

**Et teoretisk prosjekt om etiologien bak
personlighetsforstyrrelsen Avoidant Personality
Disorder, og anvendeligheten av Mentaliserings
Basert Terapi i behandlingen av lidelsen.**



Antall tegn: 498515

Svarende til antall normalsider: 207,7

Veileder: Bendt Torpegaard Pedersen

Av:

Christine Dahl Studienummer: 20104238

Alexander Iversen Studienummer: 20104224

Thea Leidenfelt Studienummer: 20104167

10. semester

Psykologi

Kandidatspeciale

Aalborg Universitet

UK-V

28.05.2015

Abstract

Avoidant Personality Disorder is a common personality disorder worldwide, compared to other personality disorders. The prevalence of this disorder is approximately 2,4% (DSM-V) in general, however in Scandinavia it is about 5% and thus more frequent here than in other places. Despite the prevalence of the disorder in Scandinavia it has not been given too much attention in psychiatry, although several studies show that the disorder has a significant consequence for the quality of life and mental health of the individual. Individuals suffering from Avoidant Personality Disorder are characterised by disabilities, low self-esteem, psychosocial inhibition and interpersonal problems in relation to partners, family members and other social relationships. Individuals suffering from Avoidant Personality Disorder often live isolated and lonely lives. We wish to increase the awareness of this mental disorder based on its prevalence and the complex problems the individual suffers from as a result of it. In addition, one of us has first-hand experience with an individual suffering from this disorder and is familiar with some of the therapeutic challenges that arise in the treatment of this disorder.

We have chosen the following thesis: What characterizes Avoidant Personality Disorder, and how can we understand the development and prevalence of this disorder based on biological-, development- and social psychological theories? Which treatment methods exist today, and can Mentalization Based Therapy be used in treatment of individuals with Avoidant Personality Disorder? Based on this thesis, this paper will explain the aetiology of the disorder based on biological predispositions, predisposing factors through development and perpetuating social factors. In our opinion, the aetiology of the disorder should be used as a basis for the choice of treatment. We also look at different forms of therapy currently in use in connection with the disorder, and examine whether these are compatible with the aetiology of the disorder, including Psychodynamic Therapy, Cognitive Behavioural Therapy, and Interpersonal Therapy. We also recommend Mentalization Based Therapy as a good alternative to the existing treatment models.

Mentalization Based Therapy is a new form of therapy, which has been given much attention lately. The therapy is developed by John, G. Allen, Peter Fonagy and

Anthony W. Bateman. The key element in this form of therapy is to develop the individual's ability to mentalize. A process in which the individual implicitly and explicitly interprets their own and others' behaviour, associated with intentional mental state of minds such as assumptions, needs, desires, emotions and perceptions. The reason why we suggest this form of therapy in treatment of Avoidant Personality Disorder is based on the aetiology of the disorder which is characterised by impaired mentalization abilities and reduced affect regulation as a result of predisposing and perpetuating factors. An individual suffering from this disorder may have an innate sensitive temperament that is affected by troubled relationships through its upbringing and which is upheld by the individual's complex self-awareness. We believe that these are some of the factors causing the problems arising from Avoidant Personality Disorder, and that they are expressed through impaired mentalization and reduced affect regulation.

We base our statement on the following five arguments; Mentalization Based Therapy is based on both group therapy and individual therapy; Mentalization Based Therapy intervenes with both emotions and cognition; Mentalization Based Therapy is an integrated form of therapy which includes other therapeutic techniques and the aetiology of the disorder; Mentalization-based Therapy intervenes with all the significant subareas mentioned in the prototype model for Avoidant Personality Disorder developed by Theodore Millon and Roger Davis; Mentalization Based Therapy applies an understanding for anxiety that is more compatible to the aetiological factors of the disorder, compared to other treatment forms.

This paper is a theoretical discussion where the aim is to discuss the complexity of the mental disorder by examining how the disorder can be interpreted and treated. We hope that this theoretical discussion can be used in establishing future empiricism in connection with Mentalization Based Therapy for Avoidant Personality Disorder, as a study of the effect of this type of treatment for Avoidant Personality Disorder is yet to be carried out.

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT	1
1. INNLEDNING	8
1.1 PROBLEMFELTET	8
1.2 PROBLEMFORMULERING	9
1.3 BEGREPSAVKLARING	9
1.3.1 Avoidant Personality Disorder i DSM-V (2013)	9
1.3.2 Risikofaktorer	11
1.3.3 Psykoterapeutisk behandling	11
1.3.4 Mentalisering	12
1.4 OPPGAVENS HENSIKT OG OPPBYGNING	12
2. AVOIDANT PERSONALITY DISORDER, AVGRENSNING OG DIAGNOSTIKK.....	14
2.1 INTRODUKSJON.....	14
2.2 DIAGNOSEN AVOIDANT PERSONALITY DISORDER I DSM-V	15
2.2.1 Er anvendelse av klassifikasjonssystemet en mulig årsak til at individer med APD ikke blir oppdaget?	15
2.2.2 Komorbiditet, et resultat av klassifikasjonssystemet?	17
2.2.3 Våre overveielser i forhold til anvendelsen av DSM-V til diagnostisering av lidelsen APD.....	19
2.3 EN BESKRIVELSE AV FENOMENET APD	21
2.3.1 Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD	22
2.3.2 De funksjonelle områdene i Millon & Davis (1996) sin modell	23
2.3.3 Det strukturelle området.....	26
2.3.4 Oppsummering av Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD.....	29
3. EN BIOPSYKOSOSIAL MODELL FOR UTVIKLINGEN AV APD.....	31
3.1 VITENSKAPSTEORETISKE OVERVEIELSER.....	31
3.1.1 Avhandlingens optikk.....	31
3.1.2 Valg av forståelsesramme	32
3.1.3 Et holistisk perspektiv	34
3.1.4 Oppgavens erkjennelse av viten.....	35
3.1.5 Risikofaktorer for utviklingen av APD ut fra Preben Bertelsens (2000) begrep om resonans	36
3.2 BIOLOGISKE RISIKOFAKTORER FOR UTVIKLINGEN AV APD	38
3.2.1 ET EVOLUSJONISTISK PERSPEKTIV VEDRØRENDE UTVIKLINGEN AV APD	39
3.2.1.1 Emosjonene frykt og angst.....	40
3.2.1.2 Ostrakisme	41
3.2.1.3 Skam	43
3.2.1.4 Svikt i avlesning av emosjoner	43
3.2.1.5 Oppsummering av oppgavens evolusjonistiske avsnitt.....	44
3.2.2 ARVELIGHET VED APD	44
3.2.3 KAN PERSONLIGHET VÆRE EN PREDISPONERENDE RISIKOFAKTOR FOR UTVIKLINGEN AV APD?.....	45
3.2.3.1 Kan et medfødt hypersensitivt temperament være en risikofaktor for utviklingen av APD?.....	46
3.2.3.2 Kan medfødte personlighetstrekk være en risikofaktor for utviklingen av APD?.....	48
3.2.4 BIOKJEMISKE OG NEVROFYSIOLOGISKE RISIKOFAKTORER FOR UTVIKLINGEN AV APD.	49

