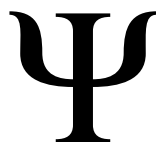




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Mentaliseringsbasert psykoterapi

***En mulig tilnærming til behandling av pasienter med
unntvikende og paranoide personlighetsforstyrrelser?***

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

**Ingeborg Mannsåker
Kristine B. Sørensen
Biliana Zamfirova**

Vår 2011

Veileder
Geir Høstmark Nielsen

Takk

Vi vil rette en spesiell takk til vår veileder, Geir Høstmark Nielsen. Han har vært en oppmerksom følgesvenn gjennom hele arbeidet og har kommet med mange gode innspill.

Vi takker også Sigmund Karterud for å ha tatt seg tid til å snakke med oss og kommet med gode kommentarer.

I tillegg vil vi takke våre samboere, kjærester, familie og venner for støtte og tålmodighet i skriveprosessen.

Abstract

The present thesis explores whether mentalization-based psychotherapy (MBT), on theoretical grounds, may be applicable in the treatment of patients with avoidant and paranoid personality disorders. We describe the development of mentalization and the principles of MBT. Characteristics of the two diagnostic groups in question are presented and compared with borderline personality disorder, for which the effectiveness of MBT has been empirically documented. We discuss whether patients with avoidant and paranoid personality disorders have mentalizing failures and whether MBT might be an applicable treatment alternative for such disorders. If so, we further explore whether modifications are needed in order to increase the effectiveness of MBT treatment for the relevant diagnostic groups. Our analyses indicate that both patients with avoidant and patients with paranoid personality disorders consistently manifest mentalizing failures. We therefore suggest that MBT might be useful for these patients, but in order to achieve optimal results, the treatment needs to be adapted. Finally, we provide some ideas for potential modifications for each personality disorder. As our conclusions are only tentative, there is a need of studies, empirically addressing the effect of MBT for avoidant and paranoid personality disorders.

Sammendrag

I denne oppgaven undersøker vi om mentaliseringsbasert psykoterapi (MBT), på et teoretisk grunnlag, kan anvendes på unnvikende og paranoide personlighetsforstyrrelser. Vi gjør rede for utviklingen av mentaliseringsevnen og grunnleggende prinsipper for MBT. Vi beskriver kjennetegn ved de aktuelle diagnosegruppene og sammenligner dem med borderline personlighetsforstyrrelse, en diagnosegruppe der svikt i mentaliseringsevnen er godt dokumentert og der MBT har vist seg effektiv. Vi drøfter hvorvidt også pasienter med unnvikende og pasienter med paranoide personlighetsforstyrrelser har svikt i mentaliseringsevnen, og om de ut fra teoretiske betraktninger kan nyttiggjøre seg prinsippene ved MBT. Dersom dette er tilfellet, drøfter vi om MBT eventuelt må tilpasses de aktuelle pasientgruppene. Vi konkluderer med at både mennesker med unnvikende og mennesker med paranoide personlighetsforstyrrelser preges av generalisert mentaliseringssvikt, og at MBT derfor kan være en formålstjenelig behandlingsform. Terapien bør imidlertid tilpasses, og vi foreslår mulige modifikasjoner med henblikk på å oppnå optimal effekt. Våre konklusjoner er tentative, og det er behov for empiriske studier av effekten av MBT ved unnvikende og paranoide personlighetsforstyrrelser.

Innholdsfortegnelse

Innledning	9
Utvikling av mentaliseringsevnen.....	13
Stadier.....	13
Forløpere for mentalisering og deres integrering.....	13
Prossesser som optimaliserer utvikling av mentaliseringsevnen.....	16
<i>Emosjonsregulering</i>	16
<i>Felles oppmerksomhet</i>	18
<i>Språk</i>	17
<i>Pedagogiske interaksjoner</i>	18
Trygg tilknytning og utvikling av mentaliseringsevnen.....	19
Traumer i tilknytningsforhold.....	21
Mentaliseringsbasert psykoterapi	22
Kartlegging og mål.....	23
Terapeutens holdning.....	25
Balansere fokus.....	26
Mentalisering av emosjoner.....	27
Intervensjoner.....	28
Overføring og motoverføring.....	29
Unnvikende personlighetsforstyrrelse	30
Egenskaper.....	31
<i>Relasjonelt</i>	31
<i>Kognitiv stil</i>	33
<i>Affektiv stil</i>	34
<i>Forsvar</i>	35

Utvikling.....	37
Overlapping og komorbiditet.....	38
Terapi.....	39
Prognose.....	39
Paranoid personlighetsforstyrrelse.....	40
Egenskaper.....	41
<i>Relasjonelt.....</i>	<i>41</i>
<i>Kognitiv stil.....</i>	<i>42</i>
<i>Affektiv stil.....</i>	<i>44</i>
<i>Forsvar.....</i>	<i>45</i>
Utvikling.....	45
Overlapping og komorbiditet.....	47
Terapi.....	48
Prognose.....	48
Likheter med borderline personlighetsforstyrrelse.....	49
Diskusjon.....	52
Spørsmål 1.....	52
<i>Unnvikende personlighetsforstyrrelse.....</i>	<i>54</i>
<i>Paranoid personlighetsforstyrrelse.....</i>	<i>57</i>
<i>Sammenfatning.....</i>	<i>60</i>
Spørsmål 2.....	61
<i>Sentral mentaliseringssvikt.....</i>	<i>61</i>
<i>Selv- andre nyansering.....</i>	<i>62</i>
<i>Innvirkning på andre.....</i>	<i>64</i>
<i>Grubling.....</i>	<i>66</i>

<i>Mentalisering av emosjoner</i>	66
<i>Overføring og motoverføring</i>	69
<i>Forskjeller fra BPF</i>	71
<i>Sammenfatning</i>	72
Spørsmål 3.....	72
<i>Unnvikende personlighetsforstyrrelse</i>	74
<i>Paranoid personlighetsforstyrrelse</i>	77
<i>Motivasjon for behandling</i>	79
Kan vi fortsatt kalle MBT for MBT?.....	80
Implikasjoner.....	81
Konklusjon	81
Referanser	83

Innledning

Mentalisering kan defineres som ”implisitt og eksplisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser og fornuft” (Skårderud & Sommerfeldt, 2008, s. 1066). Dette innebærer ”å forstå andre innenfra og en selv utenfra” (Skårderud & Sommerfeldt, 2008, s. 1066). Begrepet mentalisering har likehetstrekk med andre begreper, for eksempel empati, ”theory of mind”, oppmerksomt nærvær (mindfulness), metakognisjon og psykologisk ”mindedness” (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008), men vi velger å ikke gå nærmere inn på det i vår tekst.

Evnen til mentalisering utvikles tidlig i barndommen og er vesentlig for at mennesker skal kunne forstå hverandre bedre. En del av mentaliseringsevnen innebærer å kunne forestille seg alternative tolkninger av en hendelse og andre menneskers handlinger (Allen et al., 2008). Et eksempel kan være at noen går forbi deg på gaten uten å hilse. Dette kan tolkes som at personen hadde det for travelt til å hilse *eller* at vedkommende ikke ønsket å hilse. En person som umiddelbart tror at den andre ikke ønsket å hilse og ikke klarer å generere alternative tolkninger, kan ha reduserte evner i mentalisering, i det minste i noen situasjoner.

Mentalisering innebærer at man har en viss balanse mellom fokus på seg selv og fokus på andre, foruten balanse mellom implisitt og eksplisitt mentalisering. Fortolkninger av egne og andres mentale tilstander skjer oftest ubevisst og automatisk, noe som er et kjennetegn ved implisitt mentalisering. Dersom man ofte feiltolker selv og andre, kan eksplisitt mentalisering være til nytte for å korrigere feil og vurdere alternative tolkninger. For mye eksplisitt mentalisering, som er bevisst og reflekterende, vil på den andre siden oppta for mye av vår kapasitet (Allen et al., 2008).

Mentalisering kan anses som en egenskap, og det er store individuelle forskjeller i mentaliseringsevne. Det er en evne som varierer avhengig av emosjonell tilstand, intensitet i emosjoner og kvalitet på tilknytningsbånd (Bateman & Fonagy, 2007). Ifølge Allen et al.

(2008) utvikles mentaliseringsevnen i trygge tilknytningsforhold, mens utrygge tilknytningsforhold kan svekke utviklingen av evnen. Konsekvent og markert speiling fra omsorgsgiver er avgjørende for utviklingen av trygg tilknytning og dermed også mentaliseringsevnen. Speiling vil si at omsorgsgiveren imiterer barnets affekt og uttrykker det til barnet. For at barnet skal forstå at mor speiler det, og at hun ikke kun gir uttrykk for egne emosjonelle tilstander, er det viktig at hun markerer emosjonen. Hun kan for eksempel overdrive eller underdrive det emosjonelle uttrykket. Lek er blant faktorene som kan være med på å utvikle og styrke barnets mentaliseringsevne og er karakteristisk for trygge tilknytningsforhold (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

Forskning knytter flere hjernestrukturer til mentaliseringsevnen, da evnen antas å inneholde ulike komponenter. Affektregulering relateres blant annet til amygdala og hypothalamus, og kognitiv regulering styres hovedsakelig av den prefrontale cortex (Fonagy & Target, 2002). Siegel (1999) lokaliserer prosesser relatert til interpersonlige relasjoner i høyre hemisfære og spesielt i høyre prefrontale cortex.

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) ble i utgangspunktet utviklet av Bateman og Fonagy (2004) som en behandlingsform for borderline personlighetsforstyrrelse (BPF). En sentral del av hovedproblematikken hos mennesker med BPF er relasjonelle vansker og tendenser til å feiltolke andres kommunikasjon. Denne pasientgruppen har vist seg vanskelig å behandle, og tidligere hadde man liten tro på at mennesker med en slik personlighetsforstyrrelse i det hele tatt kunne oppnå dyperegående og varig endring. MBT ble derfor utviklet som et alternativ til mer tradisjonelle terapiformer for denne pasientgruppen. Studier av MBT har vist positive effekter (Abbou, Haugland, & Årnes, 2009; Bateman & Fonagy, 2001; Bateman & Fonagy, 2008b), men det trengs fortsatt mer forskning på dette området.

I dag brukes MBT i både individualterapi, gruppeterapi (Bateman & Fonagy, 2004) og familierapi (Safier, 2003) og til å behandle blant annet spiseforstyrrelser (Skårderud, 2007), posttraumatisk stresslidelse (Allen, 2001), depresjon (Allen, Bleiberg, & Haslam- Hopwood, 2003) og rusavhengighet (Arefjord & Karterud, 2010). MBT prøves ut også i behandlingen av antisosial PF (Bateman & Fonagy, 2008a).

BPF er representativ for kluster B¹ personlighetsforstyrrelser, og man kan undres om også personlighetsforstyrrelser fra kluster A og kluster C vil kunne ha nytte av MBT.

Engstelig (unnavikende) personlighetsforstyrrelse (UPF)² og paranoid personlighetsforstyrrelse (PPF) er blant de hyppigst forekommende innenfor henholdsvis kluster C (Torgersen, 2008) og kluster A (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010).

Individer med UPF kjennetegnes blant annet av vedvarende frykt for avvisning i sosiale situasjoner, noe som fører til tilbaketrekkende atferd. Lav selvtillit og følelse av å være underlegen andre er et annet kjennetegn ved gruppen. Mennesker med UPF har en tendens til å vise mistillit til andres intensjoner fordi de mistenker og frykter at andre skal ydmyke og avvise dem. Dette fører til at de unngår å involvere seg med andre, med mindre de på forhånd er sikre på å bli likt (World Health Organization [WHO], 2007).

Individer med PPF kjennetegnes i enda større grad av mistenksomhet og mistillit til andres intensjoner, og de tilskriver ofte andre negative baktanker uten at det foreligger holdepunkter for dette. Et annet sentralt trekk er at mennesker med PPF har en tendens til å

¹ Personlighetsforstyrrelser i F60 i ICD korresponderer i stor grad med personlighetsforstyrrelser på akse II i DSM. Personlighetsforstyrrelser i DSM blir ofte gruppert i følgende grupper: i kluster A inngår de mer eksentriske og påfallende personlighetsforstyrrelser, kluster B representerer de dramatiserende og kluster C kjennetegnes av de engstelige personlighetsforstyrrelser.

² Individer med unnavikende og individer med paranoid personlighetsforstyrrelser vil noen ganger bli omtalt som "den unnavikende" eller "den paranoide". Dette kan virke stigmatiserende, men vi vil likevel benytte begrepene for å bedre tekstflyten.

bære nag over lang tid for selv ubetydelige hendelser, og de nekter ofte å tilgi urett. Videre viser de en tendens til selvhenførende holdninger og har gjerne overdrevne tanker om egen betydning (WHO, 2007).

Vi vil i dette arbeidet foreta en teoretisk undersøkelse og drøfting med henblikk på om også individer med UPF og individer med PPF kan ha nytte av prinsippene bak MBT. Vi vil understreke at våre beskrivelser av personlighetsforstyrrelsene tar utgangspunkt i tilstandsbildet *på gruppenivå*. Det er imidlertid store individuelle forskjeller innenfor gruppene.

På bakgrunn av dette stiller vi følgende spørsmål:

1. Er det noen kjennetegn ved UPF og PPF som kan indikere tydelig svikt i mentaliseringsevnen?
2. Kan det på en teoretisk konsistent måte sannsynliggjøres at prinsippene bak mentaliseringsbasert terapi også kan anvendes på UPF og PPF?
3. Bør i så fall terapien modifiseres og tilpasses disse personlighetsforstyrrelsene, og eventuelt hvordan?

Vi velger å begynne med å presentere synspunkter på utviklingen av mentaliseringsevnen, for å danne grunnlag for en bedre forståelse av diskusjonen senere i teksten. Vi vil deretter utdype hvilke faktorer som kan bidra til mangelfull utvikling eller svekkelse i evnen. MBT vil også bli nærmere gjort rede for, før vi går grundigere inn på utvikling og kjennetegn ved henholdsvis UPF og PPF. Endelig vil vi foreta en analyse av hvorvidt personer med de to aktuelle personlighetsforstyrrelsene kan antas å ha reduserte evner i mentalisering, for så å drøfte om MBT kan tenkes å være nyttig for disse pasientgruppene, og eventuelt om terapien bør tilpasses.

Utvikling av mentaliseringsevnen

Stadier

Allen et al. (2008) beskriver fem utviklingsstadier av mentaliseringsevnen som barn går gjennom. Det første stadiet omfatter de første levemånedene hvor den nyfødte erfarer seg selv som en fysisk aktør. Det andre stadiet kjennetegnes av at barnet blir bevisst på at det også er en sosial aktør. Rundt ni måneders alderen oppfatter barn andres atferd som hensiktsfulle handlinger. På dette tidspunktet har barnet ennå ikke utviklet en oppfatning av de mentale tilstandene bak handlinger. I det tredje stadiet begynner utviklingen av teleologisk tenkning hos barnet, noe som innebærer at barnet oppfatter andres handlinger som målrettede og rasjonelle. I løpet av det andre leveåret begynner barn å få en forståelse av de mentale tilstandene som kan være årsak til egne og andres handlinger. Det begynner i tillegg å få en forståelse av at dets handlinger kan bevirke endring, ikke bare i de fysiske omstendighetene, men også i sinnet til mennesker. Barnet klarer ennå ikke å skille mellom mentale tilstander og den ytre virkeligheten. Det fjerde stadiet begynner rundt tre-fire års alderen, og kjennetegnes av at barnet begynner å erkjenne at dets egne handlinger også påvirkes av mentale tilstander, og den empatiske evnen begynner å utvikles. Det siste stadiet begynner i det sjette året i barnets liv. På dette tidspunktet har barn, som har vokst opp under normale og stimulerende omstendigheter, klart å danne seg en kontinuerlig oppfatning av seg selv i et tidsperspektiv. Barnet har organisert livet sitt i et sammenhengende narrativ som gir mening, og det klarer å forstå andres handlinger ut ifra deres narrativer (Allen et al., 2008; Fonagy, 2006).

Forløpere for mentalisering og deres integrering

Teleologisk tenking er den mest primitive subjektivitetsmodusen. Denne modusen utvikles mot slutten av det første leveåret og er en del av den normale utviklingen. Teleologisk tenkning vil si at ”endringer i mentale tilstander antas som virkelige bare når de ledsages av fysisk observerbar handling som bekrefter pasientens ønske, overbevisning,

følelse eller lengsel” (Bateman & Fonagy, 2007, s. 29). Ved mangelfull utvikling av mentaliseringsevnen, kan teleologisk tenkning komme til uttrykk som selvskading og selvmordsforsøk, noe som kan være desperate forsøk på å kommunisere uholdbar emosjonell smerte. Dette er hyppig forekommende hos personer med BPF (Bateman & Fonagy, 2004).

Psykisk ekvivalenstenkning utvikles i to-tre års alderen og innebærer at barnet likestiller hvordan et objekt ser ut og hva det egentlig er. Psykisk ekvivalenstenkning kan prege symptombildet ved flere personlighetsforstyrrelser, men kan også observeres hos personer som opplever midlertidig svikt i evnen til å mentalisere. Personen forholder seg til virkeligheten som om det vedkommende tenker og føler *er* virkeligheten; den indre virkeligheten likestilles med den ytre. Dette innebærer intoleranse for alternative perspektiver, noe som kan være overveldende og skremmende. Sterke følelser er ofte involvert. Noen eksempler kan være ”flashbacks”, drømmer, paranoide forestillinger og overbevisning om å ha rett – ”Du hilste ikke på meg fordi du ikke liker meg (og ikke fordi du ikke så meg)”. Senere i teksten viser vi at denne formen for svak mentalisering dominerer konkret forståelse (Bateman & Fonagy, 2007).

Forestillingsmodus er den siste forløperen for mentalisering og er karakteristisk for barn i to-tre års alderen. Denne modusen innebærer at det ikke er noen forbindelse mellom indre opplevelse og ytre virkelighet. Det ser ut som at mens barnet leker, klarer det å frigjøre seg fra virkeligheten og danne latente mentale strukturer. Barn må imidlertid skille tydelig mellom den virkelige verden og ”late-som-verden”, noe de ofte gjør ved å overdrive i leken for at skillet skal være tydelig. Hvis ikke, kan isomorfismen mellom den interne og eksterne virkeligheten oppleves truende og farlig for barnet, som ennå ikke har utviklet realistiske oppfatninger om konsekvensene av ulike hendelser (Fonagy et al., 2002). Forestillingsmodus kan også observeres hos voksne som opplever svikt i mentaliseringsevnen. Denne modusen er

karakteristisk for pseudomentalisering og kan være vanskelig å oppdage (Bateman & Fonagy, 2007), noe vi gjør rede for senere i teksten.

Psykisk ekvivalenstenkning og forestillingsmodus integreres i fire-fem års alderen (Fonagy, 2006). Når barnet erverver evnen til å mentalisere, vil det kunne forstå egen og andres atferd som et resultat av ulike tanker, ønsker og behov. I tillegg vil barnet ha en forståelse av at de ulike mentale tilstandene kun er representasjoner som kan være feilaktige, og som kan endre seg over tid. For at et barn skal oppnå integrering av psykisk ekvivalenstenkning og forestillingsmodus, og på denne måten utvikle mentaliseringsevnen, trenger det gjentatte erfaringer med tre ting: barnets nåværende mentale tilstander, representasjoner av disse mentale tilstander i omsorgsgiverens sinn, og rammen som den voksnes, vanligvis virkelighetsorienterte, perspektiv gir (Fonagy et al., 2002).

Barnet trenger en voksen eller et eldre barn som kan være med og ”leke”, slik at barnet kan se sin egen fantasi representert i den voksnes sinn og bruke den som en representasjon for sin egen tenkning. Når barnet leker ”late-som-lek” med den voksne, hvor sengen er et seilende skip, vil barnet klargjøre forskjellen mellom forestillingsmodusen og virkeligheten. Den voksnes ”som om” innstilling og lekenheten gir barnet en ramme hvor det kan utforske sine tanker og følelser i trygge omgivelser og vite at disse ikke representerer virkeligheten, men kun er en del av leken. Samtidig vil barnet oppleve sine tanker og følelser på utsiden, i den voksnes sinn. Ved å koble sin egen opplevelse på innsiden og opplevelsen fra utsiden, representert i den voksnes sinn, vil barnet få en representasjon av sin mentale tilstand, noe som vil minne om, men ikke er helt lik barnets egen opplevelse. Barnets mentale tilstand må være representert i den voksnes sinn tydelig nok, og være såpass riktig, at barnet skal kunne kjenne seg igjen i den. Samtidig skal den ikke være altfor lik og korrekt. Representasjonen skal være preget av en viss lekenhet, da den kan være for overveldende for barnet. Ved å oppleve gjentatte erfaringer med voksne eller eldre barn, vil barnet etter hvert begynne å leke

med virkeligheten og internalisere denne prosessen, og dermed vil integreringen av psykisk ekvivalenstenkning og forestillingsmodusen oppstå (Fonagy et al., 2002). Interaksjon med jevnaldrende og barnets tilbøyelighet til å snakke om mentale tilstander sammen med søsken og venner kan videre predikere deres evne til å løse "false-belief" oppgaver (Brown, Donelan-McCall, & Dunn, 1996), som undersøker barnets evne til perspektivtaking (Wimmer & Mayringer, 1998).

Prosesser som optimaliserer utviklingen av mentaliseringsevnen

Emosjonsregulering. Evnen til å kjenne igjen, regulere og uttrykke emosjoner er et viktig aspekt ved mentaliseringsevnen. Utviklingen av denne egenskapen begynner tidlig i barnets liv og avhenger av tilstedeværelsen av en eller flere omsorgspersoner som kan respondere på og dekke barnets behov (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2007; Fonagy et al., 2002).

