknytning og*

*samhørighedsbånd* 1. udg., 2. opl., København: Hans Reitzels forlag, pp. 11-15

(5 sider)

Heard, H.L. & Grønlund, C. (2005) Dialektisk adfærdsterapi: Problemløsning i behandling af

borderline personlighedsforstyrrelse In M.M. Mørch & N. Rosenberg *Kognitiv*

*terapi. Modeller og metoder.* 1. udg. 5. opl. Hans Reitzels forlag. Pp. 225-248

(24 sider)

Heinskou, T. (2007) Miljøterapiens organisationspsykologiske aspekt. In T. Schjødt & T.

Heinskou *Miljøterapi på dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels forlag. Pp. 27-48 (22 sider)

Jørgensen, C.R. (2009) *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderlinelidelse* 2. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels

Forlag. Pp. 114-141 (28 sider)

Jørgensen, M.G. (2007) Hverdagen og det projektive miljø. In T. Schjødt & T. Heinskou

*Miljøterapi på dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels

forlag.Pp. 91-107 (18 sider).

Kaspersen, L. (2007) Miljøterapi og psykoterapi. In T. Schjødt & T. Heinskou *Miljøterapi på*

*dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels forlag. Pp. 147-

162 (16 sider).

Kernberg, O.F. (1984) *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. USA: Jason

Aronson Inc. Pp. 19-160 (140 sider)

Kernberg, O.F. (1992) *Aggression in Personality and Perversions*. Binghamton, N.Y.:Vail-

Ballou Press. Pp. 67-86 (20 sider)

Kernberg, O.F. (1998) The Psychotherapeutic Management of Psychopathic, Narcissistic, and

Paranoid Transferences, In T.Millon; E. Simonsen; M. Birket-Smith & R.D. Davis *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and violent Behavior* N.Y.: The Guilford Press. Pp. 372-392 (21 sider)

Køppe, S. (2007) Objektrelationsteori. In B. Karpatschof & B. Katzenelson *Klassisk og moderne psykologisk teori* . 1. udg. 2. opl. Hans Reitzels forlag. pp. 158-173 (16

sider)

Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2004) *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og*

*teknik*.1. udg. 1. opl. Danmark: Psykologisk forlag A/S. Pp. 9 – 246 (238 sider)

Linehan, M.M. (1993) *Manual til dialektisk adfærdsterapi*  *-færdighedstræning*. 1. udg. 1. opl.

Danmark: Dansk psykologisk forlag. Pp. 9-294 (286 sider)

Lundin, P. (2009) *En morders bekendelser*. 1. udg. 1. opl. Danmark: Turbulenz ApS. Pp. 5-

233 (229 sider)

McCann, R.A. & Ball, E.M. (2000) DBT With an Inpatient Forensic Population: The CMHIP

Forensic Model *Cognitive and Behavioral Practice* 7. Pp. 447-456 (10 sider)

Millon, T.; Simonsen, E. & Birket-Smith, M. (1998) Historical Conceptions of Psychopathy

in the United States and Europe In T.Millon; E. Simonsen; M. Birket-Smith &

R.D. Davis *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and violent Behavior* N.Y.: The

Guilford Press. Pp. 3-31 (29 sider)

Nielsen, K. (2007) Behaviorisme og social-kognitiv læringsteori. In B. Karpatschof & B.

Katzenelson *Klassisk og moderne psykologisk teori* . 1. udg. 2. opl. Hans

Reitzels forlag. pp. 214-235 (37 sider)

Paris, J. (1997) Antisocial and Borderline Personality Disorders: Two Seperate Diagnoses or

Two Aspects of the Same Psychopathology? *Comprehensive Psychiatry* Vol. 38.