3.2.4.1 Kan en forhøyet aktivitet i amygdala være en mulig risikofaktor?	49
3.2.4.2 Kan høy aktivitet i HPA-aksen være en risikofaktor for utviklingen av APD?	50
3.2.4.3 Oppsummering av hjernekomponenter som en risikofaktor for utviklingen av APD	50
3.2.5 NEVROBIOLOGISKE ASPEKTER VED METAKOGNISJONEN	51
3.2.5.1 Speilnevroner	52
3.2.6 DET BIOLOGISKE FORHOLDET TIL TILKNYTNING	53
3.2.7 OPPSUMMERING OG ANVENDELIGHET AV DE BIOLOGISKE TEORIENE	53
3.3 UTVIKLINGSPSYKOLOGISKE RISIKOFAKTORER FOR UTVIKLINGEN AV APD .	55
3.3.1 JOHN BOWBLYS TILKNYTNINGSTEORI (1979/1988)	55
3.3.2 TILKNYTNINGSMØNSTRE	56
3.3.3 AKTUELLE TILKNYTNINGSTEORIER FOR UTVIKLINGEN AV APD	58
3.3.3.1 Usikker ambivalent tilknytning, en risikofaktor for utvikling av APD?	58
3.3.3.2 Mulige konsekvenser ved en foreldrestil preget av intensiv kontroll	59
3.3.3.3 Er APD et resultat av barnets tidlige negative erfaringer i tilkynningsrelasjonen, og barnets neurofysiologiske modningsprosesser?	60
3.3.4 BARNETS UTVIKLING AV SKAMFØLELSE	61
3.3.4.1 Hva er skam?	62
3.3.4.2 Utviklingen av skam hos individer med APD	62
3.3.5 VURDERING AV TILKNYTNINGSTEORI SOM EN RISIKOFAKTOR FOR UTVIKLINGEN AV APD .	63
3.3.6 UTVIKLING AV MENTALISERINGSEVNEN	64
3.3.6.1 HVA ER MENTALISERING, OG ER APD ET UTTRYKK FOR EN SVEKKET MENTALISERINGSEVNE?	64
3.3.7 ALLEN, FONAGY & BATEMAN (2010) SIN RELASJONELLE UTVIKLINGSMODELL FOR MENTALISERINGSEVNEN	66
3.3.8 KAN EN NEDSATT MENTALISERING OG AFFEKTREGULERING VÆRE EN RISIKOFAKTOR FOR UTVIKLINGEN AV APD?	68
3.3.9 MENTALISERINGSSVIKT I FORBINDELSE MED APD	69
3.3.9 OPPSUMMERING AV OPPGAVENS UTVIKLINGSPSYKOLOGISKE RISIKOFAKTORER	74
3.4 SOSIALPSYKOLOGISKE FAKTORER	75
3.4.1 SELVET	77
3.4.2 SELVSKJEMAER	77
3.4.2.1 Selvsjemaer: en risikofaktor for utviklingen av APD?	78
3.4.2.2 Swann (1983) sin teori om selvbekreftelse	79
3.4.5 SELVVERIFISERING, EN MULIG RISIKOFAKTOR FOR UTVIKLINGEN AV LIDELSEN APD?	80
3.4.6 SELVBEVISSTHET	81
3.4.6.1 Selvbevissthet og følelser	81
3.4.6.2 Selvbevissthet og APD	82
3.4.7 SELF-EFFICACY	83
3.4.7.1 Kognitive prosesser	84
3.4.7.2 Affekt	85
3.4.7.3 Lav grad av mestringstro, en medvirkende faktor for utviklingen av APD? ...	85
3.4.8 STILLES DET I DAG STØRRE KRAV TIL INDIVIDETS MENTALISERINGSEVNER?	86
3.4.8.1 Interpersonelle relasjoner i dagens samfunn	86
3.4.8.2 Selvet og mentalisering	89
3.4.8.3 Oppsummering	90
3.4.9 OPPSUMMERING AV SOSIALPSYKOLOGISKE FAKTORER I UTVIKLINGEN AV APD	91

3.5 HVORDAN KAN RISIKOFAKTORENE VI HAR FUNNET I OPPGAVENS ETIOLOGISKE REDEGJØRELSE VÆRE EN MULIG FORKLARING PÅ DE SYMPTOMENE INDIVIDER MED APD OPPLEVER?.....	92
3.5.1 LAVT SELVBILDE.....	93
3.5.2 PROBLEMER I INTERPERSONELLE RELASJONER.....	94
3.6 OVERORDNET OPPSUMMERING AV EN BIOPSYKOSOSIAL MODELL FOR UTVIKLINGEN AV LIDELSEN APD.....	95
4. BEHANDLING AV APD, EN GJENNOMGANG AV AKTUELLE BEHANDLINGSPROGRAM FOR APD	96
4.1 INNLEDNING	96
4.2 PSYKODYNAMISK BEHANDLING.....	99
4.2.1 INNLEDNING.....	99
4.2.2 PSYKODYNAMISK TERAPI.....	100
4.2.2.1 <i>Studier som undersøker effekten av en psykodynamisk behandling av lidelsen APD.....</i>	<i>101</i>
4.2.3 EN PSYKODYNAMISK FORSTÅELSE APD.....	102
4.2.4 BEHANDLING	104
4.2.4.1 <i>Etablere innsikt og forståelse i individets ubevisste psykodynamikk.....</i>	<i>104</i>
4.2.4.2 <i>Forståelse og innsikt i uhåndterbare følelser hos individer med APD.....</i>	<i>106</i>
4.2.4.3 <i>Psykodynamisk gruppeterapi i behandling av APD</i>	<i>108</i>
4.2.5 OPPSUMMERING AV EN PSYKODYNAMISK FORSTÅELSE OG BEHANDLING AV APD.....	109
4.3 KOGNITIV ATFERDSTERAPI.....	110
4.3.1 INNLEDNING.....	110
4.3.2 KOGNITIV ATFERDSTERAPI.....	111
4.3.3 EN KOGNITIV FORSTÅELSE AV APD	111
4.3.4 SKJEMAER.....	113
4.3.5 ADSKILLER DEN KOGNITIVE FORSTÅElsen SEG FRA VÅR FORSTÅELSE, BASERT PÅ FUNNENE I OPPGAVENS ETIOLOGISKE DEL?	114
4.3.6 BEHANDLING	115
4.3.6.1 <i>Skjemaer.....</i>	<i>116</i>
4.3.6.2 <i>Tankeregistrering</i>	<i>117</i>
4.3.6.3 <i>Sokratisk dialog.....</i>	<i>117</i>
4.3.6.4 <i>Eksponeringstrening.....</i>	<i>118</i>
4.3.6.5 <i>Kognitiv Atferdsterapi i gruppe.....</i>	<i>119</i>
4.3.7 OPPSUMMERING - EN KOGNITIV FORSTÅELSE OG BEHANDLING AV APD.....	120
4.4 INTERPERSONELL TERAPI.....	121
4.4.1 INNLEDNING.....	121
4.4.2 INTERPERSONELL TERAPI (IPT).....	121
4.4.2.1 <i>Studier som undersøker effekten av en interpersonell behandling av lidelsen APD.....</i>	<i>122</i>
4.4.3 EN INTERPERSONELL FORSTÅELSE AV APD.....	122
4.4.4 HVORDAN ADSKILLER DEN INTERPERSONELLE FORSTÅElsen SEG FRA VÅR FORSTÅELSE, BASERT PÅ FUNNENE I OPPGAVENS ETIOLOGISKE DEL?	123
4.4.5 BEHANDLING	124
4.4.5.1 <i>Interpersonelle forventninger og reaksjonsmønstre</i>	<i>125</i>
4.4.5.2 <i>Relasjonen mellom klient og terapeut.....</i>	<i>127</i>
4.4.5.3 <i>Korrigerende emosjonell opplevelse.....</i>	<i>127</i>
4.4.6 OPPSUMMERING.....	128