Gergely (2001) beskriver en endring i barnets preferanser fra å foretrekke en perfekt sammenheng mellom hendelse og utfall til å favorisere nesten perfekte sammenhenger, som er nye, uforutsigbare og litt usynkroniserte. Morens gjensvar på spedbarnets emosjonelle uttrykk er en slik nesten perfekt sammenheng. Denne endringen i preferanser gjenspeiler utviklingen av barnets affektregulering. De første tre månedene trenger barnet morens fysiske nærhet for å kunne regulere sine affekter, mens det etter hvert kan få trøst ved å observere morens emosjonelle uttrykk som reflekterer dets opplevelse (Allen et al., 2008).

Optimal utvikling av barnets affektreguleringsevne forutsetter interaksjon med omsorgsgivere som konsekvent og markert speiler barnets affekter. Ved å unnlate å markere gjensvaret, og heller vise sine egne affekter, kan omsorgsgiverens reaksjon overvelde barnet. Barnet kan oppleve sin reaksjon som smittsom og farlig, noe som kan være traumatiserende for den lille. Morens respons kan videre være markert, men unøyaktig. Dersom denne responsen blir internalisert av barnet, kan det føre til fragmentering av selvet, noe som er

sentralt i problematikken ved BPF (Allen et al., 2008). Det er også viktig at speilingen er konsekvent, da det ellers kan være uforutsigbart for barnet å vise emosjoner (Bateman, 2010).

Ved å internalisere omsorgsgiverens markerte uttrykk av barnets affekter, vil barnet med tiden danne representasjoner av sine egne følelser. Dette utgjør grunnlaget for affektreguleringsevnen, impuls kontroll, og etter hvert evnen til å mentalisere emosjoner. Barnet vil være i stand til å kjenne igjen følelser og dele dem med andre, uten å være redd for å ødelegge den andre (Allen et al., 2008).

Felles oppmerksomhet. Allen et al. (2008) hevder at ferdigheten til å dele oppmerksomhet med en annen person rundt et objekt er essensen av mentalisering. Det at to personer har samme objekt i tankene innebærer at det finnes to forskjellige perspektiver på samme stimulus. Evnen til å være oppmerksom på at den andre kan oppleve samme fenomen annerledes enn det en selv gjør, viser til et viktig aspekt ved evnen til å mentalisere.

Evnen til å dele oppmerksomheten utvikles mot slutten av første leveår og kan deles inn i flere stadier, der objektene som oppmerksomheten rettes mot stadig blir flere og mer komplekse (Allen et al., 2008). Denne evnen utvikles også innenfor rammene av mellommenneskelige forhold, hvor sensitive omsorgspersoner responderer på barnets behov. Ved å observere andres emosjonelle responser, kan barnet utnytte denne informasjonen som utgangspunkt for hva som kan være passende responser på nye og ukjente objekter og situasjoner (Tetzchner, 2003). Samtidig vil barnet lære at andres holdning er atskilt fra barnets egen (Allen et al., 2008).

Av enda større betydning er barnets forståelse av at andre mentaliserer det og har holdninger mot det, på lik linje som de har holdninger overfor andre objekter. Dette impliserer at barnet med tiden utvikler en selvbevissthet, og følelser av skyld, skam, stolthet og selvtillit vil oppstå. Denne selvbevisstheten, selv på et fortsatt primitivt stadium, vil være en del av grunnlaget for utviklingen av mentaliseringsevnen (Fonagy et al., 2002).

Språk. Utviklingen av språket og utviklingen av mentaliseringsevnen er to prosesser som er gjensidig avhengige av hverandre. Språk læres i en sosial kontekst, hvor barn og omsorgsgiver deler oppmerksomhet og samhandler om dette. Ved å verbalisere barnets opplevelse, vil mor være med på å skape et begrepsapparat som barnet kan bruke for å uttrykke seg gjennom. Dette begrepsapparatet vil bli stadig mer avansert, og barnet vil med tiden kunne uttrykke et større spekter av opplevelser og affekter (Allen et al., 2008).

Språket er nødvendig for utviklingen av mentaliseringsevnen da det hjelper oss med å få tilgang til hverandres sinn. Studier viser at barn begynner å utvikle eksplisitt mentalisering først når de erverver et begrepsapparat for mentale tilstander (Brown et al., 1996). Det finnes videre støtte for at svekkelser i språkutviklingen korrelerer med svakere mentaliseringsevne hos individer med autisme (Hobson, 2004).

Pedagogiske interaksjoner. Allen et al. (2008) konstaterer at barnets medfødte tendenser til å orientere seg mot andre mennesker fører til utviklingen av en pedagogisk holdning (Gergely, 2007), noe som er nødvendig for utviklingen av mentaliseringsevnen. Den pedagogiske holdningen innebærer at den ene parten lærer bort noe, mens den andre lærer noe. Den som lærer bort må både være mentaliserende, samt kunne innta et metakognitivt perspektiv, noe som innebærer å kunne gjengi kunnskap på en måte som er forståelig og tilgjengelig for barnets utviklingsnivå. En slik samhandling er karakteristisk for trygge tilknytningsforhold (Allen et al., 2008).

I en kontekst av trygge tilknytningsforhold lærer barnet å stole på at "læreren" formidler korrekt informasjon. Gergely (2007) kaller denne tilliten for epistemisk, der barn lærer at omsorgsgiveren er til å stole på. Å stole på andre er en forutsetning for å kunne involvere seg i nye og meningsfulle interpersonlige forhold. Et utrygt tilknytningsforhold til omsorgsgiveren kan derimot føre til epistemisk mistillit. I konteksten av et slikt forhold kan

barnet være i fare for å bli utsatt for mangelfull og villedende interaksjon med omsorgspersonen, der barnet lærer å ikke stole på andre mennesker (Allen et al., 2008).

Trygg tilknytning og utvikling av mentaliseringsevnen

Bowlby (1969) kastet lys over betydningen av tilknytning, og dens biologiske og evolusjonære komponent, for barnets overlevelse. Ainsworth arbeidet sammen med Bowlby og utvidet dette begrepet og bidro med en kvalifisering av tilknytningsmønstre. Resultatene fra Ainsworths forskning indikerte at selv om tilknytning til omsorgspersonen er biologisk fundert, påvirkes den også av miljømessige faktorer (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Ainsworth utviklet "fremmedsituasjonen" og oppdaget tre forskjellige tilknytningsmønstre hos barna som kunne knyttes til ulik interaksjonsatferd mellom omsorgsgiver og barn. Ainsworth beskrev én type trygg tilknytning og to typer utrygg tilknytning; unnvikende og ambivalent. Vi henviser til boken "Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation" for ytterligere beskrivelser av tilknytningskategoriene (Ainsworth et al., 1978). Senere ble det lagt til en siste kategori, disorganisert tilknytning (Tetzchner, 2003).

På grunnlag av disse tilknytningskategoriene, ble det senere utviklet tilsvarende typer for voksnes tilknytningsmønstre. Main utarbeidet "Adult Attachment Interview", et intervju basert på voksnes erindringer av deres tilknytningsrelasjoner, for slik å kunne klassifisere den enkeltes kvalitet på egen tilknytningsstil (Main & Goldwyn, 1998). Senere i teksten belyser vi hvordan foreldrenes tilknytningsstil er med på å forme barnets mentaliseringsevne.

Ifølge Bowlby (1969) utvikler barnet indre arbeidsmodeller som reaksjoner på foreldrenes omsorgstil. Arbeidsmodellene er ubevisste forventninger til senere relasjoner, og kan være både adaptive og maladaptive (Larsen & Buss, 2010). Man kan trekke paralleller mellom voksnes tilknytningsstil og arbeidsmodellene. Dersom et barn vokser opp i en

relasjon preget av trygg tilknytning, kan det utvikle forventinger om at andre mennesker er til å stole på. Dersom barnet derimot vokser opp i en relasjon hvor det ikke blir møtt på en adekvat måte, kan det bidra til at han eller hun utvikler epistemisk mistillit som kan prege senere relasjoner.

Begrepet "mind-mindedness" ble introdusert av Meins (1997) og henviser til morens anerkjennelse av barnet som en mental agent. I tillegg til dette, omfatter begrepet morens tilbøyelighet til å anvende ord og uttrykk som beskriver mentale tilstander når hun snakker med barnet sitt. Studier viser at høyere grad av "mind-mindedness" der mor, i interaksjon med barnet, i økende grad bruker ord og uttrykk for å beskrive barnets mentale tilstander, sammenfaller med trygg tilknytningsstil hos barnet seks måneder senere (Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001).

Samspill med mor, som er fremmende for utviklingen av mentaliseringsevnen, inneholder alle de overfor nevnte prosessene som optimaliserer denne ferdigheten. Betydningen av kvaliteten på morens interaksjon med barnet understrekes ytterligere i en studie gjennomført av Sharp, Fonagy, og Goodyer (2006), som viste at morens unøyaktige mentalisering av barnet kunne knyttes til dårlig mentaliseringsevne, samt psykopatologi hos barnet.

Slade, Grienberger, Bernback, Levy, og Locker (2005) har studert sammenhengen mellom foreldrenes tilknytningsstil til egne foreldre og barnets tilknytningsstil og mentaliseringsevne. Resultatene viste at foreldrenes trygge tilknytning kunne knyttes til deres evne til å mentalisere egne opplevelser i barndommen. Dette kunne videre ha sammenheng med økt evne til "mind-mindedness" og bedre evne til å danne mentaliserte representasjoner av barnet, noe som igjen kunne knyttes til trygg tilknytning og mentalisering hos barnet (Slade et al., 2005). Dette kan gjenspeile en generasjonseffekt.

Traumer i tilknytningsforhold

Tilknytningstraume viser til både traumer som oppleves i et tilknytningsforhold, og manglende stimulerende forhold for utvikling av trygg tilknytning (Allen, 2001). Erickson og Egeland (Egeland, 1997; Erickson & Egeland, 1996) hevder at en psykologisk fraværende omsorgsperson i større grad kan påvirke barnets utvikling negativt, sammenlignet med fysisk mishandling og andre former for omsorgssvikt. Tilknytningstrauma kan føre til at barnet unngår kontakt med den mentale verden, som på sitt verste kan gjenspeiles i fobisk unngåelse av mentalisering. Det kan for eksempel være adaptivt for barnet å unngå å forstå holdningene til en overgriper, da det kan være for smertefullt å konfrontere dem. En slik unngåelse av andres intensjoner kan senere være maladaptivt og føre til svekket mentaliseringsevne. Barnet klarer ikke å finne en god strategi for å knytte seg til omsorgspersonen, ettersom samme person som tar seg av barnet, påfører det traumer. En traumesituasjon kan føre til aktivering av tilknytningssystemet der barnet søker trøst hos omsorgspersonen, noe som kan resultere i retraumatisering (Fonagy, Target, & Gergely, 2000).

Fysisk, emosjonelt eller seksuelt misbruk predisponerer for desorganisert tilknytningsstil, som er den mest alvorlige formen for utrygg tilknytning (van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Forskning viser at mishandlede barn har forstyrrede representasjoner av foreldrene og seg selv (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001). Studier viser også at mishandlede barn er dårligere til å løse "false-belief" oppgaver (Cicchetti, Rogosch, Maughan, Toth, & Bruce, 2003) som undersøker barnets evne til perspektivtaking. Slike barn har også svakere evne til å mentalisere emosjoner (Pears & Fishler, 2005).

Goldberg, Benoit, Blokland, og Madigan (2003) har funnet en generasjonseffekt også ved desorganisert tilknytningsstil. Foreldre som selv har vokst opp under traumatiske forhold kan ha et dårligere utgangspunkt for å danne et nyansert bilde av barnet og dets opplevelse.

De vil erfare barnet ut ifra deres psykisk ekvivalenstenkning preget av forstyrrede oppfatninger (Slade, 2005). De kan for eksempel behandle barnet som om det ikke har et eget sinn.

Barn som har vokst opp under lite psykologisk stimulerende forhold, og som er blitt utsatt for tilknytningstrauma, kan ha vansker med å danne nye og trygge relasjoner (Allen, 2001). Trygge tilknytningsforhold vil være det de trenger mest for å motvirke effekten av omsorgssvikten de har opplevd, og derfor kan profesjonell hjelp være nødvendig. Frykten for nære relasjoner og svekket mentaliseringsevne kan imidlertid by på utfordringer også i terapirommet.

Mentaliseringsbasert psykoterapi

I MBT settes pasientens sinn i fokus, og det søkes å styrke hans eller hennes mentaliseringsevne. Målet er å hjelpe pasienten til å få et rikere perspektiv på egne tanker og følelser, både om seg selv og andre, og hvordan de påvirker hans eller hennes mellommenneskelige fungering (Bateman & Fonagy, 2007). Bateman og Fonagy (2007) poengterer også viktigheten av at terapeuten forklarer målet med terapien for pasienten, slik at terapiprosessen blir mer forutsigbar.

MBT ble, som nevnt, utviklet for å hjelpe pasienter med BPF. Slike personer har problemer med interpersonlige relasjoner, dårlig impuls kontroll og vansker med å regulere sine emosjoner, for eksempel sinne. De er videre preget av et skjørt selvbilde og tomhetsfølelse, samt ekstrem frykt for å bli forlatt. Identitetsforstyrrelse er et fremtredende kjennetegn ved denne diagnosen. I stressende situasjoner kan slike individer oppleve paranoide tanker, og selvskading og selvmordstanker forekommer ofte (American Psychiatric Association [APA], 2000). Bateman og Fonagy (2007) hevder at dårlig og ustabil mentaliseringsevne er et sentralt problem ved BPF. Bateman og Fonagy (2007) påstår videre

at dersom et behandlingsopplegg skal ha effekt, må man fokusere på å utvikle mentaliseringsevnen hos pasientene.

Lenge antok man at BPF hadde dårlig prognose, og pasientene ble gjerne benevnt som ”behandlingsresistente”. Dialektisk atferdsterapi var den første metoden som viste positive resultater (Bateman & Fonagy, 2004). Ifølge Bateman og Fonagy (2006) var manglende fokus i integreringen av pasientens oppfatning og terapeutens perspektiv grunnen til at psykoterapi lenge viste seg å ha dårlig effekt.

Allen et al. (2008) påstår at psykoterapi gjennomføres i konteksten av et trygt tilknytningsforhold. På samme måte som et barn utvikler mentaliseringsevnen sin i konteksten av en trygg tilknytningsrelasjon, vil også pasienten utvikle sin mentaliseringsevne dersom terapeuten tilbyr de rette omstendighetene. For at endring skal oppstå er det videre viktig at pasienten erfarer alternative perspektiver på sin indre opplevelse, og mentalisering er nødvendig for å integrere disse perspektivene. Allen et al. (2008) hevder at alle terapeuter mentaliserer sine pasienter og arbeider mot å øke deres mentaliseringsevne, uavhengig av om de kjenner til begrepet eller ikke.

Kartlegging og mål

Arefjord (2009) oppsummerer fire delmål ved MBT: ”(1) å identifisere affekter og stabilisere følelsesuttrykkene, (2) å utvikle stabile indre representasjoner av tanker og følelser, (3) å skape en sammenhengende selvopplevelse og (4) å utvikle en evne til å skape trygge relasjoner”. Bateman og Fonagy (2007) bruker en kombinasjon av individualterapi og gruppeterapi i behandlingsopplegget for BPF. Gruppeterapien er et supplement til individualterapien, hvor pasienten kan øve seg på å opprettholde mentaliseringsevnen, regulere sine emosjoner og lære å uttrykke dem på en adekvat måte (Bateman & Fonagy, 2007).

Det er viktig med en nøye evaluering av mentaliseringsevnen i starten av behandlingen. To typer vanskeligheter med mentalisering kan oppstå: generaliserte og delvise. Kjennetegn på generaliserte mentaliseringsvansker er fastlåst kommunikasjon og problematiske relasjoner, systematisk forvrenging av følelsesbevissthet, manipulerende bruk av kommunikasjonsmåter og relasjoner, samt at interaksjoner sees utelukkende i forhold til fysiske aspekter. Mentaliseringsvanskene betraktes derimot som delvise når de oppstår i forbindelse med bestemte tanker, følelser og situasjoner. Det er derfor viktig med en bred kartlegging av pasientenes interpersonlige relasjoner og eventuelle tidlige traumer som kan avdekke svekket mentaliseringsevne, selv hos mennesker som ellers er gode til å mentalisere (Bateman & Fonagy, 2007).

Pseudomentalisering og konkret forståelse er to former for svak mentalisering. Pseudomentalisering, som hovedsakelig knyttes til forestillingsmodus, kan være særlig vanskelig å oppdage, ettersom personen tilsynelatende har god mentaliseringsevne. Det som karakteriserer pseudomentalisering er manglende forbindelse mellom mentale tilstander og ”ytre” virkelighet. Det vil si at en person kan snakke om og diskutere mentale tilstander uten forbindelse med den virkelige verden. Eksempel på pseudomentalisering kan være når pasienten uttrykker seg med sikkerhet om andres tanker og følelser. Når vedkommende blir utfordret på dette, bruker gjerne han eller hun personlighetstrekk eller absolutte påstander som ”Det er bare slik det er”, ”Jeg bare vet det”, for å forklare den første uttalelsen (Bateman & Fonagy, 2007).

Konkret forståelse knyttes hovedsaklig til psykisk ekvivalenstenkning. Typisk for denne formen for svak mentalisering er at egen opplevelse likestilles med ytre virkelighet; man klarer ikke å skille mellom egne tanker og den faktiske virkeligheten. Karakteristisk for denne typen forståelse er splitting, dikotom-tenkning, generaliseringer, fordommer og absolutte påstander. Pasienten kan for eksempel si ”Han gjør alltid sann” eller ”Hun er alltid

sånn”. Terapeuten må evaluere mentaliseringsevnen til pasienten og avdekke eventuelle svakheter for at behandlingsopplegget skal være optimalt (Bateman & Fonagy, 2007).

Konkret forståelse og pseudomentalisering er imidlertid begreper som overlapper noe, ifølge definisjonene til Bateman og Fonagy (2007). Vi synes det er vanskelig å finne tydelige skiller mellom disse begrepenes kjennetegn, ettersom en og samme atferd i noen tilfeller vil kunne indikere både konkret forståelse og pseudomentalisering.

Terapeutens holdning

Allen et al. (2008) hevder at evnen til å mentalisere er en kunst som ikke kan reduseres til regler og prosedyrer. Akronymet ”CHAT” brukes for å beskrive holdningen som terapeuten bør etterstrebe: “Curiosity, Hope and optimistic attitude, Autenticity and affect focus, Transference mentalizing” (A. Bateman, personlig kommunikasjon, 9. september, 2010). Denne holdningen omfatter blant annet en ikke-vitende posisjon, noe som innebærer en ”forståelse for at sinnstilstander er ugjennomsiktige, og at terapeuten ikke kan vite mer om hva som er i pasientens sinn enn pasienten selv” (Bateman & Fonagy, 2007, s. 115). Dette kan terapeuten oppnå ved å være aktivt spørrende og genuint interessert i pasientens tanker og opplevelse. Terapeuten bør ikke være skråsikker på hva pasienten tenker og føler, men heller være usikker, utforskende og interessert i å lære mer (Bateman & Fonagy, 2007).

Enhver terapeut bør være empatisk og støttende, validere pasientens opplevelse, vise medfølelse, samt oppmuntre sine pasienter, noe som også gjelder den mentaliserende terapeuten. Han eller hun bør finne balansen mellom å være ikke-dømmende og ikke-kritiserende, men samtidig konfronterende og utfordrende i det rette øyeblikket. Terapeuten bør utfordre uberettigete oppfatninger som pasienten kommer med om seg selv og andre. På den måten vil pasienten ha mulighet til å se flere perspektiver på sin oppfatning. For at vedkommende skal kunne tåle at terapeuten er konfronterende, må den terapeutiske alliansen

være sterk. Det betyr at terapeuten ikke begynner å utfordre pasienten før de har styrket sin relasjon, noe som også gjelder etter konflikter og misforståelser (Bateman & Fonagy, 2007).

En måte å styrke alliansen på er å fokusere på positiv mentalisering. Terapeuten kan påpeke når pasienten har vist god mentalisering, noe som bidrar til å øke mentaliseringsevnen (Lossius, 2009). Bateman og Fonagy (2007) mener at ”veloverveid og hensiktsmessig adressering av mestring skaper en betryggende atmosfære i terapien” (s. 150). Bateman og Fonagy (2007) presiserer at oppmuntring er et annet nødvendig element ved enhver terapi og at åpne spørsmål kan være oppmuntrende for pasienten. Slike spørsmål hjelper pasienten til å reflektere over egne tanker, samt utforske sine følelser og alternative perspektiver. Ved å spørre ”Hva tenker du om det?” og ”Hvordan kan vi forstå det på en annen måte?” hjelper terapeuten pasienten med å nyansere sitt syn i en gitt situasjon.

En viss grad av gjennomsiktighet og selvavsløringer fra terapeuten kan også være fordelaktig. Det må markeres tydelig at det er terapeutens egne tanker, følelser eller oppfatning av situasjonen. Slik en mor tydelig speiler sitt barn, bør terapeuten speile pasienten. Terapeuten bør utforske om pasienten kjenner seg igjen i terapeutens utsagn og hvorvidt det stemmer overens med hans eller hennes egen opplevelse. Utsagn fra terapeuten om hans eller hennes egne tanker kan også bidra til å senke pasientens angstnivå i en situasjon der han eller hun forsøker å forstå hva terapeuten tenker om vedkommende (Bateman & Fonagy, 2004). Bateman og Fonagy (2007) hevder at tilbakeholdenhet fra terapeutens side kan stimulere til paranoide reaksjoner hos borderline-pasienten.