No. 4. Pp. 237-242 (6 sider)

PDM Task Force (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual* Silver Spring, MD: Alliance of

Psychoanalytic Organizations. Pp. 1-9 + 17-37 (30 sider)

Rada, R.T. (1981) Sociopathy and Alcoholism: Diagnostic and Treatment Implication In

W.H. Reid *The treatment of Antisocial Syndromes* New York: Van Nostrand

Reinhold Company. Pp. 184-203 (20 sider)

Raine, A. & Yang, Y. (2006) The Neuroanatomical Bases of Psychopathy :A Review of Brain

Imaging Findings In C.J. Patrick *Handbook of Psychopathy* New York: The

Guildford Press. Pp. 278-295 (18 sider)

Schjødt & Heinskou (2007) Miljøterapi – terapeutisk miljø. In T. Schjødt & T. Heinskou

*Miljøterapi på dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels

forlag. Pp. 15-19 (5 sider)

Schousboe, I. (2007) Tilknytning, In B. Karpatschof & B. Katzenelson *Klassisk og moderne*

*psykologisk teori* . 1. udg. 2. opl. Hans Reitzels forlag.Pp. 474-495 (22 sider)

Stürup, G.K. (1968) *Treating the “untreatable”* Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins

Press. Preface (4 sider)

Taylor & Lang (2006) Psychopathy and Substance Use Disorders, In C.J. Patrick *Handbook*

*of Psychopathy.* New York: The Guildford Press. Pp. 495-511 (17 sider)

Terburg, D.; Morgan, B. & van Honk, J (2009) The testosterone-cortisol ratio: A hormonal

marker for proneness to social aggression. *International Journal of Law and*

*Psychiatry* 32. Pp. 216-223 (8 sider)

Udsen, S. (2006) *Psykopater i jakkesæt - når chefen er psykopat*. 1. udg. 1. opl. Danmark:

Aschehoug. Pp. 5-168 (164 sider)

Vien, A. & Beech, A.R. (2006) Psychopathy. Theory, Measurement, and Treatment *Trauma,*

*Violence & Abuse.* Vol. 7, No. 3. Pp. 155-174 (20 sider)

Wøbbe, T. (2007) Miljøterapi og psykopati In T. Schjødt & T. Heinskou *Miljøterapi på*

*dynamisk grundlag* 1. udg. 1. opl. København: Hans Reitzels forlag. Pp. 217- 232 (16 sider)

Yeomans, F.E.; Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2002) *A Primer of Transference-Focused*

*Psychotherapy for the Borderline Patient*. USA: Jason Aronson Inc. Pp. 3-38

(36 sider)

WHO (1994) *ICD 10* *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser Klassifikation og*

*adfærdsmæssige forstyrrelser* 1. udg 13. opl. Danmark: Munksgaard. Pp. 135-

138 (4 sider)