4.5 MENTALISERINGBASERT TERAPI (MBT)	130
4.5.1 INNLEDNING.....	130
4.5.1.1 Avsnittets hensikt og oppbygning	131
4.5.2 MBT OG MENTALISERING.....	132
4.5.3 MENTALISERINGSBASERT TERAPI (MBT) FOR APD.....	133
4.5.3.1 Den praktiske bruken av MBT, terapiens forskjellige faser.....	133
4.5.3.2 Klinisk utredning av individets mentaliseringsevner	134
4.5.4 INTERVENSJONSPRINSIPPER VED MBT.....	136
4.5.4.1 Betydningen av den terapeutiske relasjon i arbeidet med APD.....	136
4.5.4.2 Terapeutens holdning.....	138
4.5.4.3. Regulering av spenningsnivået.....	139
4.5.4.4 Intervensjoner tilpasset klienter med APD sin mentaliseringskapasitet.....	140
4.5.4.5 Håndtering av psykisk ekvivalensmodus.....	140
4.5.4.6 Håndtering av forestillingsmodus	141
4.5.4.7 Håndtering av teleologisk modus	143
4.5.4.8 Klinisk intervensjonsforløp, 5 nivåer	144
4.5.4.9 Identifiser affekt, og ikke kun atferd	144
4.5.4.10 Undersøk følelser og interpersonelle hendelser.....	145
4.5.4.11 Bruken av "stans opp, spol tilbake og undersøk"	145
4.5.4.12 Utforskning av overføring og motoverføring.....	146
4.5.4.13 Fokus på her-og-nå hendelser og interpersonelle relasjoner.....	147
4.5.5 HVORFOR MBT FOR APD?	148
4.5.6 PROGNOSE FOR ANVENDELSEN AV MBT I BEHANDLINGEN AV APD, OG MULIGE UTFORDRINGER VED BEHANDLINGSAPPARATET	151
5. DISKUSJON	153
5.1 HVORFOR ER KOMBINASJONEN AV INDIVIDUELL OG GRUPPETERAPI I MBT EFFEKTIV I BEHANDLINGEN AV APD?	153
5.1.1 HVORFOR ER GRUPPETERAPI SÆRLIG EFFEKTIVT I ARBEIDET MED APD?	155
5.1.2 HVORFOR EN MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI I BEHANDLING AV APD?	156
5.1.3 HVORFOR KOMBINASJONEN MELLOM INDIVIDUELLTERAPI OG GRUPPETERAPI?	158
5.1.4 OPPSUMMERING.....	162
5.2 VÅRE OVERVEIELSER I FORBINDELSE MED ANVENDELSEN AV MBT I BEHANDLING AV LIDELSEN APD.....	162
5.2.1 HVORFOR ER NEDSATT MENTALISERING AVGJØRENDE I FORSTÅElsen AV APD?	165
5.3 EVIDENS, EMPIRISKE FORLØP OG EFFEKTUNDERSØKELSER	167
5.3.1 EVIDENSPARADIGMETS INNFLYTELSE PÅ PSYKOTERAPIFELTET.....	172
5.4 BRUKEN AV MANUALBASERTE BEHANDLINGER I DET TERAPEUTISKE ARBEIDET MED APD.....	173
5.4.1 FORDELER VED BRUKEN AV MANUALBASERTE BEHANDLINGER.....	173
5.4.2 ULEMPER I BRUKEN AV MANUALBASERTE BEHANDLINGER.....	174
5.4.3 EN OPPSUMMERING AV AVSNITTETS REFLEKSJONER.....	177
5.5 EN DISKUSJON FOR VALG AV BEHANDLING FOR APD.....	178
5.5.1 HVA BØR VEKTLLEGGES I EN BEHANDLING, MED HENSYN TIL LIDELSENS ETIOLOGI?	179
5.5.1.1 Er det nødvendig å inkludere alle de 8 delområdene i Millon & Davis (1996) sin modell i behandlingen av APD?	181
5.5.1.2 Hvilke delområder er mindre relevante i den terapeutiske behandlingen av APD?.....	183

5.5.2 TAR DE FORSKJELLIGE BEHANDLINGENE UTGANGSPUNKT I LIDELSENS ETIOLOGI OG I DEN MODIFISERTE PROTOTYPISKE MODELLEN FOR APD?.....	186
5.5.3 KAN DET ARGUMENTERES FOR EN MENTALISERINGSBASERT BEHANDLING AV APD, UT FRA DEN MODIFISERTE PROTOTYPISKE MODELL?	188
5.6 HVORDAN FORHOLDER DE ULIKE TERAPIRETNINGENE SEG TIL ANGST?	192
5.6.1 OPPGAVENS ETIOLOGISKE FORSTÅELSE AV ANGST.....	192
5.6.2 EN PSYKODYNAMISK FORSTÅELSE AV ANGST	195
5.6.2.1 Oppsummering	196
5.6.3 EN KOGNITIV FORSTÅELSE AV ANGST	197
5.6.4 EN INTERPERSONELL FORSTÅELSE AV ANGST.....	200
5.6.5 ANGST UT FRA EN MENTALISERINGSBASERT FORSTÅELSE	202
5.6.5.1 Behandling.....	203
5.6.6 OPPSUMMERING.....	204
5.6.7 EN OPPSUMMERENDE VURDERING AV ALLE TERAPIRETNINGENES FORSTÅELSE AV ANGST	206
5.7 OPPSUMMERENDE REFLEKSJONER I FORBINDELSE MED OPPGAVENS DISKUSJONER.....	207
5.7.1 FEM ARGUMENTER FOR BRUKEN AV MENTALISERINGSBASERT TERAPI I BEHANDLINGEN AV INDIVIDER MED APD.....	207
5.7.1.2 MBT sin kombinasjon av individuellterapi og gruppeterapi fremstår som effektiv i behandlingen av APD.....	208
5.7.1.3 MBT intervensjoner både ovenfor kognisjon og affekt	209
5.7.1.4 MBT kan anses som en integrering av etiologi og eksisterende behandlingsteknikker.....	210
5.7.1.5 MBT intervensjoner ovenfor de vesentligste delområdene i den prototypiske modell.....	210
5.7.1.6 MBT sin angstforståelse passer bedre overens med lidelsens etiologi.....	211
5.7.2 OPPSUMMERING.....	212
6. KONKLUSJON.....	213
7. PERSPEKTIVERING.....	220
8. REFERANSELISTE.....	224