Balansere fokus

Terapeuten bør hjelpe pasienten med å balansere mellom fokus på tanker og følelser, og mellom fokus på selv og andre. Når pasienten blir for emosjonell, bør behandleren flytte fokuset over på vedkommendes tanker om egne opplevelser for å regulere emosjonaliteten i terapirommet. På samme måte bør terapeuten flytte fokuset på opplevelse og følelser når

pasienten blir svært tenkende og forsvinner i en forestillingsmodus. Målet er at pasienten skal være i stand til å tenke om sine følelser og føle om sine tanker. Hvis pasienten er introspektiv og engasjerer seg i grubling, vil det være nyttig å oppfordre pasienten til å skifte fokus vekk fra sitt eget sinn og mot andres sinn. Hvis pasienten derimot er overdrevet fokusert på andres tanker og følelser, vil det være hensiktsmessig å invitere vedkommende til å rette fokus mot sitt eget sinn (Bateman & Fonagy, 2007).

Mentalisering av emosjoner

Et hovedfokus i MBT er å utvide emosjonelle tilstander³ (Allen et al., 2008).

Mentalisering av emosjoner kan deles inn i tre kategorier: gjenkjenning, modulering og uttrykk av emosjoner. Gjenkjenning innebærer at man klarer å korrekt navngi de ulike emosjonene, samt skille mellom dem. Modulering betyr at personen evner å regulere intensiteten på de ulike emosjonelle tilstandene. Til sist vil den mentaliserende terapeuten hjelpe vedkommende å uttrykke sine emosjoner på en adekvat måte, eller utsette dette til en mer passende anledning (Allen et al., 2008). Dersom en pasient forteller om en episode der han eller hun var sint, kan terapeuten utforske dette ved å spørre ”Hva annet følte du?”. Bak den opprinnelige følelsen kan det ligge andre følelser, for eksempel angst eller avsky som pasienten ikke er seg bevisst, eller ikke vedkjenner seg.

Når man skal arbeide med mentalisering av emosjoner, er det avgjørende at pasienten har en optimal aktivering. Hvis individet er for lite emosjonell, kan man risikere at vedkommende tar en intellektuell avstand. Hvis individet derimot opplever for sterke emosjoner, kan dette svekke evnen til å mentalisere (Allen et al., 2008). Projektiv identifisering er en forsvarsmekanisme som ofte tas i bruk ved ikke-mentalisererte affekter. En definisjon av projektiv identifisering er ”å oppføre seg på en slik måte at subtilt interpersonlig

³ Emosjoner, følelser og affekter representerer nært beslektede begreper, og vil derfor i denne teksten brukes om hverandre.

press plasseres over på en annen person som påtar seg karakteristikker ved selvet eller et indre objekt som er projisert inn i personen. Personene som er mottakere for projeksjonen begynner så å oppføre seg, tenke og føle i samsvar med det som har blitt projisert” (vår oversettelse, Gabbard, 2010, s. 34). Personen makter ikke å mentalisere rundt de vonde følelsene, og for å lette på smerten kan han eller hun projisere negative sider ved seg selv over på andre (Allen et al., 2008). Projeksjon kan defineres som ”å oppfatte og reagere på uakseptable impulser og deres derivater som om de var utenfor selvet. [Det] skiller seg fra projektiv identifisering ved at mottakeren av projeksjon ikke endres” (vår oversettelse, Gabbard, 2010, s. 34).

Intervensjoner

Allen et al. (2008) påstår at intervensjoner som øker mentaliseringen kan anvendes uansett teoretisk bakgrunn. Bateman og Fonagy (2007) beskriver noen generelle kjennetegn ved intervensjonene som benyttes i MBT. De er som regel enkle og korte, og fokuset er på affekter framfor atferd. Pasientens subjektive opplevelse og affektive tilstand er av primær interesse for den mentaliserende terapeuten. Intervensjonene knyttes til bevisste eller nesten-bevisste nåværende hendelser eller aktuelle interpersonlige interaksjoner, og i mindre grad til hendelser i fortiden. Innen MBT betrakter man hendelser i fortiden som betydningsfulle, men fokuset rettes likevel mot pasientens nåværende tanker og mentale tilstander. Terapeuten bør videre fokusere på å forstå og vedlikeholde prosessen, framfor å tolke innholdet i samtalen. Behandleren bør prøve å innrette sine intervensjoner etter pasientens nivå av mentalisering, noe som optimaliserer tilknytningen, samt stimulerer til refleksjon og generering av alternative perspektiver (Bateman & Fonagy, 2007).

Når det er høy intensitet av emosjoner bør behandleren fokusere på å støtte pasienten og vise empati. Når terapeuten har skapt trygghet og stabilisert den emosjonelle tilstanden hos pasienten, kan de bevege seg mot et ”dypere” nivå og klargjøre, utdype og utforske situasjonen, samt utfordre pasientens perspektiv. Dersom pasientens tilstand tillater det, kan

terapeuten utforske affektene i forbindelse med den gitte situasjonen. Den mest komplekse og emosjonelt intense intervensjonen er mentalisering av overføring. Terapeuten bør imidlertid ikke fokusere på overføringen i terapien for tidlig (Bateman, 2010).

Terapeuten bør innrømme egne feil og misforståelser da dette kan være en gylden mulighet til å lære om hvordan alle i et øyeblikk kan miste evnen til å mentalisere. Feil utforskes i fellesskap, slik at pasienten kan se nærmere på sammenhengen mellom følelser, opplevelser og atferd, noe som også bidrar til å styrke den terapeutiske alliansen. Bateman og Fonagy (2007) foreslår ”stopp og spol tilbake”-metoden når mentaliseringen har mislyktes, enten hos pasienten eller terapeuten. Terapeuten avbryter samtalen og går, sammen med pasienten, tilbake til det siste øyeblikket før bruddet av mentalisering oppstod. Hvis pasienten for eksempel forteller om en hendelse der han eller hun reagerte impulsivt og ikke klarte å beherske seg, kan terapeuten hjelpe pasienten med å identifisere affekten som forårsaket den uønskede atferden ved å ”stoppe opp og spole tilbake”. Sammen reflekterer de over hvordan det er å være i den situasjonen, og de prøver å forstå andres responser og mulige grunner til at de handlet slik de gjorde, samt konsekvenser av handlingen. Terapeuten kan for eksempel stille spørsmål som: ”Hva tenkte du da du handlet som du gjorde?”, ”Hva tenker du om det nå?”, ”Hva tror du han tenkte da du gjorde dette?”, for å få pasienten til å reflektere over hendelsen. Man må likevel ikke glemme at ”affektfokus i MBT ligger primært på hovedfølelsen i det øyeblikket, i timen, når denne følelsen åpenbarer seg mellom pasient og terapeut – her-og-nå, i stedet, for der og da” (Bateman & Fonagy, 2007, s. 154).

Overføring og motoverføring

Bateman og Fonagy (2007) hevder at motoverføring er et uunngåelig fenomen i terapirommet, og at terapeuten er en aktiv part i igangsettelsen. Den mentaliserende terapeuten er engasjert i motoverføringen og utforsker aktivt, sammen med pasienten, begge parter bidrag. Bateman og Fonagy (2007) hevder at ”denne typen felles utforskning av mulige

motoverføringer forutsetter en åpensinnet terapeut som er trygg på sine egne feil og varsom i forhold til sine synspunkter, slik at pasienten tør å åpne seg og begynne å stille spørsmål ved sine rigide skjemaer om seg selv og andre, på samme måte som terapeuten” (s. 121). Arbeid med overføring og motoverføring forutsetter en god allianse og bør settes gradvis på dagsorden (Lossius, 2009).

Målet med å utforske overføring i terapirommet er ikke primært å gi pasienten innsikt. I stedet ønsker man å skape en nysgjerrighet rundt hvorfor pasienten velger å holde fast ved en bestemt tolkning, til tross for tvetydigheten som preger interpersonlige situasjoner. Hvis en pasient for eksempel oppfatter terapeuten som kritisk og destruktiv, vil man i terapien drøfte dette som ett av flere mulige perspektiver på terapeutens atferd. Selv om en slik tolkning kan være riktig, vil man rette fokus mot å generere flere ulike tolkninger på situasjonen. En slik fremgangsmåte kan bidra til at pasienten gir slipp på sin rigide tenkning i modus av psykisk ekvivalens (Allen et al., 2008).

Vi har detaljert beskrevet faktorer som påvirker utviklingen av mentaliseringsevnen, samt belyst prinsippene bak MBT. I det følgende vil vi gjøre rede for etiologien og kjennetegnene ved UPF og PPF, samt benevne vanlige behandlingsformer for disse pasientgruppene.

Unnvikende personlighetsforstyrrelse

Unnvikende personligheter ble først beskrevet av Millon (1969) i 1969. UPF ble anerkjent som en egen diagnose i DSM-III i 1980 (Benjamin, 2003) og innført i ICD-9 i 1987 (Torgersen, 2008). De diagnostiske kjennetegnene for UPF (F.60.6) ifølge WHO (2007) er:

- (a) vedvarende og gjennomgripende følelser av anspenhet og frykt,
- (b) oppfatning om at en er sosialt klønete, lite personlig tiltrekkende eller underlegen andre,

- (c) overdreven opptatthet av å kunne bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner,
- (d) uvillighet til å involvere seg med andre hvis en ikke er sikker på å bli likt,
- (e) innskrenket livsstil som følge av behov for fysisk sikkerhet,
- (f) unngåelse av sosiale eller yrkesmessige aktiviteter som innebærer betydelig mellommenneskelig kontakt, på grunn av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning. (s. 204)

Prevalens er varierende, men anslås å være fra 1-10 % (Vestergaard, Sørensen, Kjølbye, & Videbech, 2006). Ifølge Torgersen (2008) er UPF den hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelsen i befolkningen i Norge. Torgersen anslår prevalensen å være 3,5 % her, mens den ellers i verden anslås å være 1,5 %. Som man kan se, er prevalensen usikker, og noe av grunnen til dette kan være at det finnes en del mørketall, siden slike personer nettopp er unnvikende. Personlighetsforstyrrelsen er funnet like mye hos menn som hos kvinner (Karterud et al., 2010).

Symptomene kan variere fra mild til alvorlig grad (Millon & Everly, 1985). Kantor (2003) skiller mellom ulike typer UPF, og mener blant annet at noen personer med UPF trenger å bli mer selvhevdende, mens andre trenger å bli mer underkastende. Vi vil i dette arbeidet ikke gå nærmere inn på alle undergruppene. I alle inngår imidlertid evnen til å distansere seg fra andre åpenlyst eller subtilt fiendtlig (Kantor, 2003).

Egenskaper

Relasjonelt. Personer med UPF havner ofte i en ond sirkel ved å være sjenerte og fryktsomme av redsel for avvisning. Dette fører til at de trekker seg unna andre, noe som kan bidra til at andre igjen unngår dem. Slik utvikles selvoppfyllende profetier. Enkelte klandrer omgivelsene for sin isolasjon, for eksempel ved å skylde på at de lever i et lite miljø hvor det er vanskelig å treffe noen. Andre skylder på sin genetiske eller biologiske utrustning, mens noen forklarer sin unnvikelse som preferanser, ved at de foretrekker å være alene (Kantor,

2003). Noen teoretikere (Beck, Freeman, & Associates, 1990; S. Karterud, personlig kommunikasjon, 14. februar, 2010) mener imidlertid at personer med UPF har en mer internaliserende stil, hvor de i overdreven grad klandrer seg selv for sin ulykkelighet, noe som gjenspeiles i deres kognitive stil, som vi beskriver nedenfor.

Personer med UPF kan på ulike måter avvise andre for å unngå å bli avvist selv. Noen kan avvise alle som ikke når opp til deres standarder, andre kan engasjere seg i devaluering eller påstå at de foretrekker å være alene, slik at en eventuell avvisning blir lettere å mestre. De kan også bruke sitt utseende for å beskytte seg, for eksempel ved å gjøre seg attraktive slik at andre kan like dem for utseendet, eller gjøre seg ”stygge”, slik at de uansett sikrer avvisning (Kantor, 2003).

Personer med UPF er gjerne svært lojale mot sin familie. Det antas at de fikk innprentet ”beskjeder” fra sin familie om at de ikke ble akseptert, at ingen utenfor familien heller ville akseptere dem, og at det derfor var det best å holde seg nær familien (Benjamin, 2003). De har vansker med å etablere og opprettholde forhold, delvis på grunn av at de ikke deler sine følelser fordi de ikke tillater seg selv å være sårbare, og delvis på grunn av at de har problemer med å stole på andre (Kantor, 2003). Personer med UPF kan imidlertid ha noen få nære venner. Disse har gjerne bestått noen strenge ”tester” av tillit før de slippes inn. Dersom dette skjer blir de til gjengjeld svært lojale mot dem (Benjamin, 2003), men de holder dem likevel på en viss avstand for å unngå intim kontakt. På denne måten blir de intimitetsunnvikende heller enn unnvikende av mennesker generelt (Kantor, 2003).

Personer med UPF involverer seg gjerne i triangulære forhold, hvor de er ”tredje hjul på vognen” i et parforhold. På den måten oppnår de intimitet, samtidig som de kan opprettholde en viss interpersonlig avstand. Når slike forhold tar slutt, slipper de ydmykelse og avvisning ettersom triangulære forhold uansett ikke har en tendens til å vare, og det blir lett å trekke seg unna etterpå (Benjamin, 2003). Andre kan, ifølge Kantor (2003), gå fra

forhold til forhold og stadig vekk involvere seg i partnere som er ”feil” eller utilgjengelige for dem i utgangspunktet, for eksempel ved å velge noen som er altfor pene i forhold til dem selv eller som eksempelet nedenfor illustrer:

A patient who complained she couldn't meet men said she had begun to meet them, but forgot to say that they were all married. When this avoidant ploy was discovered, instead of meeting married men she met a man and got married to one – selected for being close to death from terminal cancer. (Kantor, 2003, s. 241)

Unnvikende personer kan videre reagere på nye forhold som om de var traumatiske forhold fra tidligere. En som tidligere har opplevd å bli avvist og forlatt av en partner kan for eksempel forvente at en ny partner vil gjøre det samme, noe som kan tenkes til dels å skyldes at de egentlig ønsker å være alene (Kantor, 2003) og til dels skyldes deres indre arbeidsmodeller. Det kan også anses som en form for overgeneralisering.

Kognitiv stil. Etersom personer med UPF trekker seg unna andre mennesker, har de mye tid for seg selv. Denne tiden bruker de ofte til å gruble rundt seg selv, verden og livet, noe som kan føre til tanker om at man ikke fortjener å ha det like bra som andre (Sperry, 1995). Dette kan i sin tur kan virke selvforsterkende på unngåelsesatferden. Den kognitive stilen til personer med UPF kjennetegnes også ved at de i stor grad forventer avvising fra andre. De kan anta at de blir avvist på grunn av personlige mangler, som for eksempel at de ikke er spennende å prate med. De kan også mistolke positive og nøytrale reaksjoner fra andre som negative (Beck et al., 1990). Et eksempel på dette kan være dersom en venn eller venninne ikke svarer på en invitasjon med en gang, så vil dette tolkes som en negativ respons og avvising.

Millon og Everly (1985) hevder at personer med UPF har mange forstyrrelser i sine kognisjoner og ofte distraheres av for mange stimuli. Ifølge Baier-Barth og Crawford (1998) tyder litteraturen på at mennesker med sosial fobi har tendenser til å overvåke egne indre

tilstander, mens personer med UPF forsøker i tillegg å overvåke andres reaksjoner. Ifølge Sperry (1995) ”skanner” de miljøet etter tegn på aksept eller potensielle farer. De forsøker å overvåke situasjonen slik at de til slutt kan bli overveldet av informasjon fra omgivelsene, og tankegangen distraheres og blir dysfunksjonell (Sperry, 1995).

Dysfunksjonelle tankefeil kan blant annet være overdrivelse, noe som kan manifesteres ved at minimal kritikk overdrives til en stor fornærmelse. Personer med UPF kan videre tolke det som en fullstendig avvisning dersom noen ikke liker dem fullt og helt (Kantor, 2003), noe som kan anses som en form for dikotom tenkning. Overgeneralisering og katastrofetenkning er andre vanlige dysfunksjonelle tankemønstre. Dette kan føre til overreagering, eksempelvis ved at personen trekker seg helt bort fra andre. Devaluering av egne positive sider og overdrivelser av egne svakheter er også vanlig, noe som kan bidra til deres lave selvtillit (Kantor, 2003). Samlet sett kan slike dysfunksjonelle tankemønstre føre til selvmedlidenhet, angst, depresjon (Sperry, 1995) og isolasjon (Kantor, 2003). Dette kan antyde at personer med UPF gjerne har selvkritiske livshistorier som kan få negative implikasjoner for selvbildet.

Affektiv stil. En av hovedaffektene for mennesker med UPF er dysfori (Beck et al., 1990), og denne følges ofte av ustabilitet i humør, lite energi, trøtthet og depresjon. De unnvikende kjennetegnes videre av beskjedenhet og kan ofte oppleve tristhet, ensomhet og anspenhet da de sjelden oppnår ubetinget kjærlighet fra andre. Noen ganger kan deres affektive stil resultere i en tilstand av generell nummenhet (Millon & Everly, 1985), og ved økt fortvilelse kan de oppleve tomhet og depersonalisering (Sperry, 1995). Ifølge Gabbard (1990) brukes beskjedenhet, flauhet og unngående atferd som forsvar mot andre følelser, som ydmykelse, skam, avvisning og feil ved selvet. På denne måten unngår de følelser. For andre kan personer med UPF framstå som anspenne og fryktsomme, eller som kontrollerte og underaktiverede fordi de ofte er på vakt (Millon & Everly, 1985).

De kan ha et syn på seg selv som svake, fysisk eller mentalt defekte, ekle og med manglende evne til å konkurrere, og til å kontrollere kroppslige funksjoner, noe som kan føre til mye skamfølelse (Wurmser, 1981). Personer med UPF gir også lite uttrykk for følelser, selv om deres følelseskapasitet er normal (Kantor, 2003). Dette er fordi de tror at det å vise følelser kan gjøre dem sårbare for avvisning og ydmykelse, som illustrert nedenfor:

One avoidant did not respond affectionately to people because he feared being flooded by the feelings that other would arouse, in part because he believed that having strong feelings was a sign of femininity and so of weakness. For this man, avoidance was a way to detach from others in order to be able to proclaim, "Because I don't have feelings I'm not a sissy, or a mama's boy, but a strong person, in control of myself, and intact. (Kantor, 2003, s. 209)

Som andre, prøver personer med UPF å unngå smerte, men ettersom de har få sosiale evner må de gjøre dette alene. De prøver videre å unngå selvbevissthet rundt sin oppfattelse av å være ikke-elskbare og sin manglende attraktivitet (Millon & Everly, 1985). Innsikt er dermed mer eller mindre til stede, men ofte kun overflatisk og sjelden nyttig, da den ikke brukes til endring (Kantor, 2003).

Unnvikende personer kan bli svært sinte dersom de opplever at andre ydmyker dem. De unngår imidlertid ofte å vise dette av frykt for avvisning. Dette gjelder også dersom de er uenige med andre, og slike situasjoner fører ofte til tilbaketrekking istedenfor sinneutbrudd (Benjamin, 2003). Ifølge Benjamin (2003) kan de imidlertid til tider få plutselige og voldsomme sinneutbrudd.

Forsvar. Personer med UPF kan ha tanker som "livet er urettferdig - andre avviser meg - men jeg vil fortsatt at de skal like meg" (vår oversettelse, Sperry, 1995, s. 40). Slike tanker kan føre til at de ønsker bekreftelse fra andre, eller ønsker å ha muligheten til å rømme

til sin fantasiverden. Dagdrømmer om hvordan verden skulle vært er vanlig blant disse personene, og fantasi anses som den mest fremtredende forsvarsmekanismen (Sperry, 1995).

Fantasi brukes for å avbryte smertefulle tanker, og unngåelse som forsvar mot reell eller forestilt psykisk smerte er vanlig. Fantasi kan anses som en annen form for benektning, og det kan være et trygt sted hvor man kan slippe løs følelser og begjær som ellers ville vært ubehagelige, upassende eller umulig å oppnå i virkeligheten. Se på tv, lese bøker og dagdrømming er aktiviteter som innebærer en realitetsflukt gjennom bruk av fantasi (Millon & Everly, 1985).

På grunn av lav toleranse for ubehag og negative følelser bruker personer med UPF også forsvarsmekanismer som rettferdiggjøring, distraksjon og rasjonalisering når de føler seg redde eller triste (Sperry, 1995). Rasjonaliseringen kan gå ut på at de har tanker om at de ikke vil kaste bort tiden sin på forhold til andre, selv om de kan ha en grunnleggende idé om at de ikke har evnen til å ha forhold til andre mennesker. Noen kan rettferdiggjøre sin atferd ved for eksempel å tenke at de ikke kan bruke energi på andre mennesker fordi de da ikke vil ha nok energi igjen til seg selv (Kantor, 2003). Gabbard (1990) mener videre at de har tendenser til å unngå stressende situasjoner ved stort ubehag.