Web1

<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>

printet d. 8. februar 2011

Tidligere anvendt litteratur: 512 sider

Ny litteratur: 2004 sider

I alt: 2516 sider

1. Jf. Peter Lundins bog ”En morders bekendelser”(2009) [↑](#footnote-ref-2)
2. Jf. Stürups indledende citat [↑](#footnote-ref-3)
3. Hare bygger videre på disse. Hans viderebygning vil fremgå i afsnittet om Hares psykopatitjekliste. [↑](#footnote-ref-4)
4. Det begreb som anvendes i DSM 4 [↑](#footnote-ref-5)
5. Jf. Beskrivelsen af Cleckley i det historiske afsnit. [↑](#footnote-ref-6)
6. I resten af specialet vil denne betegnelse blive anvendt [↑](#footnote-ref-7)
7. Disse er markeret med henholdsvis a og b i ovenstående PCL-R tabel [↑](#footnote-ref-8)
8. Kernbergs definiton af malign narcissme er: en kombination af 1) En narcissistisk personlighedsforstyrrelse, 2) antisocial adfærd, 3) Egosynton aggression rettet mod andre eller udtrykt i en speciel type triumferende selvmutilation eller forsøg på selvmord, og endvidere en 4) stærk paranoid orientering (Kernberg, 1992, p. 67) [↑](#footnote-ref-9)
9. Beskrivelsen af denne er at finde i afsnittet ”Kernbergs selvpsykologiske objektrelationsteori” [↑](#footnote-ref-10)
10. Jf. venstre side af ovenstående model [↑](#footnote-ref-11)
11. Jf. bunden af ovenstående model [↑](#footnote-ref-12)
12. Bliver herefter betegnet PDM [↑](#footnote-ref-13)
13. Jf. afsnittet om Hares psykopatitjekliste [↑](#footnote-ref-14)
14. Epidemiological Catchment Area [↑](#footnote-ref-15)
15. Jf. det historiske afsnit [↑](#footnote-ref-16)
16. Benævnes som sådan i resten af specialet. [↑](#footnote-ref-17)
17. Jf. det engelske begreb reinforcers [↑](#footnote-ref-18)
18. Jf. det engelske begreb Extinction [↑](#footnote-ref-19)
19. Jf. det engelske begreb spontaneous recovery [↑](#footnote-ref-20)
20. Dansk oversættelse af den engelske term Self efficacy [↑](#footnote-ref-21)
21. Kernberg benævner disse borderline personlighedsstruktur (Mortensen, 2006, p. 181). [↑](#footnote-ref-22)
22. Værdiladning, et fænomens evne til at virke tiltrækkende (positiv valens) eller frastødende (negativ valens) (Egidius, 2005, p. 605). [↑](#footnote-ref-23)
23. Jf. det engelske begreb purified pleasure ego [↑](#footnote-ref-24)
24. Barnet begynder at indse at det selv rummer aggressive følelser over for den gode moder, og gribes af angst for, at det skal skade hende med sine sadistiske impulser. Denne angst er depressiv, fordi den farves af skyldfølelser (Egidius, 2005, p. 288). [↑](#footnote-ref-25)
25. Jf. afsnittet Kernbergs strukturelle personlighedsorganisering [↑](#footnote-ref-26)
26. Kernbergs definiton af malign narcissme er: en kombination af 1) En narcissistisk personlighedsforstyrrelse, 2) antisocial adfærd, 3) Egosynton aggression rettet mod andre eller udtrykt i en speciel type triumferende selvmutilation eller forsøg på selvmord, og endvidere en 4) stærk paranoid orientering (Kernberg, 1992, p. 67). [↑](#footnote-ref-27)
27. Jf afsnittet om PDM [↑](#footnote-ref-28)
28. Jf afsnittet om DSMVI [↑](#footnote-ref-29)
29. Jf det første citat i specialets indledning [↑](#footnote-ref-30)
30. Overføringsbegrebet forklares i afsnittet “centrale dynamiske begreber” i afsnittet om miljøterapi på dynamisk grundlag. [↑](#footnote-ref-31)
31. Diagnosen anvendt i DSMIV [↑](#footnote-ref-32)
32. Colorado Mental Health Institute of Pueblo [↑](#footnote-ref-33)
33. Jf. afsnittet om Skinners radikale behaviorisme [↑](#footnote-ref-34)
34. Jf. afsnittet om Skinners radikale behaviorisme [↑](#footnote-ref-35)
35. Disse vil blive forklaret i afsnittet ”behandling” [↑](#footnote-ref-36)
36. Disse faser er henholdsvis: 1) at opnå sikkerhed og stabilitet, 2) At reducere konsekvenserne af posttraumatisk stress 3) & 4) At få selvrespekt og et meningsfyldt liv (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 86-89). [↑](#footnote-ref-37)
37. Jf. den engelske term Random acts of kindness [↑](#footnote-ref-38)
38. Jf. afsnittet om Banduras sociale læringsteori. [↑](#footnote-ref-39)
39. Jf. afsnittet om behandlingsprognose [↑](#footnote-ref-40)
40. Jf. afsnittet om Kernbergs strukturelle personlighedsorganisering [↑](#footnote-ref-41)
41. Følelsesmæssige oplevelser som består i, at klienten i en psykoterapi formår at korrigere sin måde at opfatte andre mennesker på, ved at han eller hun i terapeuten møder et menneske, som forholder sig på en anden måde, end klienten forventer ud fra tidligere erfaringer (Egidius, 2005, p. 310). [↑](#footnote-ref-42)
42. Jf. afsnittet om udvikling af antisocial personlighedsforstyrrelse proper [↑](#footnote-ref-43)
43. Forklares i det følgende afsnit [↑](#footnote-ref-44)
44. Bliver herefter benævnt DAT, da dette afsnit kun refererer til den tilgang der er tilpasset en retspsykiatisk population. [↑](#footnote-ref-45)
45. Jf. afsnittet om individet med psykopati i terapi [↑](#footnote-ref-46)