1. Innledning

1.1 Problemfeltet

Opplevelsen av angst i sosiale situasjoner, skam, negativt selvbilde, mindreverd og frykt for kritikk er følelser som vi alle sammen kan oppleve i vår hverdag. For enkelte individer kan opplevelsen av sosial angst, utilstrekkelighet, mindreverd, frykt for kritikk og avvising imidlertid innta stabile mønstre av måter å tolke og oppleve omverdenen og interpersonelle relasjoner på. Dette kan ha betydelige konsekvenser for individets livskvalitet, og kan føre til en nedsatt funksjonsevne i interpersonelle situasjoner og relasjoner, samt vanskeligheter i arbeidslivet. Dersom individets mønstre av måter å oppfatte, tenke, resonnere og håndtere interpersonelle relasjoner avviker markant fra forventingene i en gitt kultur, kan det være et uttrykk for en personlighetsforstyrrelse. Personlighetsforstyrrelser kan karakteriseres som et vedvarende mønster av indre opplevelser og atferd som er gjennomgående uflexibel, rigid, dysfunksjonel, uhensiktsmessig og konfliktfylt over tid, hvilket kan ha innvirkning på individets personlige-, og sosiale aspekter (Dahl, 2010, p. 535). Den avvikende atferden skal være knyttet til (1) personens tankemønstre, hvilket inkluderer måten individet oppfatter og forstår seg selv, andre mennesker, og hendelser på, (2) variasjonsbredde, stabilitet og intensitet vedrørende personens affektregulering, og individets adekvate følelsesmessige reaksjoner, (3) individets interpersonelle funksjon og (4) impulskontroll (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 209).

Innenfor gruppen av personlighetsforstyrrelser er en meget alminnelig personlighetsforstyrrelse lidelsen Avoidant Personality Disorder. Ifølge metaundersøkelser utført av Samuels (2011) har lidelsen Avoidant Personality Disorder ofte en høyere prevalens enn andre personlighetsforstyrrelser (ibid., p. 225). Ifølge Torgersen (2005) har diagnosen en høy prevalens, på cirka 2 % (ibid., p. 129). Forekomsten av diagnosen er muligvis enda høyere i Skandinavia. Torgersen, Kringlen & Cramer (2001) fant en forekomst på 5 prosent i en undersøkelse utført i Oslo, Norge (ibid., p. 591). Resultatene fra de empiriske undersøkelsene viser at personlighetsforstyrrelsen Avoidant Personality Disorder er en av de hyppigst

forekomne personlighetsforstyrrelsene. Det er denne gruppen vi ønsker å undersøke mer inngående i vår oppgave.

Selv om statistikken viser at Avoidant Personality Disorder er en av de hyppigste forekomne personlighetsforstyrrelsene, får personlighetsforstyrrelsen i dag lite oppmerksomhet. En mulig forklaring på dette, er at Avoidant Personality Disorder ikke er like synlig i psykiatrien, eller aktiverer helsevesenet på samme måte som andre mer dramatiske personlighetsforstyrrelser gjør. Undersøkelser viser imidlertid at lidelsen Avoidant Personality Disorder har betydelige negative konsekvenser for individets livskvalitet. Ifølge en undersøkelse utført av Wilberg et al. (2009) viser resultater at individer med Avoidant Personality Disorder oftere har lavere utdanning, de mangler sosial støtte, de har lavere livskvalitet, større grad av interpersonelle problemer og opplever ofte psykiske symptomer (ibid., p. 393). Dette kan resultere i at de ofte lever et isolert og ensomt liv. I tillegg anslås det at Avoidant Personality Disorder medfører like stor psykososial hemning som Borderline Personlighetsforstyrrelse (ibid.). Det er dermed ingen tvil om at individer med denne lidelsen ofte opplever en svekket livskvalitet.

1.2 Problemformulering

Hva kjennetegner personlighetsforstyrrelsen Avoidant Personality Disorder, og hvordan kan vi med utgangspunkt i biologiske-, utviklingspsykologiske-, og sosialpsykologiske teorier forstå utviklingen og forekomsten av lidelsen? Hvilke behandlingsformer finnes det i dag, og kan man anvende Mentaliseringsbasert Terapi i behandlingen av individer med lidelsen Avoidant Personality Disorder?

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Avoidant Personality Disorder i DSM-V (2013)

Oppgaven forsøker å undersøke *etiologien* bak utviklingen og opprettholdelsen av de deskriptive fremstillingene av diagnosen Avoidant Personality Disorder i World Health Organization ICD-10 (2011) og American Psychiatric Association,

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V (2013), som er a-teoretiske, ikke-etnologiske, og deskriptive klassifikasjonssystemer. Selv om vi ønsker å undersøke etiologien, herunder hvordan biologiske-, utviklingspsykologiske-, og sosialpsykologiske risikofaktorer fører til utviklingen og opprettholdelsen av lidelsen, forutsetter dette en redegjørelse for hvilken diagnose vi har valgt å forholde oss til. En diagnose er en deskriptiv beskrivelse av en bestemt tilstand hos et individ, basert på deres symptombylde, som foreligger på bakgrunn av en klassifisering laget ved bruk av et klassifikasjonssystem (Egidius, 2008, p. 93). I DSM-V heter diagnosen vi ønsker å undersøke Avoidant Personality Disorder, og på dansk heter diagnosen Evasiv Personlighetsforstyrrelse (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 257). I ICD-10 betegnes denne lidelsen som Engstelig (unnvikende) Personlighetsstruktur (ICD-10, F60.6). Vi har i vår oppgave valgt å anvende den amerikanske betegnelsen på diagnosen Avoidant Personality Disorder i DSM-V. I DSM-V klassifiseres Avoidant Personality Disorder (APD¹) på følgende måte (DSM-V, 2013, p. 646);

”Et vedvarende mønster av sosial hemning og tilbakeholdenhet, følelser av utilstrekkelighet og hypersensitivitet mot negativ evaluering, som begynner i tidlig voksne alder, og som er tilstede i en rekke sammenhenger. Diagnosen er definert av syv understående kriterier, hvor minst fire ut av syv skal være tilstede:

- 1. Unngår yrkesmessige aktiviteter som involverer signifikant interpersonell kontakt på grunn av frykt for kritikk, misbilligelse, eller avvisning.*
- 2. Unngår å bli involvert med andre mennesker, med mindre de er sikre på at vedkommende liker han/henne.*
- 3. Viser tilbakeholdenhet i intime forhold, på grunn av skamfølelse og frykt for å bli latterliggjort.*
- 4. Er besatt av frykt for å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner.*
- 5. Er hemmet i nye interpersonelle situasjoner på grunn av følelser av utilstrekkelighet.*
- 6. Ser på seg selv som sosialt inkompetent, mindre interessant, eller underordnet andre.*

¹ Diagnosen Avodiant Personality Disorder vil heretter forkortes og betegnes som APD.

7. *Er ofte motvillig til å ta personlige sjanser for å delta i nye aktiviteter grunnet frykt for å bli ydmyket” (ibid.).*

De overordnede karakteristikk i DSM-V er at individer med APD opplever et omfattende mønster av sosial hemning, er tilbakeholdende i interpersonelle situasjoner og relasjoner, grunnet at de opplever stor angst, følelse av utilstrekkelighet og sosial inkompetanse. Individer med APD er karakterisert ved å være overdrevent oppmerksomme ovenfor andres følelser og sinnstilstander. De er preget av å være skye, overfølsomme, frykter kritikk, avvisning og ydmykelse, hvilke medfører at de ofte trekker seg tilbake eller isolerer seg fra andre mennesker (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 256-257). Deres atferd er også ofte preget av hemning i intime relasjoner, fordi de frykter latterliggjørelse, ydmykelse og opplever ofte stor angst og skamfølelse (ibid., p. 393).