Ifølge Kantor (2003) kan fiendtlighet manifestert gjennom atferd, enten åpenlyst eller subtilt (passivt-aggressivt), være et personlighetstrekk og en forsvarsmekanisme. Personer med UPF kan bruke sin beskjedenhet for å hindre at andre kommer for nær, eller de kan gjøre dette på en mer åpenlys måte gjennom å fornærme andre. For å ikke bli avvist, blir de selv avvissende, noe som gir dem en form for kontroll ettersom det er deres egen atferd som fører til avvisning (Kantor, 2003). Et slikt mønster er maladaptivt i den forstand at en person med UPF kan komme til å avvise mange som ikke selv ville avvist dem.

Projeksjon brukes også av personer med UPF. De kan projisere følelser av mindreverdighet, slik at de tror at andre ser like negativt på dem som de ser på seg selv, og at

andre avskyr dem slik de avskyr seg selv. Misattribusjon og eksternalisering er andre forsvarsmekanismer, samt dissosiering (Kantor, 2003).

Utvikling

UPF manifesterer seg stort sett i tidlig voksenalder (Millon & Martinez, 1995). Arv og miljø kan begge deler være av betydning for utviklingen av slike personligheter. Det er imidlertid kun et svakt grunnlag for arv og biologiske komponenter når det gjelder UPF (Karterud et al., 2010), bortsett fra noe evidens for at temperament kan være predisponerende, som fysiologisk reaktivitet og hypersensitivitet for stimuli, samt et overaktivt system for atferdshemning (Meyer, Muriel, & Bowles, 2005).

Ifølge Benjamin (2003) fikk personer som senere utviklet UPF god nok omsorg som spedbarn, og de utviklet sosiale bånd til sine omsorgsgivere. Dette medførte at de utviklet en grunnleggende tilknytning og et ønske om normal sosial kontakt med andre.

Omsorgspersonene kunne imidlertid ha en foreldrestil preget av høy grad av kontroll, hvor andre menneskers syn på dem ble høyt verdsatt. Synlige ”feil” hos barnet ble gjerne latterliggjort, noe som kunne føre til at barnet ofte følte seg ydmyket. Latterliggjørelsen og ydmykelsen kunne blant annet innebære ekskludering og påtvunget autonomi. Slike faktorer kan ha påvirket personen slik at han eller hun ble sosialisert til å utføre arbeidsoppgaver på en adekvat måte, men under stadig frykt for å bli latterliggjort, ydmyket og avvist (Benjamin, 2003).

Millon og Everly (1985) mener at slike personer opplevde gjentatte irregularetter i omsorgen som barn, for eksempel ved at mor ikke alltid klarte å reagere på en sensitiv måte på barnets behov. Avvisning fra både foreldre og jevnaldrende kan ha ført til at barnets selvværdi og selvkompetanse ble svekket. Dette kan bidra til at personer med UPF innskrenker sitt sosiale liv, blir hypersensitive for avvisning og svært introspektive, noe som i sin tur kan føre til at utviklingen av sosial kompetanse hemmes og bidra til at andre anser dem som

påfallende og sosialt avvikende (Sperry, 1995). Senere avvisning fra jevnaldrende og venner kan fungere som validering av foreldrenes avvisning. Når personen ikke får positiv bekreftelse verken fra seg selv, foreldrene eller venner, kan det resultere i at han eller hun går inn i et fastlagt mønster hvor vedkommende trekker seg unna og utvikler en UPF (Millon & Everly, 1985).

Kantor (2003) hevder at barnets positive emosjoner kan ha blitt møtt med kritikk, straff eller fjernhet. Dette kan ha bidratt til at barnet holder slike emosjoner for seg selv for å spare seg for smerten det å vise dem kan medføre. Det kan også føre til at barnet unngår slike følelser i det hele tatt. Barnet kan videre få direkte eller indirekte signaler fra omsorgsgiver om at for eksempel sinne ikke er akseptabelt. Derigjennom blir også negative følelser avspaltet eller avvist. Dette kan senere føre til at personen unngår forhold som ellers kunne ha fungert bra, for slik å unngå negative følelser som sinne, selv om dette er en følelse som inngår i alle nære relasjoner (Kantor, 2003).

En annen faktor som kan virke inn, er dersom barnet blir behandlet på en infantiliserende måte av sine foreldre. Dette kan føre til at barnet senere får vansker med å forholde seg til andre, og det blir regressivt og avhengig i mellommenneskelige forhold (Kantor, 2003). Overføringsmekanismer er også noe som kan føre til unngåelse. Dette kan skje dersom personen tar avstand fra andre mennesker som minner om noe eller noen han eller hun mislikte eller fryktet tidligere i livet, eksempelvis omsorgspersoner (Kantor, 2003).

Overlapping og komorbiditet

UPF overlapper med sosial angst, særlig den generaliserte typen som omfatter de fleste sosiale situasjoner (Benjamin, 2003). Ifølge Millon og Martinez (1995) er UPF mer alvorlig enn sosial angst, og unnavikende personer har hovedsaklig problemer med å relatere seg til andre, mens mennesker med sosial fobi hovedsaklig har problemer med å prestere i sosiale situasjoner. UPF-diagnosen kan videre ligge til grunn for andre angstlidelser og

eksisterer sjelden alene (Kantor, 2003). Noen personer med UPF kan oppleve ekstrem sosial angst, mens andre er mer skeptiske og mistenksomme i den forstand at de ofte er sikre på at andre vil dømme, ydmyke og avvise dem (Benjamin, 2003). Personer med UPF er også predisponert for schizofrene lidelser (Kantor, 2003). Når det gjelder andre personlighetsforstyrrelser, er UPF som oftest diagnostisert sammen med avhengig, borderline, paranoid, schizoid og schizotypal PF (APA, 2000).

Terapi

Kognitiv terapi, hvor eksponering og trening i sosiale ferdigheter inngår, er en mulig innfallsvinkel til denne pasientgruppen. Angstmestring og avslapningsteknikker kan også være nyttig for pasienter med UPF, og man har forsøkt paradoksale intervensjoner og funnet at dette kan ha en effekt ved å redusere frykt for avvisning (Sperry, 1995). Pasienter med en mer alvorlig grad av UPF vil mest sannsynlig ha best utbytte av kombinerte behandlingstilnærminger. Dette kan innebære en kombinasjon av psykoterapeutiske intervensjoner, for eksempel både kognitive teknikker og en interpersonlig tilnærming. Farmakoterapi og gruppeterapi er også noe som kan integreres her (Sperry, 1995). Både betablokkere og antidepressiva har blitt brukt som ledd i behandlingen av pasienter med UPF, med en viss effekt (Vestergaard et al., 2006). Psykodynamisk- og kognitiv terapi har vist seg å ha effekt på denne lidelsen (Karterud et al., 2010).

Prognose

UPF er en diagnose som er blitt oversett i behandlingsapparatet (Kantor, 2003), og det er relativt lite dokumentasjon på forløp (Karterud et al., 2010). Ifølge Vestergaard et al. (2006) kan en del pasienter med UPF avhjelpes, men prognosen varierer avhengig av alvorlighetsgrad (Encyclopedia of mental disorders, 2010). De som klarer å møte opp og fullføre et terapiforløp vil mest sannsynlig utvikle bedre sosiale evner. Det er imidlertid mange som avslutter terapi prematurt, og følelser av sosial angst og underlegenhet er svært

integrrert i deres personlighet, noe som kan gjøre endring vanskelig (Encyclopedia of mental disorders, 2010). Ifølge Wilberg, Karterud, Pedersen, og Urnes (2009) er det betydelig funksjonssvikt blant mennesker med UPF, noe som muligens kan sidestilles med funksjonssvikten hos BPF.

Paranoid personlighetsforstyrrelse

Paranoide trekk har fanget oppmerksomheten til fagfolk fra lang tid tilbake, og i 1921 lanserte Kraepelin begrepet "paranoid personlighet". I 1952 ble PPF anerkjent som en diagnose i DSM-I, og i 1980 ble den definert med kriterier i DSM-III (Karterud et al., 2010). PPF ble først beskrevet i ICD-8 i 1965 (WHO, i.d.).

De diagnostiske kjennetegnene for PPF (F 60.0) i ICD-10 er:

- (a) uvanlig stor følsomhet overfor nederlag og avvisning,
- (b) tendens til å bære nag, dvs nekte å tilgi fornærmelser, urett eller forbigåelse,
- (c) mistenksomhet og vedvarende tendens til å forvrengte opplevelser ved å feiltolke andre personers nøytrale eller vennlige handlinger som noe fiendtlig eller hånlig,
- (d) kamppreget og vedholdende oppfatning av personlige rettigheter som ikke er i samsvar med den aktuelle situasjonen,
- (e) tilbakevendende og ubegrunnede mistanker om partner's seksuelle troskap,
- (f) tendens til å overdrive egen betydning som kommer til uttrykk i en vedvarende, selvhenførende holdning,
- (g) opptatthet av ubekreftede, "konspiratoriske" forklaringer på hendelser som både angår pasienten direkte og verden generelt. (WHO, 2007, s. 201)

Ifølge Vestergaard et al. (2006) kan man anslå at prevalensen for PPF er omtrent 0,5-2,5 %. Personer med slike trekk vil imidlertid sjelden søke profesjonell hjelp, og av den grunn vil prevalenstallene være noe usikre. Man antar at det er flere menn enn kvinner som har en

paranoid personlighet. Dette kan skyldes at menn bruker flere projektive mekanismer enn kvinner (Vestergaard et al., 2006).

Egenskaper

Relasjonelt. Et sentralt trekk hos individer med PPF er deres mistillit og mistenksomhet overfor andre, som de mener har onde motiver. De kan anta at andre vil utnytte, forråde eller skade dem, selv om det ikke foreligger noen holdepunkter for dette. Personer med PPF tviler til enhver tid på andres lojalitet og tillit, og de kan forvente at venner og kollegaer vil vende dem ryggen eller angripe dem når de får mulighet. De kan bli så overrasket over venner som er lojale, at de er overbevist om at det alltid finnes en negativ baktanke (Yudofsky, 2005). Ifølge APA (2000) forekommer slike trekk allerede i barndommen, og de gir seg tilkjenne under en rekke ulike omstendigheter.

Mennesker med PPF kan unngå å betro seg til andre og svare på personlige spørsmål, fordi de tror at informasjonen kan bli brukt mot dem (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004). De kan oppfatte uskyldige hendelser eller kommentarer som trusler og sammensvergelses, og de kan ofte anklage andre for å ha misbrukt deres tillit. Komplimenter tolkes gjerne negativt, for eksempel kan et kompliment om vedkommendes nye klær oppfattes som kritikk om at han eller hun er egoistisk og selvgod. Dersom man tilbyr dem hjelp, kan personer med PPF tolke det som at de ikke klarer seg godt nok på egen hånd (Yudofsky, 2005).

Personer med PPF bærer gjerne nag overfor andre og nekter å tilgi eventuelle skader, fornærmelser, eller ydmykelses som de mener de har blitt utsatt for (Torgersen, 2008). Til og med små misforståelser kan fremprovosere et voldsomt sinne og fiendtlighet hos dem, og slike følelser kan vedvare over lang tid. Hvis de oppfatter seg angrepet av andre, kan de raskt komme med motangrep og reagere med raseriutbrudd (Yudofsky, 2005). Den paranoides generelle "på vakt"-holdning fører gjerne til en ansent kroppsholdning og et skarpt blikk

som hele tiden leter etter indikasjoner på at andre vil han eller henne noe ondt (Torgersen, 2008).

Et annet sentralt trekk er intens sjalusi. En person med PPF kan ofte beskyldte ektefelle eller partner for å være utro, uten at det foreligger noen holdepunkter for dette (Millon et al., 2004). Personen ønsker til enhver tid å ha kjennskap til partnerens atferd, intensjoner, omgangskrets og planer. På den måten forsøker han eller hun å oppå full kontroll over forholdet og unngå å bli sveket (Yudofsky, 2005).

Siden individer med PPF har vansker med å stole på andre, kan de ha et stort behov for autonomi og kontroll over personer rundt seg. De kan ha problemer med å motta kritikk, men kan selv oppføre seg rigid og kritisk mot andre. De kan også ha vansker med å samarbeide og lett for å beskyldte andre for sine egne svakheter og mangler. Generelt kan det være vanskelig å komme overens med slike individer, og de har ofte vansker i nære relasjoner (Yudofsky, 2005).

Enkelte individer med PPF oppfattes som sjenerte, kalde og ”ensomme sjeler”, og de unngår ofte interpersonlige relasjoner. Dette gjelder imidlertid ikke alle med PPF. Noen vil sterkt mislike å være alene, fordi de på den måten vil mangle beskyttelse mot truende farer. Andre vil være stadig skiftende mellom å være for mye involvert og for lite involvert i relasjoner. Dette kan føre til at de får en slags ”splittet” personlighet hvor de skifter mellom å være ekstremt avhengig og bekymret for avvisning på den ene siden, og ekstremt uavhengig av frykt for å miste sin individualitet på den andre (Kantor, 2004).

Kognitiv stil. Mennesker med PPF karakteriseres av en rekke antagelser, kognitive forvrengninger og automatiske tanker (Sperry, 1995). Ifølge Beck et al. (1990) mener personer med PPF at de blir dårlig behandlet, mens de anser seg selv som rettferdige. De kan oppfatte andre som diskriminerende, manipulerende, upålitelige og forræderske, og de har ofte antagelser om at andre former sammensvergelses og arbeider mot dem. Dette kan

resultere i at vedkommende er på vakt, blir mistenksom og oversensitiv for holdepunkter som kan avsløre andres skjulte motiver. Dette kan videre føre til at vedkommende konfronterer ”fienden”, og anklager den andre for en rekke ugjerninger, noe som kan fremprovosere nettopp den fiendtligheten som pasienten i utgangspunktet trodde eksisterte (Beck et al., 1990). Dette kan forstås som en selvoppfyllende profeti. Kjerneantagelsen ved PPF er nettopp å attribuere andre ondskapsfulle hensikter (Millon, 1996).

Individer med PPF har også tendenser til å oppfatte seg selv som skyldløse og å tillegge andre skylden for alt som går galt. Dette kan føre til at de utvikler antagelser som ”jeg er ikke ansvarlig for noe, mens du er ansvarlig for alt” (vår oversettelse, Kantor, 2004, s. 42), og derigjennom bidra til å opprettholde et positivt syn på seg selv (Kantor, 2004). Kantor (2004) nevner et eksempel som illustrerer dette:

When a man complained to her that when she was parked next to him she hit his car door when she opened hers, she responded “that`s because you parked too close to me”. When the management of a theater asked her to keep her cellular phone from ringing at a concert, she replied that the problem was their making a big mountains out of molehills – their turning a situation that was unimportant in the unfinite scheme of things into one on a par with twin problems of world hunger and disease – so that instead of apologizing and shutting off the phone, she told management to get their priorities straight and deal with what was really important in life. (Kantor, 2004, ss. 42-43)

Freeman, Pretzer, Fleming, og Simon (1990) hevder at kognisjonen til individer med PPF er preget av kognitive forvrengninger som selektiv abstraksjon, overgeneralisering og dikotom tenkning. Turkat (1990) er særlig opptatt av at personer med PPF er hypersensitive for kritikk. I barndommen kan slike personer ha lært at de er annerledes enn andre, at de ikke må begå noen feil, og de kan ha utviklet en frykt for hva andre synes om dem. Dette kan

resultere i at vedkommende blir overopptatt av, og bekymret for, andres evaluering, og deres atferd blir begrenset til å følge foreldrenes forventninger. Siden slike individer oppfører seg annerledes, kan dette hindre aksept blant jevnaldrede. De kan risikere å bli frosset ut og ydmyket av sin omgangskrets, noe som blant annet skyldes manglende interpersonlige ferdigheter. Dette kan føre til at personen tilbringer mye tid på å gruble rundt hvorfor han eller hun blir behandlet dårlig og er utestengt fra samholdet. Individer med PPF vil sannsynligvis konkludere med at de blir avvist fordi de er spesielle og fordi andre er misunnelige på dem (Turkat, 1990).

Affektiv stil. Ifølge Millon (1996) er mennesker med PPF preget av et kaldt, trist og humørfattig temperament. På den ene siden kan de være objektive og uemosjonelle, mens de på den andre siden kan ha en tendens til å være sjalu, misunnelige og irritable. De blir raskt provosert og fornærmet, og de kan, som nevnt, reagere svært aggressivt ved minimal provokasjon. For å desensitisere sine affektive og sårbare sider, kan de bli kalde og usensitive på bekostning av mennesker rundt seg (Millon, 1996). Det er generelt vanskelig for personer med PPF å gi etter for følelser (Torgersen, 2008), og ifølge Sperry (1995) er det kun to emosjoner som uttrykkes med en viss dybde, nemlig sinne og intens sjalusi. Paranoide mennesker setter stort sett ikke pris på humor, bortsett fra galgenhumor og ironi (Torgersen, 2008).

I noen situasjoner kan individer med PPF bli overveldet av en voldsom skyldfølelse som ikke sjelden har utgangspunkt i små bagateller, og dette er en av årsakene til at de har vanskelig for å akseptere skyld. De har vansker med å føle skyld på en meningsfull, produktiv og vedvarende måte, noe som fører til at de forsøker å unngå skyldfølelsen. En person med PPF som opplever sterk selvbredelse, kan for eksempel uttrykke dette i form av kraftig kritikk og beskyldning overfor andre (Kantor, 2004).

Forsvar. Ifølge Sperry (1995) er projeksjon og projektiv identifisering de primære forsvarsmekanismene ved PPF. Projeksjon kan bidra til at man eksternaliserer trusler og føre til reduksjon av angst og ubehag. Projektiv identifisering kan ha til hensikt å kontrollere andre i omgivelsene. Et slikt behov for kontroll skyldes lav selvfølelse, noe som er en del av kjernen til denne forstyrrelsen. Vanlige sekundære forsvarsmekanismer hos mennesker med PPF er rasjonalisering, reaksjonsdannelse og forskyvning (Sperry, 1995).

Individer med PPF har et sammensatt bilde av seg selv. Deres selv-representasjon innebærer et unikt, grandios selv på den ene siden, og et svakt, underlegent og verdiløst selv på den andre siden (Gabbard, 1990), noe som kan være et eksempel på reaksjonsdannelse. Mange av dem som senere utvikler PPF har vokst opp med kritiske foreldre som de lærer å identifisere seg selv med. Gjennom en slik identifisering kan de undertrykke følelser av å ikke strekke til og av å være verdiløse, og kritikk kan bli en sentral del av deres fungering (Sperry, 1995).

Ifølge Gabbard (1990) legger mennesker med en paranoid grunnholdning spesielt merke til det som ikke er perfekt i verden rundt dem. En slik eksternalisering kan bidra til benektelse av et selv som er mindre enn perfekt. Personen føler seg grunnleggende underlegen og svak, men unikheter og grandiositet kan fungere som kompensatoriske strategier mot å erkjenne en slik underlegenhet (Gabbard, 1990). Man kan forstå det slik at underlegne følelser blir projisert til den ytre verden, som vedkommende har et kritisk syn på. Det ”onde” blir skilt fra det ”gode” i selvet, og dermed blir selvet oppfattet som utelukkende ”godt”, mens det ”onde” blir projisert utover (Sperry, 1995).

Utvikling

Ifølge Benjamin (2003) har mange mennesker med PPF vokst opp med foreldre som har vært kontrollerende, sadistiske og degraderende, og de kan ha formidlet en tanke om at barnet er ondt og fortjener straff. Familiestolthet ble videre høyt verdsatt, og barnet kan ha

blitt oppfordret til å være lojal mot familien og ikke dele informasjon med andre. En slik oppdragelse kan resultere i at vedkommende i voksen alder forventer å bli utnyttet og angrepet av andre, også av mennesker i hans eller hennes nære relasjoner. Dette kan føre til at personen nekter å åpne seg for andre, blir mistroisk og preget av frykt og hat. Vedkommende kan i tillegg identifisere seg med foreldrenes fiendtlige atferd, og han eller hun kan bli dømmende, kontrollerende og selv utnyttende (Benjamin, 2003).

I tilfeller hvor det forekom misbruk i barndommen, startet dette gjerne i tidlig spedbarnsalder. Foreldrene kan ha sett på barnet som en "liten voksen" og tilegnet det omtrent de samme egenskapene og evnene som en voksen. Dette kan ha resultert i at barnet ble slått når det gråt eller ikke klarte oppgaver på egen hånd. Etter hvert som vedkommende ble eldre, kan han eller hun ha trukket slutninger om at det er best å unngå å gråte, be om hjelp eller å stole på andre. I voksen alder kan personen verdsette uavhengighet og unngå de fleste former for intimitet (Benjamin, 2003).

Barnet kan ha blitt utsatt for utstrakte sammenlikninger med andre familiemedlemmer, det kan ha blitt sett på som "det svarte får" og ofte fått skylden for det som gikk galt hjemme. Barnet kan ha blitt oppfattet som sta, ondt, vanskelig, arrogant eller sutrete. Søsken kan samtidig ha blitt tydelig favorisert av foreldrene og mottatt mer omsorg, bekreftelse og goder. Dette kan ha resultert i at vedkommende i voksen alder er overoppmerksom på eksklusjon, fornærmelser og hvisking. Han eller hun kan lett og lenge bære nag knyttet til andre, og det skal lite til før vedkommende oppfatter seg som motarbeidet av verden (Benjamin, 2003). Ifølge Benjamin (2003) kan mennesker med PPF imidlertid utvikle noen få, intense relasjoner. I slike tilfeller kan personen bli svært avhengig av den andre parten og vise uvanlig sterk tillit og lojalitet.