1.3.2 Risikofaktorer

Vi ønsker i denne oppgaven å undersøke mulige risikofaktorer for utviklingen og opprettholdelsen av APD, for å finne noen mulige kausale faktorer for hvorfor noen personer utvikler lidelsen APD, og på denne måten ha mulighet for å finne patogenetiske mekanismer, samt undersøke hvilke personer som det er viktig å rette en særlig forebyggende eller behandlingsmessig innsats mot (ibid.). Risikofaktorer kan inkludere atferdsmessige aspekter, en miljømessig eksponering, en nedarvet egenskap, eller en faktor ved personens livsstil, som på bakgrunn av epidemiologisk evidens er assosiert med en gitt sykdom (Mors, Sørensen & Parnas, 2010, p. 114).

1.3.3 Psykoterapeutisk behandling

Psykoterapi kan defineres som psykologiske behandlingsmetoder som ofte anvendes ved psykiske lidelser, hvor en eller flere kvalifiserte personer etablerer et profesjonelt forhold til en eller flere pasienter. Hensikten er symptomlindring og/eller endring av karaktertrekk, og/eller bedre emosjonell og sosial funksjonsmåte (Kringlen, 1975 i: Hougaard, 2004, p. 29).

1.3.4 Mentalisering

Bateman & Fonagy (2007) definerer mentalisering som en prosess hvor individet implisitt og eksplisitt fortolker egne og andres atferd som å være forbundet med intensjonelle mentale tilstander, som for eksempel antakelser, behov, ønsker, følelser og oppfattelser. Mentalisering handler grunnleggende om å forstå og skape mening av egne og andres atferd, hvilket tilsvarer å se seg selv utenfra og andre personer innenfra (ibid., p. 16).

1.4 Oppgavens hensikt og oppbygning

Besvarelsen på oppgaven har til formål å redegjøre for etiologien bak utvikling av APD, herunder hvordan biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer kan føre til utviklingen og opprettholdelsen av APD. Formålet er å undersøke den psykiske lidelsens beskaffenhet hos det enkelte individ. Vi mener at det kliniske forskningsfelt har behov for et perspektiv som ser nærmere på etiologien. Oppgavens overordnede mål er å redegjøre for om individer med APD kan behandles ved bruk av Mentaliseringsbasert Terapi (MBT). Vi har valgt å strukturere oppgaven på følgende måte;

Del 2: Avoidant Personality Disorder, avgrensning og diagnostikk

I oppgavens andre del behandles lidelsens definisjons-, og klassifikasjonsproblemer, herunder en redegjørelse for diagnosen APD i DSM-V, og en diskusjon i forhold til de vanskeligheter som er forbundet med klassifikasjonen i forbindelse med behandlingssammenheng, samt en forståelse for problematikken individer med APD kan oppleve. Det vil også redegjøres for Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD, på bakgrunn av at DSM-V kan kritiseres for å mangle validitet i utredningen av personlighetsforstyrrelser, og for å mangle en helhetlig beskrivelse av lidelsene, som igjen kan gjøre det vanskelig å sammenligne og differensiere mellom forskjellige personlighetsforstyrrelser (ibid., p. 138ff).

Del 3: Biopsykososial modell for utviklingen av APD

I oppgavens tredje del redegjør vi for, og kritisk diskuterer etiologien bak APD, herunder hvordan biologiske-, utviklingspsykologiske- og sosialpsykologiske

risikofaktorer kan føre til utviklingen og opprettholdelsen av APD. Vi vil argumentere for en biopsykososial modell som integrerer de tre forskningstradisjonene i et forsøk på å forstå utviklingen av APD, som tar hensyn til biologiske-, utviklingspsykologiske-, og sosialpsykologiske aspekter ved utviklingen av lidelsen, og som ser på utviklingen av APD som et kontinuerlig dialektisk samspill med omgivelsene. Overordnet kan det argumenteres for at besvarelsen er allmennpsykologisk og eklektisk. Vi integrerer forskjellige typer viten innenfor biologisk-, utvikling-, og sosialpsykologiske forskningstradisjoner, med henblikk på å skape en kompleks forståelse av utviklingen og vedlikeholdende faktorer for diagnosen APD (Ragans, 2012, pp. 33, 37). Ved å analysere, kombinere og integrere enkeltdisiplinenes ideologiske vitenskapsteoretiske innsikter, er formålet å oppnå nye forståelsesmåter i den vitenskapelige undersøkelsen av fenomenet APD, og som vil anvendes som evidens i vurderingen av hvilken behandlingsmetode som vil være mest hensiktsmessig i behandlingen av lidelsen.

Del 4: Psykoterapeutisk behandling av APD

I fjerde del vil det redegjøres for grunnprinsippene i de behandlingsformer som er aktuelle i behandlingen av APD i dag, herunder psykodynamiske, kognitive og interpersonelle behandlingsformer. Vi vil deretter undersøke i hvilken grad en Mentaliseringsbasert Behandling kan brukes i behandlingen av APD. Det vil i dette avsnitt bli foreslått en behandlingsveiledning og redegjørelse for terapeutiske strategier og intervensjoner som fremmer mentalisering og hvorvidt dette er hensiktsmessig i behandling av den psykiske lidelsens beskaffenhet.

Del 5: Diskusjon

Avhandlingens femte del innbefatter oppgavens diskusjon. Diskusjonsavsnittet innledes med en diskusjon om hvorvidt en kombinert mentaliseringsbasert individuell- og gruppeterapi med fokus på å øke mentaliseringsevnen og affektintegrasjon er effektivt i et terapeutisk arbeide med APD, før vi redegjør for våre overveielser i forhold til å anvende mentaliseringsbasert terapi i behandlingen av APD. Etterfølgende diskuterer vi begrepet evidens, og hvilken betydning kravet om evidensbasert behandling og dokumenterte effektundersøkelser har for anvendelsen av MBT i arbeidet med lidelsen APD, før vi diskuterer mulige konsekvenser innføringen av manualbasert behandling har i det terapeutiske arbeidet

med lidelsen APD. Vi vil deretter vurdere hvorvidt MBT egner seg til behandlingen av APD med utgangspunkt i Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell. Deretter redegjør vi for hvordan psykodynamisk, kognitiv, interpersonell og mentaliseringsbasert terapi arbeider med angst, og diskuterer hvorfor MBT egner seg i behandling av angst hos individer med APD. Diskusjonsavsnittet avsluttes med en overordnet oppsummering av de enkelte del-diskusjonene. I diskusjonsavsnittet vurderer vi overordnet i hvilken grad en mentaliseringsbasert behandling er effektiv i det terapeutisk arbeidet med lidelsen APD.

Del 6: Konklusjon

Konklusjonen besvarer oppgavens problemformulering, og gir en overordnet oppsummering av oppgavens hovedfunn.

Del 7: Perspektivering

I oppgavens perspektivering undersøkes det hvordan vi kan undersøke oppgavens resultater empirisk, gjennom bruken av Reflective Function Scale.