I barndommen kan barnet ha blitt belønnet for å ikke vise noen behov eller krav. Barnet ble gjerne pålagt uvanlig mange oppgaver i hjemmet, og foreldrene forventet at han

eller hun i tillegg gjorde det bra på skolen. Vedkommende ønsket anerkjennelse for sin innsats, men ble kun møtt med nye krav og kritikk. I voksen alder vil mennesker med PPF ofte strebe etter kontroll og være kompetente innenfor sitt arbeidsfelt. Personene vil imidlertid være interpersonlig tilbaketrukket (Benjamin, 2003).

Atferden til mennesker med PPF er antatt å være påvirket av biologiske faktorer, som lav terskel for stimulering av det limbiske systemet, og svekkelser i de inhibitoriske systemer (Sperry, 1995). Det grunnleggende temperamentet kan også spille en stor rolle (Millon, 1981). Ifølge Karterud et al. (2010) er det sprikende resultater vedrørende en eventuell genetisk forbindelse mellom schizofreni, paranoid psykose og PPF. De hevder at funn på tvers av studier kan tyde på at det finnes en svak genetisk sammenheng mellom schizofreni og PPF, og en noe sterkere genetisk sammenheng mellom paranoid psykose og PPF.

Overlapping og komorbiditet

Benjamin (2003) hevder at det eksisterer betydelig overlapp mellom symptomer for paranoia (akse I) og PPF. PTSD forekommer hyppig sammen med PPF, men det er usikkert om den forekommer hyppigere hos PPF enn andre personlighetsforstyrrelser (Karterud et al., 2010). Ifølge Vestergaard et al. (2006) kan individer med PPF oppleve korte paranoide psykotiske episoder under stress og store påkjenninger. Ikke sjelden har mennesker med PPF en komorbid tilstand i form av alkoholmisbruk eller misbruk av andre psykoaktive stoffer (Yudofsky, 2005).

Millon (1996) hevder at mennesker med paranoide trekk kan være så bekymret for å bli oppfattet som merkelige og bisarre at de kun vil gi uttrykk for noen få milde og kontrollerbare symptomer på akse I. Hvis deres forsvar imidlertid blir svekket, kan man bli vitne til flere av de milde symptomene, og noen psykotiske trekk kan komme til syne. Millon (1996) hevder videre at "delusional paranoid disorders", generalisert angstlidelse, tvangslidelse, bipolar lidelse og schizofreni er komorbide forstyrrelser til PPF.

PPF forekommer hyppig sammen med andre personlighetsforstyrrelser (Karterud et al., 2010), og de hyppigst forekommende komorbide personlighetsforstyrrelser er borderline, tvangspregget, unnvikende, antisosial, schizoid og schizotyp PF (Karterud et al., 2010).

Terapi

Ifølge Kantor (2004) er det mange som hevder at paranoide pasienter ikke har nytte av verbal psykoterapi, og lenge har man antatt at denne pasientgruppen kun kan hjelpes ved bruk av farmakoterapi. Kantor mener derimot at dette er en myte, og at også mennesker med PPF kan nyttiggjøre seg verbalterapi. Behandlingstilnærmingen er avhengig av alvorlighetsgrad og komorbiditet (Kantor, 2004).

Nevroleptika i små doser bør overveies dersom det er framtreddende mistenksomhet og aggresjon. I tilfeller hvor aggresjonsmestring er hovedproblemet kan man også forsøke fokuserte mannsgrupper. For mindre fiendtlige pasienter kan psykodynamisk eller kognitiv terapi være nyttig (Karterud et al., 2010). I den senere tid har dialektisk atferdsterapi og metakognitiv terapi blitt foreslått som behandling av denne pasientgruppen (Lynch & Cheavens, 2008; Dimaggio, Catania, Salvatore, Carcione, & Nicolo, 2006).

Prognose

Vestergaard et al. (2006) mener at personlighetstrekkene ved PPF er nokså fastlåste og vedvarende. Hos noen personer kan det imidlertid forekomme en reduksjon i projiserende tendenser. Kantor (2004) mener at det er vanskelig å finne god statistikk på prognose for PPF, men hans kliniske erfaring tilsier at mange vil ha nytte av terapi. Noen vil bli bedre rett og slett ved å tenke over problemene sine på egen hånd, mens andre vil ha nytte av den støtten de mottar fra familie og venner. Noen kan bedres med alderen, mens andre kan ha nytte av psykoterapi (Kantor, 2004).

Positive prognostiske tegn er blant annet at pasienten oppnår innsikt i sin paranoia og ønsker å lete etter holdepunkter for sine paranoide forestillinger. Prognosen forbedres videre

hos pasienter som er villig til å forsøke å leve med sine hallusinasjoner og vrangforestillinger, ser på sin situasjon med humor og mottar støtte fra familie eller venner (Kantor, 2004).

Vi har nå presentert etiologi og noen av hovedkjennetegnene ved personer med UPF og PPF, samt benevnt mulige behandlingsformer og prognose for tilstandsbildene. De to beskrevne diagnosegruppene har flere likhetstrekk med BPF-pasienter, noe vi nå vil belyse.

Likheter med borderline personlighetsforstyrrelse

Morey (1988) fant at 27.1 % av et utvalg på 291 ikke-innlagte pasienter kunne kvalifisere for UPF. Av disse kunne 44.3 % i tillegg kvalifisere for BPF, 40.5 % for avhengig PF og 39.2 % for PPF. Studien viste videre at 22 % av utvalget kvalifiserte for PPF. Også her var det stor grad av overlapp, da 48.8 % av de som var diagnostisert med PPF kvalifiserte for BPF, 48.4 % for UPF og 35.9 % for narsissistisk PF. Resultatene indikerer med andre ord at både personer med UPF og PPF overlapper med andre personlighetsforstyrrelser, særlig BPF (Morey, 1988). Dette støttes ytterligere av Karterud et al. (2010) som også påpeker en høy grad av komorbiditet mellom PPF og BPF. Karterud et al. (2010) hevder videre at PPF og BPF deler de samme nevrobiologiske dysfunksjonene, noe som kommer til uttrykk blant annet gjennom betydelige affektreguleringsproblemer, som aggresjon.

Kjennetegn som UPF og PPF har til felles med BPF er blant annet paranoide tanker og hypersensitivitet for avvisning (APA, 2000). Alle gruppene har i tillegg et skjørt selvbilde. Overlappingen mellom UPF og BPF gjelder særlig diagnosegruppens ambivalens i forhold til interpersonlige relasjoner og deres frykt for å bli forlatt. Begge gruppene har tendenser til å ønske nære relasjoner, for så å trekke seg unna og unngå den andre parten. Dette kan kalles for tendenser til "tilnærming og tilbaketrekking" ("merge and emerge") (Kantor, 2003) og kan sammenlignes med paranoide personers splitting mellom å være avhengig og uavhengig

(Kantor, 2004). Kantor (2004) hevder at slike paranoide individer sjelden blir diagnostisert med PPF, men ofte med BPF med paranoide trekk.

Dikotom tenkning kan forekomme ved alle diagnosegruppene. For mennesker med UPF og de med BPF kan dette manifesteres ved at dersom andre ikke er fullstendig ”gode”, er de ikke ”gode” i det hele tatt (Kantor, 2003). Personer med PPF ser på seg selv som feilfrie, mens verden og alle andre er mangelfulle (Gabbard, 1990), noe som også kan forstås som dikotom tenkning. Individer som kvalifiserer for de aktuelle personlighetsforstyrrelsene kan også ha tendenser til å overgeneralisere, overfortolke og overreagere (Benjamin, 2003; Freeman et al., 1990; Kantor, 2003) særlig i interpersonlige relasjoner.

Det er vanlig at personer med PPF benytter seg av projektiv identifisering og projeksjon (Sperry, 1995), noe som i stor grad også gjelder BPF (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989). Individer med UPF kan også benytte seg av projeksjon (Kantor, 2003), men litteraturen tyder ikke på at bruk av projektiv identifisering er et sentralt kjennetegn. Beskrivelser av sentrale kjennetegn ved de tre diagnosegruppene tyder på at pasienter med PPF og de med BPF i større grad benytter seg av eksternalisering enn de unnvikende.

De diagnostiske kriteriene for BPF i DSM-IV-TR inkluderer blant annet ”inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger” (APA, 2000, s. 710). Som ved BPF, har også personer med UPF og PPF svak evne til affektregulering og kan reagere med sinne selv ved minimal provokasjon, selv om det er mer vanlig at UPF håndterer dette ved å trekke seg unna (Benjamin, 2003). Tendenser til å aggressivt uttrykke sinne synes i større grad å være et fellestrekk mellom personer med PPF og de med BPF, sammenlignet med personer med UPF.

Ifølge Allen et al. (2008) har mange BPF-pasienter vokst opp under vanskelige familieforhold preget av blant annet neglisjering, misbruk og andre former for traume. Vi har tidligere vist at dette ikke er uvanlig for individer med PPF. Funn fra longitudinelle studier

(Johnson, Cohen, Chen, Kasen, & Brook, 2006) indikerer at lavt nivå av omsorg fra foreldre er assosiert med økt sannsynlighet for utvikling av blant annet BPF og PPF. Johnson et al. (2006) hevder videre at aversiv atferd fra foreldre, for eksempel sterk straff, kan øke sannsynligheten for utvikling av både BPF og PPF. Også beskrivelser av oppvekstvilkårene for individer med BPF og PPF kan tyde på at det er større likhet i oppvekstmiljø mellom de to diagnosegruppene, sammenlignet med unnvikende individer.

Dysfori er en vanlig følelse hos både personer med BPF og hos de med UPF (Millon & Everly, 1985), og begge grupper opplever til tider tomhet og depersonalisering. I motsetning til personer med BPF, som saboterer egen suksess, opptrer imidlertid personer med UPF vanligvis som adekvate i arbeidssituasjoner (Benjamin, 2003). Ifølge Millon og Everly (1985) er personer med BPF også mer impulsive og emosjonelt labile enn personer med UPF, og Millon og Everly (1985) mener derfor at BPF er mer alvorlig enn UPF. En annen forskjell mellom gruppene er borderline pasienters tendenser til å raskt knytte seg til andre (Bateman, 2010). Individer med UPF bruker derimot gjerne lang tid på å knytte seg til andre, og den andre må gjerne bestå strenge "tester" før den unnvikende slipper han eller henne inn (Benjamin, 2003). Dette kan også tenkes å gjelde personer med PPF ettersom de generelt er meget mistenksomme overfor andre.

Det er altså mulig å peke på flere likheter mellom de beskrevne personlighetsforstyrrelsene og BPF, både når det gjelder komorbiditet, oppvekstvilkår og andre viktige kjennetegn. Det er imidlertid viktig igjen å poengtere at vi i vår redegjørelse beveger oss på gruppenivå, og det finnes store individuelle forskjeller. Kjennetegn ved tilstandsbildet ved PPF ser ut til å overlape i større grad med tilstandsbildet ved BPF, sammenlignet med likhetstrekk mellom UPF og BPF. S. Karterud (personlig kommunikasjon, 14. februar, 2011) sier seg enig i dette.

Det er imidlertid også en rekke ulikheter mellom de beskrevne gruppene og BPF, noe som gjenspeiles i at de er klassifisert i ulike klustre. Pasienter med BPF er ustabile, impulsive og kjennetegnes ved en dramatisk fremtoning. Selvskading og selvmordstanker forekommer hyppig hos BPF-pasienter, noe som ikke er vanlig for pasienter med UPF og PPF. Identitetsforstyrrelse, samt desperate anstrengelser for å unngå å bli forlatt, er andre fremtredende kjennetegn for BPF, som i mindre grad gjelder unnvikende og paranoide individer (Karterud et al., 2010). Vi vil også diskutere noen ulikheter senere i teksten.

Denne gjennomgangen fører oss tilbake til dette arbeidets tre forskningsspørsmål:

1. Er det noen kjennetegn ved UPF og PPF som kan indikere tydelig svikt i mentaliseringsevnen?
2. Kan det på en teoretisk konsistent måte sannsynliggjøres at prinsippene bak mentaliseringsbasert terapi også kan anvendes på UPF og PPF?
3. Bør i så fall terapien modifiseres og tilpasses disse personlighetsforstyrrelsene, og eventuelt hvordan?

Diskusjon

Spørsmål 1

Både personer med UPF og PPF kan ha vokst opp med foreldre som har vært psykologisk utilgjengelige (Perris & Perris, 2000). Dette kan ha større utviklingsmessige konsekvenser enn fysisk neglisjering og andre former for mishandling (Egeland, 1997; Erickson & Egeland, 1996). Personer med slike personlighetsforstyrrelser kan tidlig i livet ha erfart at aktivering av tilknytningsatferd ikke fører til empatisk speiling fra omsorgsgivere, noe som kan komme av tilknytningspersonens psykologiske utilgjengelighet. De har ikke blitt møtt og speilet på en adekvat måte av sine omsorgsgivere, og de kjenner dermed sitt eget og andres sinn relativt dårlig. Foreldres utilgjengelighet kan slik medvirke til utvikling av

forstyrrelser som UPF og PPF, og det kan forklare hvorfor personer med de aktuelle forstyrrelsene kan ha problemer med å mentalisere. Slike faktorer kan ha bidratt til at personen tar avstand fra andre og unngår å kjenne på visse følelser, for på den måten å unngå smerten som følger av foreldrenes utilgjengelighet (Perris & Perris, 2000).

Forholdene som personer diagnostisert med UPF eller PPF har vokst opp under, peker i retning av at de ikke har utviklet trygg tilknytning til sine omsorgsgivere (jf. vår beskrivelse av oppvekstvilkårene på s. 37 og s. 45). En utrygg tilknytning kan, som nevnt, bidra til en svekket utvikling av mentaliseringsevnen, og foreldre som selv er dårlige til å mentalisere kan påvirke barnets evne til mentalisering. Utrygg tilknytning til omsorgspersoner fører imidlertid ikke nødvendigvis til svekket mentaliseringsevne, da betydningsfulle andre kan ha dekket barnets behov og vært tilgjengelige for dem på en måte som de primære omsorgsgiverne ikke var (Allen et al., 2008).

Ifølge Benjamin (2003) fikk imidlertid barn som senere ble diagnostisert med UPF, god nok omsorg tidlig i spedbarnsalderen og utviklet en grunnleggende tilknytning til sine omsorgspersoner, noe som kan stimulere utviklingen av mentaliseringsevnen. Vår litteraturgjennomgang indikerer imidlertid at oppvekstvilkårene ikke var optimale for utviklingen av evnen til å mentalisere, og at individer med UPF utviklet utrygg tilknytning, ettersom de ofte ble utsatt for gjentatt latterliggjøring, ydmykelse og avvisning.

Personer med UPF og PPF kan vise tendenser til skråsikkerhet angående andres tanker og atferd, noe som er trukket frem som tegn på reduserte evner til mentalisering (Bateman & Fonagy, 2007). Det fremkommer imidlertid på forskjellige måter. For mennesker med UPF kan dette manifestere seg ved unngåelse av sosiale aktiviteter av frykt for avvisning og kritikk (WHO, 2007), noe som kan indikere skråsikkerhet. Paranoide personer er generelt svært mistenksomme i interpersonlige relasjoner, og antar at det foreligger onde motiver bak andres handlinger (Yudofsky, 2005), noe som ofte kan gå sammen med skråsikkerhet (Benjamin,

2003). "Ubestridt tilskrivning av ondsinnet intensjon hos andre" (Bateman & Fonagy, 2008, s. 96) er blant det typiske innholdet i konkret forståelse.

Overgeneralisering og dikotom tenkning, som er karakteristisk for både UPF (Kantor, 2003) og PPF (Freeman et al., 1990), er tegn på redusert mentaliseringskapasitet (Bateman & Fonagy, 2007). Ettersom slike tankefeil forekommer relativt ofte, kan dette forstås som indikasjoner på at mennesker med UPF og de med PPF, i mindre grad enn andre, klarer å generere alternative tolkninger til egne og andres mentale tilstander, eller evner å se nyanser i sine interpersonlige relasjoner. De to gruppene har også tendenser til å oppfatte konstruktiv kritikk som destruktiv (Kantor, 2003; Yudofsky, 2005). Som oftest vil dette være direkte feilaktige tolkninger og indikasjoner på redusert mentalisering. Det samme er tolkning av andres nøytrale eller positive reaksjoner som negative, noe som kan indikere at de preges av konkret forståelse.

De to aktuelle personlighetsforstyrrelsene har også andre fellestrekk som kan indikere svekket mentaliseringsevne. Disse kommer imidlertid til uttrykk på ulike måter og vil derfor bli drøftet hver for seg.

Unnvikende personlighetsforstyrrelse. Vi har sett at personer som senere ble diagnostisert med UPF, kan ha opplevd avvisning fra omsorgspersoner og jevnaldrende (Benjamin, 2003; Kantor, 2003; Sperry, 1995). For høye forventninger, latterliggjøring og ydmykelse fra omsorgspersonen kan ha ført til følelser som skam og mindreverdighet, samt hypersensitivitet for avvisning, noe som kan henge sammen med for mye fokus på seg selv. Å ikke balansere mellom fokus på seg selv og andre gir et fordreid perspektiv og kan være en indikasjon på svekket mentaliseringsevne (A. Bateman, personlig kommunikasjon, 09.september, 2010).

Pasienter med UPF er imidlertid også svært opptatt av hvordan andre oppfatter dem (Sperry, 1995), noe som kan indikere et overdrevet fokus på andres sinn; en form for

overaktiv pseudomentalisering (Bateman & Fonagy, 2007). Overaktiv pseudomentalisering vil si at ”mye energi investeres i å tenke på hvordan andre tenker eller føler. [Det] er en idealisering av innsikt for innsiktens egen del. Det er liten sammenheng mellom det som utlegges som en annens indre virkelighet og vedkommendes genuine tanker” (Bateman & Fonagy, 2007, s. 91). Pasienter med UPF er imidlertid kun opptatt av andres tanker og følelser rettet mot *en selv* og ikke av andres mentale tilstander generelt. Dette kan innebære at personen går glipp av viktige aspekter ved andres mentale tilstander, noe som også kan indikere svekket mentaliseringsevne i form av konkret forståelse.

Foreldrenes overopptatthet av ytre faktorer (Benjamin, 2003) kan ha innskrenket barnets oppfatning av verden på ulike måter, og dermed påvirket utviklingen av mentaliseringsevnen negativt. Ved å fokusere for mye på status og andres syn på seg, mister de fokus på barnet, som dermed ikke blir møtt adekvat. I tillegg er omsorgspersonene rollemodeller for barnet, og det lærer at andres tanker og opplevelser får prioritet framfor ens egne.

Kantor (2003) mener at foreldre som behandler barna sine på en infantiliserende måte kan være en forklarende faktor for utvikling av UPF. Dette innebærer at barna vokser opp uten å ta tilstrekkelig ansvar for eget liv. Som voksne har de lett for å eksternalisere og benekte eget bidrag til problemer, for eksempel hvorfor de ikke klarer å finne seg en partner. S. Karterud (personlig kommunikasjon, 14. februar, 2010) hevder på sin side at unnvikende personer er mer karakterisert ved bruk av internalisering, ved for eksempel å tenke at grunnen til at de ikke finner en partner er fordi det er noe galt med dem. Både eksternalisering og internalisering er eksempler på manglende perspektivtaking.

En selvoppfatning som innebærer at man er sosialt klønede, lite personlig tiltrekkende eller underlegen andre er et kjennetegn ved personer med UPF (WHO, 2007). De kan anta at ettersom de oppfatter seg selv på en slik mindreverdige måte, er dette den objektive

virkeligheten. De kan, med andre ord, ha vansker med å generere alternative perspektiver på tross av fakta som taler imot, noe som indikerer konkret tenkning. Personer med UPF kan imidlertid også av andre bli sett på som påfallende og sosialt avvikende på grunn av lite utviklede sosiale ferdigheter (Sperry, 1995). Dette kan innebære at deres syn på seg selv som sosialt inkompetente stemmer overens med den objektive virkelighet, noe som kan antyde at de er relativt gode til å tolke andres mentale tilstander. De kan likevel ha vansker med å generere *alternative* tolkninger til egen og andres atferd og mentale tilstander; med andre ord svak evne til mentalisering.

Beskrivelser av personer med UPF indikerer at de heller ikke alltid gjenkjenner egne følelser eller klarer å nyansere dem (Millon & Everly, 1985), noe som kan være et tegn på konkret forståelse. Dette utelukker ikke at personer med UPF kan kjenne noen følelser mer tydelig enn andre, for eksempel tristhet og ensomhet (Sperry, 1995). Dette kan videre antyde at de har lettere for å erkjenne negative følelser knyttet til selvet, mens de kan ha vansker for å kjenne positive.

En person med UPF vil ofte trekke seg unna dersom han eller hun er sint (Beck et al., 1990), istedenfor å håndtere sinne på en adekvat måte som kan gi en form for lettelse. Vi ser her enda en indikasjon på at de ikke mentaliserer sine emosjoner. I noen tilfeller kan de eksplodere av sinne (Benjamin, 2003), noe som antyder at pasienten har begrenset kapasitet til å regulere sine emosjoner. I tillegg har gjerne personer med UPF antagelser om at de kan fremstå som sårbare om de viser følelser (Kantor, 2003), en tolkning som er relativt feilaktig, da det kan være langt mer adaptivt å gi uttrykk for sine emosjoner (McCullough Valliant, 1997).

Millon og Everly (1985) mener at unnvikende personer blir forstyrret kognitivt, noe som henger sammen med at de skanner miljøet for negative stimuli. Det kan tenkes at denne oppmerksomheten rundt negative stimuli går på bekostning av andre hjerneaktiviteter, som

mentaliserings. Forskning viser at senteret for både oppmerksomhet og mentalisering kan lokaliseres i blant annet frontallappene (Siegel, 1999). Mentalisering er imidlertid ikke kun lokalisert i frontallappene og dermed vil kanskje bare deler av mentaliseringsevnen påvirkes.

Ut i fra vår undersøkelse, mener vi at personer med UPF, på gruppenivå, har en rekke karakteristiske og alvorlige mangler i mentaliseringsevnen. Denne oppfatningen støttes av Skårderud og Karterud (2007) som, på grunnlag av sin gjennomgang av forskningslitteraturen, konkluderer med følgende: ”Det er ingen tvil om at pasienter med slike tilstander [pasienter med UPF] har betydelige mentaliseringsproblemer” (s. xxxiv).

Paranoid personlighetsforstyrrelse. Vi har tidligere sett at foreldre til personer med PPF kan ha behandlet barnet som en ”liten voksen” (Benjamin, 2003). Viktige faktorer som vennlighet og tillatelse til å gjøre feil var sannsynligvis ikke til stede, noe som kan ha påvirket utviklingen av mentaliseringsevnen. Dette kan indikere svekket mentaliseringsevne hos omsorgsgiverne selv, ettersom de ikke klarer å sette seg inn i barnets utviklingsnivå og dermed ikke utviser gode nok pedagogiske holdninger. Dette kan videre ha bidratt til at barnet utviklet generell epistemisk mistillit, noe som påvirker senere interpersonlige relasjoner ved at det ikke stoler på andre.

I tråd med tidligere beskrivelser, gis det i litteraturen holdepunkter for at familieforholdene ikke har vært gunstige for utviklingen av mentaliseringsevnen. Det er nærliggende å anta at foreldrene til personer med PPF ikke har brukt mye tid på samtaler om følelser og om årsaker til atferd, og at det har vært lite rom for lek, noe som også kan være tilfellet for UPF. Lek er viktig for integreringen av psykisk ekvivalenstenking og forestillingsmodus, og i neste steg for utviklingen av mentaliseringsevnen. Slik vil barn, som har blitt behandlet som ”små voksne”, mangle en god arena for å utvikle evnen til mentalisering.

Ifølge Benjamin (2006) er det ikke uvanlig av personer med PPF har blitt utsatt for psykisk og/eller fysisk mishandling som barn. Vi kan anta at de har unngått å prøve å forstå andres mentale tilstander, da det kan ha vært for traumatiserende for dem å innse at omsorgsgiveren vil påføre dem slik smerte. Det kan imidlertid tenkes at de har utviklet pseudomentalisering overfor omsorgsgivernes negative affekter, som for eksempel sinne. Ifølge Jørgensen (2003) kan dette være et forsøk på å forutse eventuelle angrep. Dette kan i sin tur medføre at en betydelig del av barnets mentale kapasitet blir brukt på å tolke andres sinn, noe som kan gå på bekostning av å tolke eget sinn (Jørgensen, 2003). Barna kan videre tenkes å ha en manglete mentaliseringsevne overfor positive affekter. Dette kan ha sammenheng med at de ikke har blitt speilet på slike følelser, eller at de kanskje ikke kunne stole på at positive affekter indikerte trygghet.

Ifølge Turkat (1990) vil individer med PPF ofte ha manglende interpersonlige ferdigheter og oppføre seg annerledes enn sine jevnaldrende. De kan av den grunn risikere å bli frosset ut og ydmyket av sin omgangskrets, og de tilbringer mye tid alene. Manglende interaksjon med jevnaldrende kan påvirke individets forståelse av "false-belief" oppgaver og evne til perspektivtaking (Brown et al., 1996), med andre ord er også dette en indikator på svak mentalisering.

På den ene siden virker det som personer med PPF generelt ikke er opptatt av andres mentale tilstander, mens det på den andre siden kan tenkes at de har et ønske om å forstå andres sinn, blant annet for å forutse eventuelle angrep. I den forstand blir deres oppmerksomhet mot andres sinn betydelig innsnevret, ettersom de kun er opptatt av andres mentale tilstander i forhold til sitt eget paranoide selv. Mentalisering innebærer imidlertid at man også genererer alternative perspektiver på andres sinn, og at man er villig til å forandre egne antagelser om det som rører seg i andre i lys av ny informasjon og nye kjensgjerninger (Allen et al., 2008), noe som ikke ser ut til å være tilfellet hos personer med PPF. Et annet

sentralt trekk ved mennesker med paranoia er deres tendens til å bære nag og legge all skyld over på andre (Kantor, 2004). Det sistnevnte er blant kjennetegnene både på pseudomentalisering og konkret forståelse, og det er en måte å bevare selvet på (Bateman & Fonagy, 2007). Slike trekk antyder igjen at individer med PPF i liten grad evner å vurdere alternative forklaringer på andres atferd.

Personer med PPF har, som nevnt, vansker med å regulere og uttrykke sine følelser på en adekvat måte, det vil si en måte som ikke vil skade relasjonen til andre. De kan for eksempel reagere med raseri ved minimal provokasjon eller fornærmelse, og for å beskytte seg mot andres svik, kan de opptre usympatisk og aggressivt (Millon, 1996). De klarer heller ikke å oppfatte hvordan egen atferd påvirker andre. Vansker med å gjenkjenne emosjoner og å forstå hvordan egne følelser, tanker og handlinger påvirker andre, er kjennetegn ved konkret forståelse.

Mennesker med PPF kan gjerne bære på en mindreverdighetsfølelse, noe som de håndterer ved å overbevise seg selv om at *alle* elsker dem (Kantor, 2004). Kantor (2004) nevner i denne sammenheng et tilfelle der den paranoide var overbevist om at alle andre kritiserte han for hans manglende utdanning. Han håndterte denne situasjonen ved å bli en ”bedreviter” som engasjerte seg i debatter om ulike tema, også dem han ikke hadde noe kunnskap om. Dette kan vi forstå som et relativt alvorlig tegn på svikt i mentalisering, ettersom vedkommende slik unngår en smertefull følelse og erstatter den med en grandios selvfølelse. Det blir en dysfunksjonell måte å håndtere uholdbare emosjoner på, og det indikerer dårlig innsikt i egne emosjoner. Dette kan i sin tur virke ødeleggende for vedkommendes relasjoner, fordi andre ikke ønsker å være sammen med en kronisk ”bedreviter”.

Personer med PPF kan i noen tilfeller bli overveldet av en voldsom skyldfølelse. Denne følelsen forsøker de imidlertid å unngå, noe som fører til at den heller kan komme til

uttrykk i form av kraftig kritikk og beskyldning overfor andre (Kantor, 2004). Dette kan igjen indikere at personer med paranoide forestillinger har vansker med å gjenkjenne og regulere emosjoner, samt uttrykke dem på en adekvat måte.

I tillegg til dårlig innsikt i egne følelser, tyder litteraturen på at den paranoide også har redusert evne til å forstå andres følelser, noe som er enda en indikator på konkret forståelse. Ifølge Kantor (2004) finnes det en narsissistisk komponent ved den paranoides grandiositet. Dette vil komme til uttrykk som en overdreven interesse for seg selv, og ignorering av andres liv og følelser. Mennesker med PPF kan for eksempel beskyldte andre for å forfølge dem, uten å ta i betraktning hvordan det føles for den andre part å bli gjenstand for en slik beskyldning (Kantor, 2004).

Eksempelene ovenfor kan indikere at individer med PPF er preget av konkret forståelse mer eller mindre hele tiden, samt pseudomentalisering, og en slik tenkning vil i sterk grad påvirke deres hverdag og interpersonlige relasjoner.

Sammenfatning. Av vår fremstilling av personer med UPF og PPF gis det en rekke holdepunkter for kjennetegn som, *på gruppenivå*, indikerer mangelfull utvikling av mentaliseringsevnen, og vi har ikke funnet argumenter som går imot denne konklusjonen. Begge gruppene preges av blant annet konkret forståelse og pseudomentalisering, demonstrert gjennom mangelfulle evner til å identifisere, regulere og uttrykke følelser, generere alternative tolkninger, samt at de retter beskyldninger mot andre. Denne konklusjonen støttes av Karterud et al. (2010) som hevder at ”Det ligger i sakens natur at personer med paranoid PF har betydelige mentaliseringsproblemer. Flere av kriteriene går nettopp ut på at de feiltolker andres intensjoner” (s. 222). Karterud et al. (2010) antar videre at for personer med UPF er ”mentaliseringsevnen [...] svekket, i det minste midlertidig i sosialt utfordrende situasjoner” (s. 254). Vår diskusjon peker i retning av at både personer med UPF og PPF på gruppenivå har generaliserte mentaliseringsvansker, noe som innebærer at deres hverdag i stor grad

preges av generell mentaliseringssvikt, som ikke er begrenset til visse situasjoner eller relasjoner.

Spørsmål 2

Som det fremgår av konklusjonen fra vår første problemstilling, mener vi å ha funnet at personer med UPF og personer PPF, på gruppenivå, har tydelig svikt i mentaliseringsevnen. Ettersom MBT har vist seg å ha god effekt på pasienter med BPF, der svikt i mentaliseringsevnen antas å være helt sentral, kan man fundere over hvorvidt MBT kan være en effektiv behandlingsform også for paranoide og unnvikende pasienter. Selv om de viser svikt i mentaliseringsevnen, er det likevel ikke gitt at MBT vil være nyttig. Det avgjørende vil, ifølge Bateman og Fonagy (2007), være hvor sentral mentaliseringssvikten hos de ulike psykopatologigruppene er. Vi vil nå drøfte mer inngående hvorvidt det synes å være sannsynlig at MBT kan benyttes i behandling av pasienter med UPF og PPF.

Sentral mentaliseringssvikt. Vi konkluderer i vår første problemstilling med at pasienter med UPF og pasienter med PPF har generaliserte mentaliseringsvansker. Dette indikerer at deres mentaliseringssvikt i stor grad påvirker flere områder i deres liv, blant annet interpersonlige relasjoner og livskvalitet generelt. På bakgrunn av dette vurderer vi det dit hen at mentaliseringssvikten er sentral, og forbedring av mentaliseringsevnen vil derfor være av vesentlig betydning i behandlingen av disse pasientgruppene. Derfor kan MBT være en fruktbar tilnærming.

Pasienter med UPF utviser imidlertid tydelig unngående atferd, noe som kan prege symptombildet i minst like stor grad som mentaliseringssvikten. Dersom en behandler vurderer at unngåelsesstilen er mest fremtredende, vil MBT sannsynligvis ikke være en tilstrekkelig behandlingsform. En mer kognitiv tilnærming, der eksponeringsøvelser benyttes for å redusere unngående atferd, kan tenkes å være mer formålstjenelig.

Selv om den unngående atferden er mest fremtredende, kan det imidlertid tenkes at årsakene bak denne bunner i mentaliseringsvansker. Vi mener derfor at MBT kan være nyttig for å øke den mentaliserende evnen og dermed indirekte påvirke atferden til pasienter med UPF. Den mentaliserende terapeuten bør også være åpen for nytten av eksponeringsøvelser, noe vi vil komme tilbake til senere.

Selv- og andrenyansering. Som vi har sett, har personer med UPF lett for å overgeneralisere og frykte avvisning på grunn av tidligere smertefulle erfaringer med andre (Kantor, 2003). Dette kan indikere redusert evne til å oppfatte nyanser i relasjoner, noe som kan tenkes å gjelde også personer med PPF. Ett av delmålene ved MBT er å skape en sammenhengende selvopplevelse, som kan være nyttig for å hjelpe pasienten til å få en bedre forståelse for hvorfor omsorgspersoner handlet som de gjorde og hvordan dette kan ha påvirket deres måte å forstå verden på. Den mentaliserende terapeuten tilstreber videre å bidra til utvikling av en mentaliserende holdning hos pasienten, noe som blant annet innebærer å se nyanser i relasjoner og ulike perspektiver på egne og andres tanker og atferd (Allen et al., 2008).

Et eksempel på en mentaliserende intervensjon som kan nyansere opplevelser av mellommenneskelige relasjoner er: ”Det må være tøft å føle at din beste venn ikke vil prioritere deg lenger og ikke være sammen med deg. Du sier også at hun nettopp har begynt i ny jobb. For meg kan det virke som om hun har det veldig travelt om dagen og ikke har tid til å være sosial. Hva tenker du om det?”. Dette er et eksempel på hvordan terapeuten først validerer pasientens opplevelse av å føle seg nedprioritert. Behandleren presenterer deretter sitt perspektiv, for så å sjekke det ut med pasienten. Ved å arbeide på denne måten, kan pasientens tenkning forandre seg fra en modus av psykisk ekvivalens til en mer mentaliserende modus. Ifølge Allen et al. (2008) er et nøkkelement i MBT at pasienten

aksepterer forskjellen mellom sine opplevelser av eget sinn og perspektiver presentert av andre.

Personer med UPF kan ha selvkritiske livshistorier som får negative implikasjoner for selvbildet, og slike personer kan ha tendenser til å devaluere sine positive sider og overdrive sine svakheter (Kantor, 2003). Prinsippene bak MBT tilsier at terapeuten først bør validere hvor vondt det er å kjenne på en slik usikkerhet knyttet til selvet, før han eller hun utforsker denne følelsen videre og eventuelt utfordrer uberettigete oppfatninger knyttet til denne følelsen. Det er nemlig slike unyanserte oppfatninger som kan ha negative implikasjoner for selvbildet. Etersom ett av delmålene ved MBT er å hjelpe pasienten henimot en mer sammenhengende selvopplevelse, kan det tenkes at prinsippene bak MBT kan bidra til å utvide deres livshistorie slik at den etter hvert inneholder både positive og negative elementer (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2007).

Den unnvikende prøver imidlertid ofte å unngå å kjenne på egen uelskelighet (Millon & Everly, 1985), noe som kan skape sterk motstand mot intervensjoner basert på de terapeutiske prinsippene. Dette kan indikere at andre typer terapi, eksempelvis kognitiv terapi, kan være mer nyttig, ettersom man på en mindre utfordrende og mer oversiktlig måte kan sette spørsmålsteget ved den unnvikendes tanker om seg selv, for eksempel ved bruk av tavleundervisning og modeller. En slik tilnærming kan imidlertid tenkes å bidra til å opprettholde distansen til emosjoner, da fokuset hovedsakelig er på emosjoner som pasienten har opplevd i nær fortid, fremfor emosjoner "her-og-nå". Selv om det kan tenkes at motstand oppstår, mener vi at MBT kan være mer fordelaktig enn kognitiv terapi, ettersom terapeuten i større grad arbeider med opplevelsen mellom terapeut og pasient og emosjoner som oppstår i terapirommet.

Også personer med PPF har et skjørt selvbilde (Sperry, 1995). Dette manifesterer seg imidlertid på en annen måte enn hos personer med UPF. De generelle kjennetegnene for

mennesker diagnostisert med PPF tyder på at de ikke er seg bevisst denne usikkerheten rundt selvet. Hvis dette er tilfellet, vil det være nærliggende å anta at det vil være mest hensiktsmessig å først hjelpe vedkommende til å bli bevisst usikkerheten rundt det skjøre selvet for så å validere denne følelsen, innen arbeidet rettes mot å utvide og nyansere følelser knyttet til selvbildet. Etersom slike pasienter kan ha behov for å bli seg bevisst egen usikkerhet, kan det tenkes at en mer tradisjonell psykodynamisk tilnærming, hvor man ønsker å befordre innsikt, kan være mer hensiktsmessig for pasienter med PPF. På denne måten kan man etter hvert hjelpe dem med å nyansere sitt selvbilde.

Ifølge Allen et al. (2008) bør man imidlertid ikke arbeide med ubevisste følelser i MBT, da det kan skape uro hos pasienter som allerede kjemper med indre konflikttilstander. Dette kan bidra til at pasienten begynner å operere i forestillingsmodus. Man bør i stedet fokusere på det bevisste innholdet i mentale tilstander, ettersom målet med MBT er å bedre mentalisering og ikke primært å skape innsikt. Bateman og Fonagy (2007) mener at man ikke trenger å fokusere på innsikt for å oppnå endring. Innsikt kan imidlertid være et biprodukt av mentaliseringsprosessen (Allen et al., 2008). Det kan derfor tenkes at pasienter med PPF i løpet av behandlingsforløpet vil oppnå innsikt som resultat av bedret mentaliseringsevne. For egen del heller vi derfor til den oppfatning at MBT kan hjelpe pasienter med PPF til å få en mer sammenhengende selvstruktur gjennom utforskning og utfordring i trygge omstendigheter.

Innvirkning på andre. Kantor (2003) hevder at enkelte personer med UPF bør bli mer selvhevdende, mens andre trenger å bli mer underkastende. Dette er fordi deres atferd påvirker andres gjensvar, og dersom man er overdrevet selvhevdende kan man risikere at andre trekker seg unna. Dersom man derimot er mer enn vanlig underkastende, kan det øke sannsynligheten for å bli utnyttet (Kantor, 2003). Den mentaliserende terapeuten prøver å hjelpe pasienten til å ”forstå andre innenfra og en selv utenfra” (Skårderud & Sommerfeldt,

2008, s. 1066). Ved bruk av prinsippene i MBT kan terapeuten gjennom utforskning hjelpe pasientene til å se egen atferd i et nytt lys og hvordan atferden påvirker andres reaksjoner og gjensvar. Vi mener at MBT kan være en fruktbar tilnærming, fordi terapeuten på en støttende måte hjelper pasienten til å se andre mulige perspektiver ved å finne den optimale balansen mellom validering og utfordring.

Også personer med PPF kan ha nytte av å bli mer bevisst sin innvirkning på omgivelsene da de gjerne støter andre bort, blant annet ved å fremstå som mistroiske, sette seg selv foran andre, og legge skylden på andre når noe går galt. Det kan se ut som om personer med PPF har et overdrevet fokus mot visse aspekter ved andres sinn og i liten grad utforsker egne tanker og følelser. Innen MBT sikter man blant annet mot å hjelpe pasienten til å finne en balanse mellom fokus på seg selv og andre, og å hjelpe vedkommende til å øke forståelsen av eget bidrag i en interpersonlig situasjon. Ved å stille spørsmål som ”Hva følte du i denne situasjonen?”, ”Hvordan forstår du din egen reaksjon?” og ”Hvordan tror du han opplevde din reaksjon?” kan terapeuten flytte fokuset over på pasienten, både ved å få vedkommende til å kjenne på egne følelser og ved å oppleve seg selv utenfra, samt se egen innvirkning på andre.

Millon (1996) hevder at rollespill kan tenkes å ha en positiv effekt for pasienter med PPF, for eksempel ved at pasienten utforsker fordelene med å være alene, sammenliknet med å engasjere seg i interpersonlige relasjoner og aksepterer at interaksjon med andre mennesker kan være positiv. Rollespill benyttes med fordel som en del av gruppeterapien ved MBT (Allen et al., 2008). Dette kan tyde på at MBT kan være nyttig for denne pasientgruppen gjennom å øke perspektivtaking og nyansere interpersonlige relasjoner.

Selv om vi finner holdepunkter for nytteverdien av MBT i behandling av UPF og PPF, er det viktig å beholde et kritisk blikk og vurdere hvorvidt andre terapiformer, for eksempel kognitiv terapi, kan være mer eller like nyttig. Gjennom sokratiske spørreteknikk kan pasient

og terapeut utforske pasientens bidrag i en interpersonlig relasjon. Ifølge Bateman og Fonagy (2008) er det imidlertid nytteløst å bruke sokratiske metoder hos pasienter som befinner seg i modus av psykisk ekvivalens, da de er overbevist om å ha rett. Som vi har sett, kan personer med UPF og personer med PPF preges av en slik konkret tenkning. Vi forstår det slik at en sokratisk metode kan blokkere mentaliseringsarbeidet. Man kan derfor anta at en mentaliserende holdning med fokus på prosesser, kan være mer hensiktsmessig enn en sokratisk metode, der målet i større grad er tematisk innsikt (Kolstrup, 2008).

Grubling. Personer med UPF preges av mye grubling og bekymring rundt sitt liv, sitt selvverd og hva andre synes om dem eller andres motiver (Sperry, 1995). Grubling kan indikere for mye fokus på en selv, og man kan anta at grubling kan reduseres gjennom MBT ved at terapeuten arbeider med balansen mellom fokus på seg selv og fokus på andre. Det kan imidlertid også tenkes at MBT kan øke tendenser til grubling og bekymring, da terapeuten oppfordrer til nysgjerrighet og utforsking rundt eget og andres sinn. Dette kan føre til at pasienten blir overopptatt av å analysere hendelser og mentale tilstander, noe som kan virke mot sin hensikt og bidra til enda mer grubling og bekymring. På bakgrunn av dette kan man anta at MBT ikke vil være den optimale terapiformen for behandling av pasienter med UPF. Slik bør man være åpen for at metakognitiv terapi (Wells, 2009) eller mindfulness-basert terapi (Kabat-Zinn, 2005) kan være like formålstjenlig, da formålet er å observere uhensiktsmessige tanker uten å engasjere seg i dem. Vi mener at de sistnevnte terapiformer kan være bedre egnet til kun å redusere grubling og bekymring, mens MBT kan være mer velegnet til å fange opp flere aspekter ved tilstandsbildet til pasienter med UPF, eksempelvis perspektivtaking og interpersonlige vansker.

Mentalisering av emosjoner. Vår undersøkelse tyder på at både unnnvikende og paranoide individer har vansker knyttet til identifisering, modulering og uttrykk av emosjoner, og at de derfor kan ha nytte av et terapiforløp hvor mentalisering av emosjoner står i fokus.