2. Avoidant Personality Disorder, avgrensning og diagnostikk.

2.1 Introduksjon

Følgende avsnitt har som formål å undersøke og kritisk diskutere APDs definisjons-, og klassifikasjonsproblematikk. Formålet med denne delen av oppgaven er å redegjøre for positive og negative sider forbundet med diagnostisering av lidelsen i dag, og dens betydning i et eventuelt behandlingsforløp. Samtidig ønsker vi å skape en forståelse for selve lidelsen, og problematikken individer med APD kan oppleve. Redegjørelsen for definisjons-, og klassifikasjonsproblematikker, samt forslag til en forståelsesramme av problematikken, leder opp til innføringen av en mer allmenn og integrert biopsykososial modell, som ser på etiologien bak utviklingen og opprettholdelsen av APD, hvilke det vil bli redegjort for senere i oppgaven (jf. 3). Følgende avsnitt innledes med en diskusjon om hvorvidt anvendelsen av DSM-V i

diagnostiseringen av APD, muligvis er en årsak til hvorfor mange individer med APD ikke blir oppdaget i behandlingssystemet. Deretter gjennomgår og kritisk diskuterer vi komorbiditet mellom APD og andre lidelser, diagnosekriteriene for APD i DSM-V, og mulige konsekvenser ved å anvende DSM-V til diagnostisering av lidelsen APD. Vi vil etterfølgende redegjøre for selve fenomenet APD med utgangspunkt i Millon & Davis (1996) sin modell, for å få en forståelse for de vanskeligheter individer med APD kan oppleve i deres hverdag.

2.2 Diagnosen Avoidant Personality Disorder i DSM-V

Avsnitt gjennomgår og kritisk diskuterer ord, begreper og konsekvenser i forbindelse med bruken av diagnosekriteriene for lidelsen APD i DSM-V (jf. 1.3.1). DSM-V er en deskriptiv diagnosemanual som etterstreber en teorinøytral adskillelse mellom ulike sykdomskategorier, beskrevet gjennom operasjonelle kriterier (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 199).

2.2.1 Er anvendelse av klassifikasjonssystemet en mulig årsak til at individer med APD ikke blir oppdaget?

En av de viktigste faktorene for effekten og behandlingsresultatet av en psykisk lidelse, er å oppdage selve lidelsen. Ifølge Kantor (2003) er det mange individer med APD som aldri blir oppdaget av behandlingssystemet, fordi deres problematikk og psykososiale hemning blir undervurdert (ibid., p. 18). En innvending i forhold til anvendelsen av diagnosesystemet DSM-V, er at det kan være vanskelig å trekke slutninger om hvorvidt mønstre av personlighetstrekk er avvikende eller normale, på grunn av at det omhandler variasjoner av personlighetstrekk som er tilstede hos alle individer (Perris & Perris, 2000, p. 24). Symptombildet til individer med APD blir ofte misforstått som værende et uttrykk for alminnelig skyhet, tilbakeholdenhet, eller introversjon (Kantor, 2003, p. 9). Kantor (2003) fremhever hvordan nærmiljøet, herunder familien, skolen, klassekamerater og psykolog ofte kan misforstå individets avvikende atferd som værende innenfor normalområdet, hvilket medfører at individet ikke blir tilbudt psykologisk behandling for APD. Samtidig klarer mange individer med APD å ivareta et arbeid, hvilket kan medføre at lidelsens sværhetsgrad og

hemmende innvirkning blir undervurdert (ibid., p. 10). Muligvis er problemet at mange av de symptomer en lidelse bestemmes ut fra også er allmenne menneskelige mekanismer. Vi kan alle oppleve skam, frykt for kritikk, mistroiskhet og sjenerthet, som kan ligne symptombildet til individer med APD. Individer som opplever angst kan for eksempel være utpreget fabulerende og paranoide i deres tankemønstre, uten at det nødvendigvis betyr at de oppfyller diagnosekriteriene for lidelsen APD. Utfordringer kan tenkes å ligge i at kriteriene som anvendes i lidelsens diagnostikk samtidig er allmenne kjennetegn ved den menneskelige psyke og dens funksjonsmåte. Det finnes i dag ingen entydige kriterier for en pålitelig og allmenngyldig forskjell i personlighetstrekk som beslutter i hvilken grad personlighetstrekk er normale eller avvikende (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 199). Det fremstår som viktig å utføre en grundig anamnese, hvor man undersøker etiologien bak individets problematikk for å oppdage lidelsen.

En annen faktor som kan ha innvirkning på hvorfor mange individer med APD ikke blir oppdaget av behandlingssystemet, er at det er liten sannsynlighet for at individer med APD søker hjelp hos en psykolog eller psykiatrisk klinikk for å be om behandling for en personlighetsforstyrrelse. En person med en personlighetsforstyrrelse oppsøker som regel hjelp på grunn av følgefenomener som for eksempel angst og depresjon (Dahl, 2010, p. 536). Individer med en personlighetsforstyrrelse har ofte en redusert sykdomsinnsikt, og trekkene kan av personen oppleves som jeg-syntone. Jeg-syntone trekk innebærer at symptomene er inkorporert i individets personlighet, hvilket kan føre til at individet selv opplever personlighetstrekkene som normale, selv om omgivelsene eller individets nære miljø kan oppleve atferden eller personlighetstrekkene som avvikende. Et avgjørende kritikkpunkt i forhold til å anvende DSM-V i diagnostiseringen av lidelsen APD, er at personer som oppfyller kriteriene for APD også oppfyller diagnosekriterier for en rekke andre lidelser, hvilket det vil bli diskutert mer inngående i neste avsnitt (jf. 2.2.2). Mange individer med APD opplever også en sterk motvilje mot å søke profesjonell hjelp, på grunn av at de har etablert et vedvarende mønster av sosial unngåelse og hemning i sosiale situasjoner og interpersonelle relasjoner, på grunn av stor skamfølelse, mindreverdighetsfølelse, og frykt for å bli latterliggjort og ydmyket. Overordnet fremstår det som viktig å gjennomføre en grundig anamnese og undersøke individets problematikk ut fra et integrert biopsykososialt perspektiv, som

både tar hensyn til individets biologiske-, utviklingspsykologiske- og sosialpsykologiske risikofaktorer, for å oppdage lidelsen APD.

2.2.2 Komorbiditet, et resultat av klassifikasjonssystemet?

Et kritikkpunkt ved klassifikasjonssystemet DSM-V er at diagnosekriteriene for APD overlapper med diagnosekriteriene for en rekke andre personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser. Dette medfører at individer som oppfyller de diagnostiske kriteriene for APD, også kan oppfylle diagnosekriteriene for andre personlighetsforstyrrelser eller symptomlidelser i klassifikasjonssystemet DSM-V (Alden et al. 2002, p. 2). Samtlige forekomster av flere diagnoser hos en og samme person, kalles for komorbiditet.