Unnvikende personer kan oppleve overveldende følelser av skam og mindreverdighet, og de kan forsøke å unngå slike emosjoner ved for eksempel å rømme inn i en fantasiverden (Sperry, 1995). Vi har også sett at personer med PPF blant annet strever med en frykt for å bli oppfattet som betydningsløse og derfor utvikler et grandios syn på seg selv for å håndtere dette (Gabbard, 1990). I slike tilfeller kan man gradvis arbeide med å identifisere de smertefulle følelsene i stedet for å unngå dem. Det vil også være viktig å forsøke å finne en mening med følelsene individet opplever. En slik prosess innebærer blant annet å oppnå bedre forståelse for hva som vekket følelsene i den spesifikke situasjonen og hvordan følelsene kan være knyttet til tidligere erfaringer og relasjoner (Allen et al., 2008).

Personer med PPF kan gjerne preges av at de har relativt lett tilgang til negative emosjoner, mens positive emosjoner blir fjerne. I MBT etterstreber terapeuten å utvikle en adaptiv balanse mellom positive og negative affekter. Den mentaliserende terapeuten kan forsøke å oppregulere positive emosjoner, samt nedregulere negative affekter som er for sterke, som sinne, sjalusi og irritabilitet. Også personer med UPF trenger å regulere opp enkelte emosjoner, særlig positive, i forbindelse med selvet. Man kan for eksempel bruke ”stopp-spol tilbake”-teknikker for å hjelpe personene med å gjenkjenne og modulere følelser, og med å se årsaker og konsekvenser av deres tolkninger av egne og andres mentale tilstander (Bateman & Fonagy, 2007).

Paranoide personer kan, som beskrevet, reagere med voldsomt sinne på minimal provokasjon (Millon, 1996). Også personer med UPF kan til tider ha upassende sinneutbrudd (Benjamin, 2003), noe som kan være ødeleggende for deres relasjoner til andre. Det kan derfor være nyttig å arbeide med å regulere hvordan personen uttrykker seg emosjonelt. I noen situasjoner vil det ikke være passende å uttrykke emosjonene utad. Når man for eksempel er sint på sjefen, er det ikke passende å heve stemmen til han eller henne. Man kan

dermed gjennom MBT lære å kjenne igjen emosjoner, uttrykke dem for seg selv, og heller utsette reaksjonen til en senere anledning (Allen et al., 2008).

Å lære personer med UPF å utsette uttrykk av upassende emosjoner er imidlertid noe man kanskje bør være forsiktig med, da dette kan være en form for unngåelse av emosjoner, noe som allerede manifesterer seg som vansker i deres interpersonlige relasjoner. Pasienter i denne gruppen har i tillegg tendenser til å overgeneralisere (Kantor, 2003), noe som kan tenkes å medføre at de unngår å uttrykke enda flere emosjoner enn de i utgangspunktet gjorde, og at behandlingen derigjennom bidrar til enda mer unnvikelse.

Noe av grunnen til at personer med UPF blir sinte kan være fordi de mistolker andres intensjoner og motiver. Kantor (2003) skriver at ”unngående mennesker kan føle seg mindre sinte ved å forstå andres motiver slik at de kan ta andres ydmykende og avvisende atferd mindre personlig” (vår oversettelse, s. 228). Dette omhandler direkte prinsipper bak MBT i den forstand at Kantor (2003) oppfordrer til å mentalisere rundt andres motiver og intensjoner. Eksempelet under illustrerer hvordan forståelse av andres intensjoner kan påvirke følelser:

Shortly after a man's wife died he received a notice from the internist who took care of her, asking her to come in for her annual physical examination. The man was first outraged. Then he understood the reasons for the screw-up, saw that it was nothing personal, and realized that the doctor, however misguided, was concerned about his patient's welfare. So instead of getting mad, and even, he called to tell the office that his wife had died, that he wanted to thank them for treating her, and that he wished to commend them for their continuing concern, however misguided, for the state of her health. (Kantor, 2003, s. 229)

Det kan imidlertid også tenkes at mye fokus på emosjoner hos de to pasientgruppene kan bli overveldende for dem, ettersom de i utgangspunktet har forsøkt å unngå følelsene. Det

er derfor viktig at terapeuten går forsiktig fram og hele tiden sjekker ut pasientens angstnivå, mens det arbeides med emosjoner. Også her kan det tenkes at andre typer terapi, for eksempel affektfokusert terapi (McCullough Vaillant, 1997), kan være like nyttig for å utvikle pasienters evne til å gjenkjenne, nyansere, regulere og uttrykke emosjoner. Når det gjelder arbeid med emosjoner, mener vi at tilnærmingen til McCullough Vaillant (1997) kan være minst like formålstjenelig, ettersom teorien primært er utviklet for å behandle frykt for, og unngåelse av, emosjoner. Vi henviser til hennes bok "Changing character: short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment" (McCullough Vaillant, 1997) for detaljert beskrivelse av tilnærmingen.

Overføring og motoverføring. I et terapiforløp kan pasienter danne seg antagelser om terapeutens privatliv, tanker og følelser. Siden tenkningen til pasienter med UPF og pasienter med PPF ofte er kjennetegnet av en modus av psykisk ekvivalens, kan de forholde seg til sine antagelser om terapeuten som om de var den eneste mulige form for sannhet. Ved hjelp av MBT kan terapeut og pasient utforske hvorvidt pasienten har rett i sine antagelser. I tilfeller hvor terapeuten mener at pasienten faktisk kan ha rett, bør man erkjenne dette og utforske det videre. En slik intervensjon vil modellere mentalisering, og det kan vise pasienten at selv terapeuten ikke alltid er klar over egne tanker. Ved å arbeide med overføringen i terapien, vil pasienten få mulighet til nye interpersonlige erfaringer og etter hvert frigjøres fra sin rigide forståelse av at ens egne tanker og følelser nøyaktig gjenspeiler virkeligheten (Allen et al., 2008).

Pasienter med UPF kan avvise sin behandler i et forsøk på å bevare selvbildet. Dette kan skape negative motoverføringer hos terapeuten, som kan bli kritisk mot pasienten og ubevisst bruke fortolkninger for å såre pasienten. Terapeuter kan også bli *for* sympatiske overfor pasientene. Dette kan medføre at de ikke fokuserer på hva pasienten selv kan gjøre for å endre egen livssituasjon og dermed passiviserer han eller henne (Kantor, 2003). MBT

handler blant annet om å gi pasienter valgmuligheter til ulike handlinger, tolkninger og lignende, for på den måten å kunne leve et mer autentisk liv i frihet (Fonagy et al., 2002).

Dersom en terapeut overser pasientens eget ansvar, kan det bidra til et mer rigid, ansvarsløst og passivt liv for pasienten, noe som igjen kan være infantiliserende for han eller henne. Ved de overfor nevnte eksemplene er det viktig at terapeuten er bevisst på eget bidrag i det interpersonlige rommet, noe Bateman og Fonagy (2007) vektlegger i sin tilnærming.

Prosjektiv identifisering er blant forsvarsmekanismene til mennesker med paranoide tendenser (Sperry, 1995). Pasienten kan overføre smertefulle følelser som sinne, hat og mindreverdighetsfølelse på terapeuten, noe som forståelig nok kan være vanskelig for terapeuten å håndtere. Hvis terapeuten ikke i tilstrekkelig grad er seg bevisst denne prosessen, kan man risikere at han eller hun reagerer med sinne eller avvisning mot pasienten. Dette kan i sin tur bekrefte pasientens antagelse om at han eller hun er betydningsløs eller at andre mennesker er onde. Ifølge Kantor (2004) bør ikke terapeuten forsøke å skjule sine negative motoverføringsresponses, da paranoide mennesker faktisk kan ha noe rett i sine antagelser om terapeutens negative følelser og tanker, dog i en fordreiet form. Åpenhet fra terapeutens side er noe som samsvarer med prinsipper for MBT (Bateman & Fonagy, 2007), og dette kan tenkes å være nyttig i behandling av pasienter med PPF.

Ifølge prinsippene bak MBT bør terapeuten etter hvert utforske og mentalisere overføringen når dette blir aktuelt, men kun dersom den terapeutiske alliansen tillater det. Som vi ser, kan både overføring og motoverføring føre til vansker i terapien. Igjen bør man være åpen for at MBT ikke er tilstrekkelig i behandlingen av UPF og PPF. Spørsmålet blir da om andre terapiformer, som kognitiv terapi, kan være et bedre alternativ. Denne tilnærmingen fokuserer ikke på overføring og motoverføring i terapirommet. Man arbeider heller konkret med pasientens tanker, følelser og handlinger. Overføring og motoverføring er imidlertid noe som kan påvirke en terapisisuasjon uavhengig av om dette er et fokus i behandlingen eller

ikke. Ettersom tilstandsbildet hos pasienter med UPF og pasienter med PPF i stor grad preges av relasjonelle vansker, vil det være desto viktigere å utforske og arbeide med overføring og motoverføring. Vi mener derfor at MBT, hvor terapeuten er opptatt av å også utforske eget bidrag til situasjonen, kan være en mer nyttig tilnærming for pasienter med UPF og PPF.

Forskjeller fra BPF. Personer som er diagnostisert med UPF eller PPF skiller seg fra pasienter med BPF på noen viktige punkter. Blant hovedkarakteristikkene til pasienter med BPF er trusler om selvmord og selvskadende atferd (APA, 2000), noe som gjerne fører til hyppige innleggelses. Bateman og Fonagy (2008b) studerte effekten av MBT på pasienter med BPF. Resultatene indikerte signifikante forskjeller fra sedvanlig behandling på blant annet reduksjon av selvskadende atferd, selvmordsforsøk og antall innleggelses (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2008b). Slik atferd er ikke blant karakteristikkene til pasienter med UPF og pasienter med PPF. Siden effekten av MBT kommer tydelig frem på symptomer som ikke er felles med UPF og PPF, kan man sette spørsmålsteget ved effekten av MBT for pasienter med UPF og PPF.

Reduksjon i selvskadende atferd og selvmordsforsøk kan blant annet skyldes en bedring i emosjonsregulering og/eller at pasienten har funnet en mer adaptiv måte å kommunisere sine smertefulle følelser på. Dersom dette er tilfellet, vil den underliggende prosessen være mentalisering av emosjoner, noe både personer med UPF og personer med PPF kan tenkes å ha nytte av.

Bateman og Fonagy (2008b) fant videre at en større andel pasienter med BPF som ble behandlet med MBT også opplevde økt livskvalitet åtte år etter avsluttet behandling, sammenlignet med sedvanlig behandling. Pasientene hadde færre innleggelses, mindre bruk av medisiner og flere av dem var i arbeid (Bateman & Fonagy, 2008b). Det er tenkelig at også pasienter med UPF og pasienter med PPF vil oppleve en slik bedring, ettersom bedret mentaliseringsevne kan øke livskvaliteten. Hvorvidt effekten av MBT blir like stor for

pasienter med UPF og pasienter med PPF er imidlertid usikkert, ettersom terapien er spesielt utviklet for pasienter med BPF.

Sammenfatning. Vi har nå analysert UPF og PPF med henblikk på å finne indikasjoner og en rasjonale for at MBT kan være en fruktbar tilnærming i behandlingen av de to pasientgruppene. Prinsippene bak MBT kan tenkes å nyansere pasientenes selvbilde og skape et mer sammenhengende selvnarrativ. Ved hjelp av MBT kan terapeuten også arbeide med mentalisering av emosjoner og nyansering av perspektiver på relasjoner. Vi har videre kommet fram til at mentaliseringsvanskene for personer med UPF og personer med PPF synes å være sentrale. Dermed peker våre argumenter gjennomgående i retning av at MBT kan tenkes å være formålstjenelig også i behandlingen av pasienter med UPF og PPF. Vi har imidlertid sett både at mindfulness-basert- og metakognitiv terapi kan være mer hensiktsmessig i forhold til grubling, og at affektfokusert terapi kan være minst like egnet i arbeid med mentalisering av emosjoner, men at MBT kan tenkes å rette fokus mot flere aspekter.

A. Bateman (personlig kommunikasjon, 15. februar, 2011) påstår at effekten av terapien forblir upåvirket når personer med BPF, som har en komorbid PPF eller UPF, behandles med MBT. Vi oppfatter dette som et indirekte holdepunkt for at prinsippene bak MBT kan være nyttige i behandlingen av både pasienter med paranoide og unnvikende trekk, selv om funnet kun omhandler komorbiditet. Det kan imidlertid tenkes at terapien til en viss grad bør modifiseres og tilpasses disse pasientgruppene, noe vi vil diskutere nærmere i det følgende.

Spørsmål 3

Det første steget i ethvert behandlingsopplegg er å skape en god og trygg relasjon med pasienten. Dette kan i seg selv være en utfordring for en terapeut som arbeider med pasienter

diagnostisert med UPF og PPF, da begge gruppene har vansker med interpersonlige relasjoner. Eksempler er projeksjon og mistenksomhet overfor terapeutens intensjoner.

Ifølge Allen et al. (2008) trenger pasienter som fremviser en unngående tilknytningsstil som voksne, mer terapeutisk arbeid med relasjonen mellom pasient og terapeut. Pasienter med UPF kan antas å ha et slikt mønster, og i tillegg til den unnvikende atferden, kan dette indikere at det er spesielt viktig med en validerende kontekst for slike pasienter. De kan videre slutte i terapien uten å gi noen antydninger om dette på forhånd. Selv om de ikke er enige med terapeuten, holder de ofte dette tilbake fordi de frykter avvisning (Benjamin, 2003). Ifølge A. Bateman (personlig kommunikasjon, 9. september, 2010) bør man ikke stole på en pasient som sier seg enig i alt, men heller stole på dem som sier seg uenige. Hvis en pasient er mer enn vanlig medgjørlig i terapisisituasjonen, noe som kan tenkes å være tilfelle hos pasienter med UPF, kan dette være et tegn på pseudomentalisering, der det tilsynelatende ser ut som pasienten integrerer terapeutens synspunkter.

I et terapiforløp med en paranoid pasient vil det være vanskelig å unngå å komme i situasjoner hvor vedkommende fremviser sterke emosjoner eller paranoide forestillinger rettet mot behandleren. En pasient med PPF kan for eksempel være overbevist om at terapeuten vil beholde han eller henne i behandling bare for å tjene penger. Slike paranoide forestillinger kan naturligvis utfordre behandlingsalliansen. Både pasienter med UPF og PPF, men særlig de sistnevnte, kan være mistroiske overfor terapeuten og feiltolke hans eller hennes intensjoner. Dette kan antyde at det er spesielt viktig å bruke tid på arbeid med etableringen av behandlingsalliansen, i større grad enn i arbeid med BPF.

Pasienter med BPF har imidlertid også store interpersonlige problemer, i form av blant annet manglende tillit og hypersensitivitet for avvisning (APA, 2000). Et spørsmål er dermed hvorvidt pasienter med UPF og PPF egentlig trenger mer fokus på terapeutisk allianse enn pasienter med BPF. I motsetning til pasienter med UPF, kan det tenkes at både de med PPF

og de med BPF gir uttrykk for misnøye med terapi og antyder at de vil avslutte behandlingen. Uttrykk for misnøye gir terapeuten mulighet til å sette i gang tiltak for å reparere relasjonen og avverge at pasienten avslutter terapien prematurt. Manglende uttrykk for misnøye kan være problematisk i behandlingen av pasienter med UPF.

Personer med UPF og PPF knytter seg ikke så lett til andre som de med BPF, som gjerne viser en ukritisk tilknytning. Også dette kan indikere at begge disse pasientgruppene kan ha behov for mer fokus på alliansen enn pasienter med BPF. Unnvikende pasienter er imidlertid mindre labile enn pasienter med BPF (Millon & Everly, 1985) og har ikke like sterke tendenser til å motarbeide suksess (Benjamin, 2003), noe som kanskje kan bidra til at de lettere kan gjøre seg nytte av prinsippene bak MBT, eksempelvis ved å ikke sabotere nye interpersonlige relasjoner.

Ut fra beskrivelsene av UPF og PPF mener vi at man bør rette ekstra oppmerksomhet mot å danne en god allianse i behandlingen. I tillegg er det viktig for terapeuten å være spesielt åpen om egne synspunkter, som presenteres på en adekvat måte. Dette kan skape rom for at pasienten selv kan åpne seg, og begrense feiltolkninger og paranoide forestillinger hos pasienten, slik at man reduserer sannsynligheten for at han eller hun avslutter behandlingen for tidlig.

Unnvikende personlighetsforstyrrelse. Pasienter med UPF bruker, ifølge Gabbard (1990), beskjenhet, flauhet og unngående atferd som forsvar mot andre følelser, som skam. Terapeuten bør derfor påpeke nonverbale signaler, som for eksempel rødming, slik at den unnvikende pasienten kan oppnå større bevissthet rundt de ulike korrelatene til skamfølelse (Gabbard, 1990). Påpekning av nonverbale signaler kan imidlertid tenkes å bli oppfattet som kritikk, og derigjennom bidra til at pasienten blir enda mer negativt selvbevisst og oppfatter situasjonen som stressende.

Gabbard (1990) hevder videre at predisposisjoner og utviklingsmessige erfaringer har ført til at personer med UPF unngår stressende situasjoner. Denne unnvikelsen tenderer mot å reaktiveres dersom den unnvikende personen eksponeres for mennesker som betyr mye for han eller henne (Gabbard, 1990), eksempelvis terapeuten. De er videre hypersensitive for avvisning (WHO, 2007). Det kan tenkes at også dette er blant årsakene til at slike pasienter har en tendens til å slutte i terapi prematurt.

Man kan derfor undre på om terapeuter som arbeider med slike pasienter bør være ekstra bevisste på hvordan de uttrykker seg for å unngå at pasienten kjenner seg kritisert og avvist og derfor avbryter terapien. Også pasienter med BPF er imidlertid svært sensitive for avvisning (APA, 2000). Dersom for eksempel terapeuten avlyser en time, kan dette overtolkes som ekstrem avvisning og føre til overreagering hos pasienten. Det er dermed ikke slik at terapeuter som arbeider med pasienter med UPF, nødvendigvis må være seg mer bevisst hvordan de uttrykker seg enn i arbeid med pasienter med BPF. Vi mener, ettersom det allerede er tilstrekkelig fokus på hvordan terapeuten opptrer i terapirommet, at det ikke vil være nødvendig å tilpasse MBT på dette området.

For unnvikende pasienter som preges av mistenksomhet, vil motstand i terapi være sentralt, da slike pasienter ikke stoler på andres motiver. De bygger sine antakelser om andres intensjoner på feilaktige konklusjoner om hva de tenker. Disse feilaktige antakelsene har ofte sitt grunnlag i defensiv projeksjon, noe som manifesteres ved at de tenker at andre misliker dem, slik de selv misliker andre. Dette kan føre til at de trekker seg unna andre. I terapi kan de anta at et godt råd fra terapeuten er et forsøk på å kontrollere dem, eller de kan se på det som kritikk for noe de har gjort feil (Kantor, 2003). I stedet for å gi råd som kan oppfattes som kritikk, kan terapeuten fokusere på å forsterke tilfeller hvor pasienten klarer å generere alternative forklaringer og ta i bruk mentalisering. Fokus på positiv mentalisering er allerede en del av MBT, men dette bør kanskje brukes i enda større grad for pasienter med UPF, noe

som også kan hjelpe med å bygge opp deres negative selvbylde, samt styrke den terapeutiske alliansen.

Direkte rådgiving kan imidlertid også være hensiktsmessig i noen tilfeller, da unnvikende pasienter gjerne trenger noen som hjelper dem ut av isolasjon og inn på sosiale arenaer. Pasienter med UPF må ta en avgjørelse om hvorvidt og i hvor stor grad de ønsker kontakt med andre (Kantor, 2003). Terapeuten kan deretter, på en forsiktig måte for å redusere feiltolkninger, hjelpe dem å finne ulike sosiale situasjoner som de kan oppsøke og hvor de kan prøve ut ny atferd for å oppnå mer sosial kontakt. Ettersom den unnvikende atferden er svært fremtredende, kan det tenkes at atferdseksperimenter kan bidra til å skape en arena der terapeut og pasient kan arbeide med å øke mentaliseringsevnen. Pasienten kan få i hjemmeoppgave å for eksempel oppsøke en venn og forsøke å observere egen reaksjon på situasjonen. Erfaringene kan videre tematiseres og utforskes i behandlingen. Den mentaliserende terapeuten bør imidlertid også utforske pasientens tanker og følelser, som oppstår ”her-og-nå” i samtalen om hjemmeoppgaven.

Fantasi er en fremtredende forsvarsmekanisme ved personer med UPF (Sperry, 1995), og Gabbard (1990) hevder at man bør undersøke fantasi i overføringen. A. Bateman (personlig kommunikasjon, 9. september, 2010) påstår at fantasi ikke bør stimuleres, da dette for pasienten kan bli ansett som fakta dersom han eller hun befinner seg i modus av psykisk ekvivalens, noe som ikke er uvanlig hos pasienter med UPF. Vi mener at en tilpassning kan være at den mentaliserende terapeuten til en viss grad bør undersøke fantasi hos unnvikende pasienter, ettersom behandleren da kan få tilgang til større deler av pasientens mentale tilstander. Terapeuten bør imidlertid være ekstra bevisst på effekten som stimulering av fantasi kan ha, for å forhindre at vedkommende begynner å se på fantasien som en realitet.

Vår undersøkelse indikerer at pasienter med UPF kan ha nytte av MBT med noen tilpasninger. Dette innebærer blant annet ekstra fokus på alliansebygging, mer direkte

veiledning og bruk av relevante kognitive teknikker. Det kan tenkes å være nyttig at terapeuten stimulerer den unnvikendes fantasi med forsiktighet. Vi har tidligere diskutert at det kan være negativt for pasienter med UPF å utsette og nedregulere emosjoner, noe som er en komponent i mentalisering av emosjoner. I arbeid med unnvikende pasienter bør man ta hensyn til dette.

Ifølge S. Karterud (personlig kommunikasjon, 14. februar, 2011) trenger man imidlertid ikke å tilpasse individualterapien for unnvikende pasienter, og man kan ta i bruk de samme prinsippene og arbeide med intersubjektiv utforskning. Gruppeterapi med slike pasienter bør derimot tilpasses ved å ha egne grupper. I psykodynamiske terapigrupper står de i fare for å gjenskape sitt unnvikende mønster, da de kan bli for passive og la andre pasienter styre samtalen. Man bør videre integrere kognitive atferdsteknikker, i form av hjemmelekser og eksponering, i gruppene for pasienter med UPF. Gruppene bør være mer strukturerte, og inneholde turtaking og mer psykoedukasjon (S. Karterud, personlig kommunikasjon, 14. februar, 2011).

Paranoid personlighetsforstyrrelse. Flere grunnleggende kjennetegn ved den paranoide pasient kan lett føre til vansker i et terapiforløp. Pasienten kan holde tilbake informasjon av frykt for å bli bedratt, noe som vil påvirke kommunikasjonen mellom pasient og behandler. Pasienten kan tolke enhver verbal og non-verbal atferd som et tegn på kritikk eller hat mot seg, og det er viktig at terapeuten er oppmerksom på hvordan pasienten er hypersensitiv på det som skjer i terapirommet. Ifølge Kantor (2004) bør terapeuten være forsiktig med å være spontan i behandling med pasienter med PPF og være påpasselig med hvordan han eller hun uttrykker seg i samtaler med den paranoide. Samtidig vil åpenhet fra terapeutens side være særlig viktig i arbeid med pasienter med PPF, for å forsøke å redusere tvilen om terapeutens hensikter.

Ifølge prinsippene bak MBT bør imidlertid terapeuten til en viss grad være spontan (Bateman & Fonagy, 2007). A. Bateman (personlig kommunikasjon, 9. september, 2010) oppfordrer også til å overraske pasienten, eksempelvis ved bruk av humor. For pasienter med PPF som er humørløse og hypersensitive for kritikk, kan slike metoder derimot bidra til mer mistenksomhet og til at pasienten ikke føler seg forstått og bekreftet av terapeuten. Det kan med andre ord derfor være nødvendig å tilpasse terapien til slike pasienter ved å være forsiktig med bruk av spontanitet, humor og lekenhet. Dersom den mentaliserende terapeuten imidlertid oppnår en god relasjon til pasienten, og pasienten underveis utvikler evnen til å generere alternative fortolkninger til andres atferd, kan man etter hvert ta i bruk en slik "lekenhet" i terapien, som vektlegges som viktig komponent ved MBT.

I følge Millon (1996) kan direkte rådgivning og oppfordringer være nyttig. Ettersom pasienter med PPF kan overdrive hvor truende en situasjon er og undervurdere deres evner til å håndtere problemet, vil dette kunne bidra til økt mestringsfølelse. Kantor (2004) beskriver et kasus hvor han sterkt anbefalte den paranoide pasienten til å la være å kritisere andre mennesker, til tross for at pasienten var overbevist om å ha rett i sine antagelser.

Slik rådgivning og direkte oppfordringer inngår ikke i prinsippene bak MBT, noe som kan indikere at slike pasienter, likesom pasienter med UPF, kan ha behov for at behandlingen tilpasses. Direkte oppfordringer kan imidlertid medføre reaktans, noe som i sin tur kan blokkere nytteverdien av slike metoder. Man kan anta at det er bedre å ta i bruk de mentaliserende prinsippene for å hjelpe pasienten til å se egen påvirkning på andre mennesker og hvordan andre påvirker han eller henne. Vår vurdering er at det kan være mest hensiktsmessig å beholde prinsippene ved MBT, men også å integrere mer direkte oppfordring og rådgivning der dette synes å være nødvendig. Terapeuten bør imidlertid være forsiktig ved bruk av slike metoder for å ikke fremprovosere reaktans.

Ifølge Kantor (2004) kan også støttende teknikker være nyttige for denne pasientgruppen. Affirmativ terapi alene vil antageligvis ikke være tilstrekkelig for å skape positiv endring hos pasienter med PPF, men bekreftelser kan fungere som et positivt supplement til andre terapiformer (Kantor, 2004). Dette kan være nyttig for paranoide mennesker på grunn av deres grunnleggende svake selvtillit, til tross for den grandiositet som vises utad. Validering av pasientens opplevelse står allerede i fokus i MBT, noe som vil være særlig nyttig i situasjoner der pasienten for eksempel føler seg forfulgt eller bedratt. Terapeuten bør også utforske og utfordre uberettigede antakelser om seg selv og andre, og ikke kun støtte og validere, ettersom det kan stimulere til paranoide tanker. Vi mener at behandleren bør være ekstra bevisst på å finne en balanse mellom å validere de smertefulle følelsene og å utfordre paranoide ideer.

Vår undersøkelse peker i retning av at det er stor overlapp av symptomer mellom pasienter med PPF og BPF på gruppenivå. For diskusjon av likheter henvises det til side 49. Dette kan indikere at prinsippene bak MBT også kan anvendes på pasienter med PPF uten større modifikasjoner, noe som støttes av S. Karterud (personlig kommunikasjon, 14. februar, 2011). I den grad terapien imidlertid kan tilpasses, foreslår vi et forsterket fokus på allianse, balanse mellom støtte og utfordring, forsiktig bruk av humor og spontanitet, samt bruk av direkte rådgivning der dette synes nødvendig.

Motivasjon for behandling. Et viktig og sentralt spørsmål er hvorvidt paranoide og unnnvikende mennesker i det hele tatt ønsker å endre sine grunnleggende trekk. For det første kan det tenkes at de oppsøker terapi kun for å få hjelp med andre vansker, eksempelvis angst og depresjon. Det etiske aspektet ved å behandle en pasient for noe som går ut over vedkommendes ønsker er derfor noe man må ta i betraktning. For det andre kan man undres om kostnadene ved en endring er så store at resultatene ikke er verd den omfattende, og ofte smertefulle, prosessen som pasienten må gjennom. For den paranoide kan man anta at

menneskene rundt lider mer under vedkommendes atferd enn den pasienten selv, og det kan tenkes at andre familiemedlemmer krever at han eller hun oppsøker behandling (Encyclopedia of mental disorders, 2011). Dersom pasienten er lite motivert for behandling, kan det tenkes at bruk av motiverende intervju (Miller & Rollnick, 2002) kan være formålstjenelig i startfasen av behandlingen, før terapeuten fortsetter med MBT. I noen situasjoner kan imidlertid motivasjonen være så lav at det ikke vil være hensiktsmessig å starte en omfattende behandlingsprosess av pasientens grunnleggende personlighetstrekk.

Kan vi fortsatt kalle MBT for MBT?

Vi har nå sett på ulike modifikasjoner av MBT for å gjøre terapien mest mulig effektiv for pasienter med UPF og PPF. Men hvor mye kan man egentlig tilpasse terapien og fortsatt kalle den MBT? På den ene siden uttrykker Allen et al. (2008) at mentalisering er en fundamental faktor ved alle terapiformer. Allen et al. (2008) hevder at alle terapeuter bør ha en mentaliserende holdning uansett teoretisk bakgrunn, noe som innebærer at mentaliseringsperspektivet kan integreres i andre behandlingsformer.

På den annen side er MBT en egen terapiform med tilhørende retningslinjer og behandlingsprinsipper, noe som kan innebære at man ikke bør gjøre noen endringer ved terapien dersom vi fortsatt skal kunne benevne den MBT. I vår gjennomgang foreslår vi imidlertid at tilpasningen i stor grad innebærer større eller mindre fokus på elementer som allerede eksisterer som en del av MBT-prinsippene. I tillegg foreslår vi bruk av utvalgte teknikker fra mer kognitive tilnærminger. Selv om direkte kognitive teknikker, som eksponering og hjemmeoppgaver, ikke er en del av grunnprinsippene i MBT, mener vi at vi fortsatt kan kalle behandlingen MBT. Ettersom hensikten med de ulike atferdseksperimentene fortsatt er å øke evnen i mentalisering, vil hovedfokuset i behandlingen bevares. Slike kognitive teknikker vil kun nyttes som hjelpemidler for å skape en arena hvor man kan øve opp mentaliseringsevnen.

Implikasjoner

Det finnes relativt få dokumenterte studier av effekt av behandling for både pasienter med UPF (Eikenes, Gude, & Hoffart, 2006) og PPF (Trull & Useda, 2000). Dette kan indikere at disse pasientgruppene er oversett i forskningen, og det kan tenkes at behandlingstilbudet som tilbys de to pasientgruppene ikke er optimalt.

Studier viser at MBT er effektiv i behandling av pasienter med BPF (Bateman & Fonagy, 2008; Eizirik & Fonagy, 2009). Vår analyse peker i retning av at indikasjonsområdet for MBT kan utvides til også å omfatte pasienter med UPF og PPF, ettersom også disse gruppene viser tydelig mentaliseringssvikt. En bør imidlertid være oppmerksom på at terapien i noen grad bør modifiseres og tilpasses den enkelte personlighetsforstyrrelse.

Vår undersøkelse er basert på en teoretisk gjennomgang og analyse av foreliggende litteratur. Det foreligger, så langt vår oversikt rekker, ikke per i dag noen dokumenterte studier av MBT brukt på pasienter med UPF og PPF. Vi håper derfor at funn som våre kan stimulere til empirisk forskning på feltet og undersøke MBTs potensial også for disse diagnosegruppene. Gitt positive effekter, bør MBT gis en plass innenfor grunnutdanning, etterutdanning og videreutdanning også for helsepersonell som arbeider med personer med UPF og personer med PPF.

Konklusjon

Den foreliggende undersøkelsen indikerer at både paranoide og unnvikende personer, *på gruppenivå*, er kjennetegnet ved redusert evne til å mentalisere. Dette gjenspeiles blant annet gjennom de to diagnosegruppenes overlappning med BPF. Mentaliseringssvikten synes å være generalisert og sentral for både UPF og PPF, og dette preger i stor grad disse pasientenes hverdag. Det vil være nærliggende å anta at bedring av mentaliseringsevnen vil kunne bidra til økt livskvalitet.

Vi mener å ha sannsynliggjort at begge de aktuelle pasientgruppene kan nyttiggjøre seg prinsippene bak MBT. En forutsetning for positive resultater er at pasienten besitter tilstrekkelig forandringsmotivasjon. Dersom motivasjonen er veldig lav, vil det ikke ha noe for seg å forsøke å endre de grunnleggende personlighetstrekkene grunnet blant annet reaktans og motstand. Noen pasienter med UPF og PPF kan tenkes å oppsøke behandling grunnet annen symptomatologi, for eksempel angst og depresjon. I slike tilfeller kan andre terapiformer være minst like formålstjenelige.

Der tilstrekkelig motivasjon er til stede, kan det likevel være nødvendig å tilpasse terapien for å oppnå optimale resultater. Vi har gjennom vår undersøkelse forsøkt å gjøre rede for noen mulige tilpasninger som kan synes å være formålstjenelige for pasienter med UPF og pasienter med PPF, blant annet fokus på allianse og mer konkrete oppgaver. Det generelle tilstandsbildet hos unnvikende personer, samt mindre overlapp mellom kjennetegn hos personer med BPF og personer med UPF, antyder at pasienter med UPF kan ha nytte av at terapien i større grad tilpasses enn for pasienter med PPF. Det foreligger imidlertid ikke, så vidt det er oss bekjent, noen dokumenterte empiriske studier på effekten av MBT i behandling av pasienter med UPF og PPF. Inntil slike studier foreligger, må våre konklusjoner derfor primært anses som hypotesegenererende og tentative.

Referanser

- Abbou, J., Haugland, K. M., & Årnes, H. (2009). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse - hva finnes av empirisk støtte for denne behandlingsformen?* (Hovedoppgave). Hentet fra BORA – UiB. (URI <http://hdl.handle.net/1956/3492>)
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Bleiberg, E., & Haslam-Hopwood, T. (2003). Mentalizing as a compass for treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*. Hentet fra <http://www.menningerclinic.com/resources/Mentalizing-compass.htm>
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Utg.). Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arefjord, N. (2009, september). *Hva er mentalisering? Begreper og teori*. Foredrag ved Stiftelsen Bergensklinikkene, Bergen, Norge.
- Arefjord, N., & Karterud, S. (2010). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (ss. 194-220). Oslo, Norge: Gyldendal.
- Baier-Barth, L., & Crawford, A. (1998). *Avoidant Personality Disorder*. Hentet fra <http://www.avoidantpersonality.com/yahogroupfiles/ExtensiveExplanation2AvPD.htm>

- Bateman, A. (2010, september). *A developmental psychopathology perspective on mentalizing and BPD*. Foredrag ved Stiftelsen Bergensklinikkene, Bergen, Norge.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001, januar). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 36-42. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/158/1/36>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford, England: University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalization-based treatment* (ss.185-201). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008a, februar). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 181-194. doi:10.1002/jclp.20451
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008b, mai). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 631-638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veileder*. Oslo, Norge: Arneberg.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of the personality disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2. Utg.). New York, NY: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York, NY: Basic Books.

Brown, J. R., Donelan-McCall, N., & Dunn, J. (1996, juni). Why talk about mental states?

The significance of childrens' s conversations with friends, siblings and mothers. *Child Development*, 67(3), 836-849. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/1131864>

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Maughan, A., Toth, S. L., & Bruce, J. (2003). False belief understanding in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 15(4), 1067–1091. doi:10.1017.S0954579403000440

Dimaggio, G., Catania, D., Salvatore, G., Carcione, A., & Nicolo, G. (2006, mars).

Psychotherapy of paranoid personality disorder from the perspective of dialogical self theory. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(1), 69-87.

doi:10.1080/09515070600655122

Egeland, B. (1997). Mediators of the effects of child maltreatment on developmental adaption in adolescence. I D. Cicchetti, & S. L. Toth (Red.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention* (ss. 403-434). Rochester, NY: University of Rochester Press.

Eikenes, I., Gude, T., & Hoffart, A. (2006). Integrated wilderness therapy for avoidant personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(4), 275-281.

doi:10.1080/08039480600790093

Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009, mars) Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 72-75. doi: 10.1590/S1516-44462009000100016

Encyclopedia of mental disorders. (2010). *Avoidant personality disorder*. Hentet fra <http://www.minddisorders.com/A-Br/Avoidant-personality-disorder.html>

Encyclopedia of mental disorders. (2010). *Paranoid personality disorder*. Hentet fra <http://www.minddisorders.com/Ob-Ps/Paranoid-personality-disorder.html>

- Erickson, M. F., & Egeland, B. (1996). Child neglect. I J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Red.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (ss. 4-20). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalization-based treatment* (ss.53-101). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. doi:10.1080/07351692209348990
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000, mars). Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122. doi:10.1016/S0193-953X(05)70146-5
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. (1990). *Clinical application of cognitive therapy*. New York, NY: Plenum.
- Gabbard, G. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy. A Basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gergely, G. (2001). The obscure object of desire – “Nearly, but clearly not, like me”: Contingency preference in normal children versus children with autism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3), 411-426. doi:10.1521/bumc.65.3.411.19853
- Gergely, G. (2007). The social construction of the subjective self: The role of affect-mirroring, markedness, and ostensive communication in self-development. I L. Mayes,

- P. Fonagy, & M. Target (Red.), *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation* (ss. 45-88). London, England: Karnac Books.
- Goldberg, S., Benoit, D., Blokland, K., & Madigan, S. (2003, juni). Atypical maternal behavior, maternal representations and infant disorganized attachment. *Development and Psychopathology*, 15(2), 239-257. doi:10.1017.S0954579403000130
- Hobson, P. (2004). *The cradle of thought: exploring the origins of thinking*. London, England: Pan books.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006, mai). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 579-587. Hentet fra: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/63/5/579>
- Jørgensen, C. R. (2003). Tilknytningsteoretisk funderet forståelse af personlighedsforstyrrelser. *Psyke og Logos*, 24(2), 638-676.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to your senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. London, England: Piatkus.
- Kantor, M. (2003). *Distancing. Avoidant personality disorder*. Westport, CT: Praeger.
- Kantor, M. (2004). *Understanding paranoia. A guide for professionals, families, and sufferers*. Westport, CT: Praeger.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo, Norge: Gyldendal akademisk.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of Borderline patients*. New York, NY: Basic Books.
- Kolstrup, N. (2008). Hva er kognitiv terapi – og kan vi bruke det i allmennpraksis?. *Utposten*, 1, 7-13. Hentet fra: <http://www.utposten->

stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=P%2By90SEKSGA%3D&tabid=309&mid=83

7

- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2010). *Personality Psychology. Domains of knowledge about human nature*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lossius, K. (2009, september). *Mentaliseringsbaserte intervensjoner*. Foredrag ved Stiftelsen Bergensklinikkene, Bergen, Norge.
- Lynch, T. R., & Cheavens, J. S. (2008, februar). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 64*(2), 154-167.
doi:10.1002/jclp.20449
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001, mai). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology, 13*(2), 233-254. doi:10.1017/S0954579401002036
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Classification System*. London, England: University College.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: BasicBooks.
- Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. East Sussex, England: Psychology Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001, juli). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(5), 637-648.
doi:10.1111/1469-7610.00759
- Meyer, B., Muriel, A., & Bowles, D. P. (2005, desember). Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant

- features. *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 641-658.
doi:10.1521/pedi.2005.19.6.641
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2. Utg.). New York, NY: Guilford Press.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology. A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Millon, T., (with Davis, R. D.) (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond* (2. Utg.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Millon, T., & Everly, G. S. (1985). *Personality and its disorders. A biosocial learning approach*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Millon, T., & Martinez, A. (1995). Avoidant Personality Disorder. I W. J. Livesley (Red.), *The DSM-IV Personality disorders* (ss. 218-238). New York, NY: Guilford Press.
- Morey, L. C. (1988, mai). Personality Disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145(5), 573-577.
Hentet fra: <http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=04-02-2016&FMT=7&DID=1776809&RQT=309&cfc=1>
- Pears, K. C., & Fishler, P. A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, 17(1), 47-65. doi:10.1017/S0954579405050030
- Perris, C., & Perris, H. (2000). *Personlighedsforstyrrelser: opståen og behandling i et udviklingspsykopatologisk perspektiv*. København, Danmark: Hans Reitzels.

- Safier, E. J. (2003). Seven ways that the concepts of attachment, mentalization and theory of mind transforms family treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 260-270. doi:10.1521/bumc.67.3.260.23437
- Sharp, C., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2007, februar). Biased mentalizing in children aged 7-11: latent class confirmation of response styles to social scenarios and associations with psychopathology. *Social Development*, 16(1), 181-202. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00378.x
- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. (2006, mars). Imagining your child's mind: psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional states. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1), 197-214. doi:10.1348/026151005X82569
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: The Guilford Press.
- Skårderud, F. (2007, september-oktober). Eating ones words: Part III. Mentalization based psychotherapy for anorexia nervosa: An outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323-339. doi:10.1002/erv.817
- Skårderud, F., & Karterud, S. (2007). Å forstå seg selv og hverandre – intet mindre. I A. W. Bateman & P. Fonagy, *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder* (ss. xv–xxxviii). Oslo, Norge: Arneberg.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008, mai). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 1066-1069. Hentet fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1685473
- Slade, A. (2005, september). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281. doi:10.1080/14616730500245906

Slade, A., Grienenberger, J., Bernback, E., Levy, D., & Locker, A. (2005, september).

Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7, 283 – 298.

doi:10.1080/14616730500245880

Sperry, L. (1995). *Handbook of Diagnoses and Treatment of the DSM-IV Personality Disorders*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Tetzchner, S. Von (2003). *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo, Norge: Gyldendal akademisk.

Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo, Norge: Gyldendal.

Trull, T. J., & Useda, J. D. (2000). Paranoid personality disorder. I A. E. Kazdin (Red.), *Encyclopedia of psychology*, Vol. 6, (ss. 39-41). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10521-012

Turkat, I. D. (1990). *The personality disorders. A psychological approach to clinical management*. New York, NY: Pergamon Press.

van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of presursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249.
doi:10.1017/S0954579499002035

Vestergaard, P., Sørensen, T., Kjølbye, M., & Videbech, P. (2006). *Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme* (3. Utg.). København, Danmark: FADL's.

Wells, A. (2009). *Metacognitiv Therapy for Anxiety and Depression*. New York, NY: The Guilford Press.

Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., & Urnes, Ø. (2009, oktober). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(5), 390-396. doi:10.1080/08039480902831322

Wimmer, H., & Mayringer, H. (1998). False belief understanding in young children:

Explanations do not develop before predictions. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 429-433. doi:10.1080/016502598384469

World Health Organisation. (i.d.). *History of the development of the ICD* [Data fil]. Hentet fra <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>

World Health Organization. (2007). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.*

Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo, Norge: Gyldendal.

Wurmser, L. (1981). *The mask of shame.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Yudofski, S. C. (2005). *Fatal flaws. Navigating destructive relationships with people with disorders of personality and character.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.