Millon & Davis (1996) påpeker hvordan personer som oppfyller kriteriene for lidelsen APD, også kan oppfylle kriterier for åtte andre personlighetsforstyrrelser, hvor den hyppigste forekomsten sees ved Personlighetsforstyrrelsene Depressiv-, Skizoid-, Paranoide, og Avhengig Personlighetsforstyrrelse (ibid., p. 271f). Ifølge et studie utført av Stuart et al. (1998) oppfyller 43% av individer som er diagnostisert med APD, diagnosekriteriene for Avhengig Personlighetsforstyrrelse (ibid., p. 307). Kantor (2010) påpeker også at det forekommer komorbiditet mellom APD og Personlighetsforstyrrelsene Tvangspreget-, Histrionisk-, Borderline-, og Skizotypisk Personlighetsforstyrrelse (ibid., pp. 72, 74, 77 & 89). Vi kan i denne utstrekning sette spørsmålstegn ved diagnosesystemets validitet, i forhold til om DSM-V undersøker det den har som formål å undersøke, og om diagnosekriteriene for APD er tilstrekkelig avgrensede fra andre personlighetsforstyrrelser. Et kritikkpunkt ved DSM-V er diagnosesystemets inndeling i forskjellige kategorier av personlighetsforstyrrelser, som overlapper hverandre i betydelig grad. Ifølge Mors, Sørensen & Parnas (2010) beskriver ikke diagnosekriteriene i DSM-V hele sykdomsbildet, patogenetiske hypoteser eller informerer om aktuell empirisk viten, fordi formålet med klassifikasjonssystemet er å differensiere mellom forskjellige typer lidelser, basert på symptombildet (ibid., p. 45). Dette fremstår imidlertid som problematisk, da de diagnostiske avgrensningene for APD i DSM-V er utilfredsstillende, fordi det forekommer høy komorbiditet mellom APD og andre personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser.

Et av de mest omtalte aspektene ved APD er den høye komorbiditeten mellom APD og symptomlidelsen Sosialfobi (Alden, Lynn, Laposa, Taylor, & Ryder, 2002, p. 4). Det er i dag et uklart skille mellom diagnosekriteriene for Personlighetsforstyrrelsen APD som ligger i akse II, og kriteriene for symptomlidelsen Sosialfobi som ligger i Akse I-Diagnoser i DSM-V. Diagnosene overlapper hverandre i forhold til at begge inneholder kriteriene lav selvtillit, oversensitivitet mot avvisning og sosial unngivelse (Procacci et al. 2007, p. 155). Kantor (2003) påpeker imidlertid at personer med sosialfobi hovedsakelig opplever symptomene begrenset til bestemte situasjoner hvor individet skal prestere (ibid., p. 87). Individer med APD har på den andre siden et vedvarende mønster av sosial unngivelse og hemning, grunnet mindreverdighetsfølelse og frykt for ydmykelse, og opplevelse av angst som kan føre til tilbaketrekningsatferd i sosiale-, interpersonelle-, og intime relasjoner (ibid.). En mulig differensiering mellom lidelsene er at individer med sosialfobi i større grad frykter sosiale situasjoner, hvorav individer med APD også frykter intime og nære relasjoner (Eikenæs, 2013, p. 5). Kantor (2003) argumenter for at individer med APD har betydeligere lavere livskvalitet og stor psykososial hemning, sammenlignet med individer med sosialfobi (ibid., p. 35). En mulig forklaring på dette er at symptomlidelsen sosialfobi antas å være en mer forbigående tilstand, hvor APD i større grad er relatert til varige personlighetstrekk av kronisk karakter (Jørgensen, 2009, p. 106). Det faktum at det forekommer en høy komorbiditet mellom APD og sosialfobi, til tross for både deskriptive og dynamiske forskjeller, kan være et resultat av at diagnosekriteriene for APD ikke er tilstrekkelige avgrensede eller presise. Den høye komorbiditeten mellom APD og sosialfobi kan også skyldes at diagnosesystemet DSM-V er kategorialt, rent deskriptivt og et teoriløst diagnosesystem. Diagnosekriteriene beskriver ikke manifestasjonen bak symptomene for APD, hvilke omhandler etiologien vedrørende hvorfor individet har utviklet et vedvarende mønster av sosial tilbakeholdenhet, overfølsomhet, frykt for kritikk og avvisning. Vi argumenterer for at man i større grad skal undersøke etiologien og manifestasjonen bak individets symptomer, herunder hvordan biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer, kan føre til utviklingen og opprettholdelsen av APD, hvilket det vil bli redegjort for mer inngående i senere avsnitt (jf. 3.).

Lidelsen APD har også en høy komorbiditet med depresjon. Ifølge Alden et al. (2002) viser resultater fra en rekke studier at APD er den personlighetsforstyrrelsen som er hyppigst assosiert med depresjon (Alden et al. 2002, p. 12). Individer med APD velger ofte en ensom tilværelse, hvor de isolerer seg fra andre mennesker, selv om de ofte har et sterkt ønske om et mer sosialt liv. Individets mangelfulle sosiale nettverk, belastende livsomstendigheter og sosiale isolasjon kan øke sårbarheten og dermed en risiko for å utvikle depresjon (Procacci et al. 2007, p. 163). Individer med APD har som tidligere nevnt ofte redusert sykdomsinnsikt, hvor trekkene kan oppleves som jeg-syntone. Dette kan føre til at personer med lidelsen APD går med lidelsen lenge alene, før de oppsøker profesjonell hjelp. Når individer med APD først oppsøker hjelp, er det ofte på grunn av følgefenomener som for eksempel angst og depresjon, hvilket kan være en mulig forklaringen for den høye komorbiditeten mellom APD og depresjon (Dahl, 2010, p. 536). Den høye forekomsten av depresjon hos pasienter med APD, forutsetter at behandlere har kjennskap til etiologien og særlige problemstillinger forbundet med APD, for å oppdage lidelsen.

2.2.3 Våre overveielser i forhold til anvendelsen av DSM-V til diagnostisering av lidelsen APD

På den ene siden kan det argumenteres for å anvende DSM-V i diagnostiseringen av APD, grunnet at diagnosesystemet er teorinøytralt, hvilket betyr at det ikke tar utgangspunkt i en bestemt teoretisk oppfattelse, men derimot fenomenets fenomenologiske fremtredelsesformer (Jørgensen, 2009, p. 114). Dette medfører en høy reliabilitet, hvor klinikere fra forskjellige etiologioppfattelser og behandlingsteorier kan anvende det samme diagnosesystemet (ibid., p. 115). Diagnosesystemet har høy interraterreliabilitet, som omhandler diagnosemanuaens konsistens og troverdighet, og vedrører spørsmålet om hvorvidt to forskjellige observatører kan gi samme diagnose på bakgrunn av samme symptomer hos en klient (ibid.). Det forekommer også mange praktiske fordeler forbundet med å anvende DSM-V til diagnostisering av APD, ettersom DSM-V er relativt velkjent og anerkjent diagnosesystem, som er innarbeidet hos de fleste klinikere, hvilket muliggjør en forståelig kommunikasjon mellom klinisk praksis og forskning. En annen praktisk fordel ved bruken av DSM-V er at diagnosen kan utløse

pasientrettigheter, resultatmidler, samt nasjonal og internasjonal statistikk over hvilke behandlingsformer som gir behandlingseffekt, som igjen kan ha innvirkning på helsedirektoraters finansieringsordninger i forhold til hvilke sektorer regjeringen bevilger støtte for eventuelle tiltak. På den andre siden kan anvendelse av diagnosemanualen kritiseres for å ha lav klinisk nytteverdi, på bakgrunn av at de eksisterende behandlingsformene for APD i større grad tar utgangspunkt i lidelsens etiologi og dynamikk (Jørgensen, 2009, p. 115). Ut fra dette perspektivet kan anvendelsen av DSM-V som etterstreber et ensidig fokus på den deskriptive fremstillingen av APD, uten teoretisk forankring, fremstå som noe avgrenset. Det kan argumenteres for at anvendelsen av DSM-V på den ene siden er reliabel, men på den andre siden muligvis mindre valid som basis for å tilrettelegge psykoterapi og behandling for hvert enkelt individs problematikk (Hougaard., 2004, p. 169).

Det er i diagnosemanualen lite fokus på å forstå individets symptombilde som en manifestasjon på underliggende biologiske-, sosialpsykologiske, eller utviklingspsykologiske risikofaktorer som for eksempel tilknytningstraumer og et usikkert tilknytningsmønster. For at et individ skal oppfylle diagnosekriteriene for APD i DSM-V, skal det være tale om *”et vedvarende mønster”*, som skal være *”stabil”* med *”lang varighet”* og som skal begynne *”i tidlig voksen alder”*. Det vedvarende mønsteret skal være tilstede i en rekke sammenhenger, og individet skal oppfylle minst fire ut av syv kriterier som omhandler kognisjon, interpersonell funksjon, følelser og impulskontroll (jf.1.3.1). Diagnosekriteriene nevner ikke noe om individets etiologi, i forhold til mulige forklaringer på hvorfor individer med APD utvikler et vedvarende mønster av sosial tilbakeholdenhet og hemning i interpersonelle relasjoner, overfølsomhet, engstelse, mindreverd, frykt for kritikk og avvisning. Diagnosemanualenes kategoriseringer i forskjellige sykdomslidelser som egentlig er konstruksjoner, blir allikevel i større grad i dag anvendt som konkrete, riktige enheter (Høye, 2013, p. 1329). Vi stiller oss undrende til diagnosens validitet, i forhold til om APD som diagnose i virkeligheten representerer et valid og riktig bilde av lidelsen. Et kritikkpunkt i forhold til DSM-V sin inndeling i sykdomskategorier, operasjonalisert ved spesifikke symptomer og tegn, er at det kan føre til konkrete prototypiske forståelser av lidelsen, hvor man kan bli letende etter en-til-en-forklaringer (ibid.). Personlighetsforstyrrelsen APD forsås som en prototypekategori, hvor bestemte individer kan ligne i større eller mindre grad

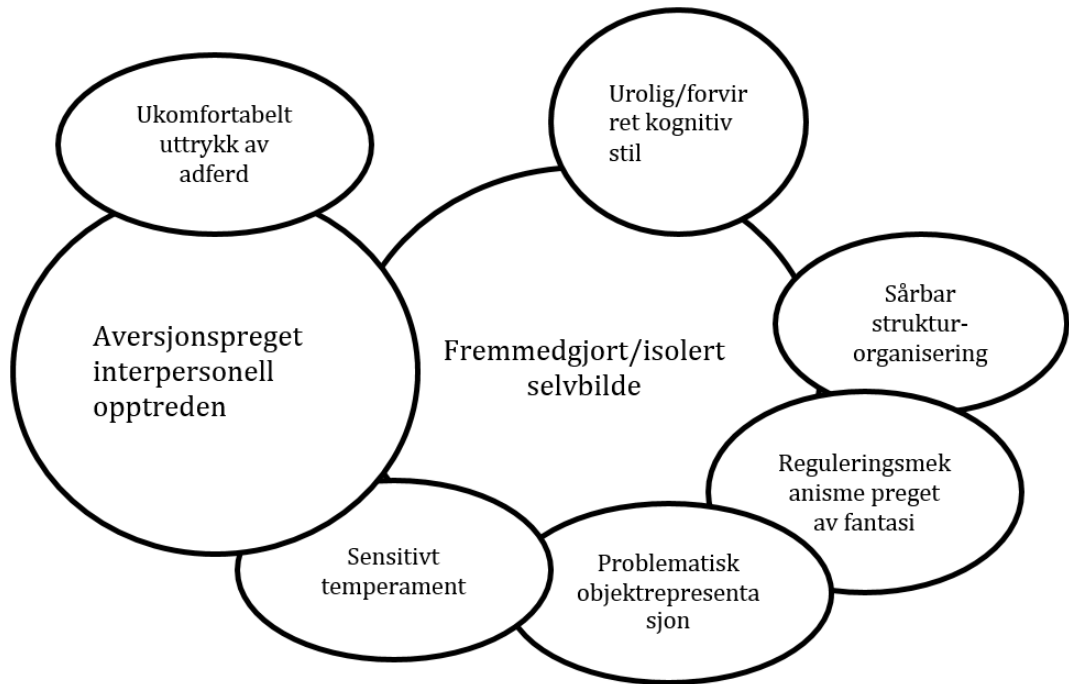
(Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 200). En negativ side ved dette er at det kan oppstå omfattende komorbiditet, i forhold til å avgrense APD fra andre diagnoser, samt definere bestemte trekk ved lidelsen. Mulige avvik fra prototypen, kan i henhold til diagnosemanualen tilskrives komorbiditet (Høye, 2013, p. 1329). Klassifikasjonssystemet DSM-V kan også kritiseres for å tingsliggjøre problematikken, hvor anvendelsen av en diagnose kan fungere som et uttrykk for en spesifikk sykdom som kan avgrenses. Dette kan ha negative konsekvenser fordi individuelle forskjeller som avviker fra prototypen muligvis ikke blir undersøkt tilstrekkelig (Perris & Perris, 2000, p. 43). Vi mener at det er viktig å i større grad identifisere etiologien, sykdomsforløpet, samt få en forståelse for selve fenomenet og den problematikken individer med APD har i hverdagen, for å skape en mer åpen tilnærming og forståelse for det enkelte individs fenomenologiske opplevelser. Overordnet kan det argumenteres for at de eksisterende sykdomskategoriene i DSM-V som tar utgangspunkt i lidelsens deskriptive fremtredelsesformer og symptomer, hindrer en mer omfattende forståelse av APD som tar hensyn til den psykiske lidelsens beskaffenhet.

2.3 En beskrivelse av fenomenet APD

I de foregående avsnittene har vi presentert diagnosen APD, og vi har diskutert problemer i forbindelse med å forstå lidelsen ut ifra en symptombasert diagnose. I dette avsnittet vil vi redegjøre for hva APD er for et fenomen, ved å se på hvilke psykologiske fenomener som inngår i denne lidelsen. Avsnittet starter med en redegjørelse av Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD (ibid., p. 262). Denne modellen benyttes for å gi et mer helhetlig bilde av fenomenet APD. De ulike delområdene ved Millon & Davis (1996) sin modell vil deretter beskrives nærmere, ut fra modellens funksjonelle og strukturelle områder. De funksjonelle områdene innebefatter ukomfortabelt uttrykk av atferd, aversjonspreget interpersonell opptreden, urolig/forvirret kognitiv stil og reguleringsmekanismer som er pregede av fantasi. Modellens strukturelle område inkluderer et fremmedgjort isolert selvilde, besværlige objektrepresentasjoner, en sårbar struktur og organisering, og et sensitivt temperament. Det vil deretter følge en oppsummering av modellen, og en argumentasjon for implementeringen av delområdet angst i modellen.

2.3.1 Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD

Millon & Davis (1996) sin modell for utredning av personlighetsforstyrrelser er utformet med utgangspunkt i at personligheten er et konstrukt med en rekke perspektiver som må integreres (Millon & Davis, 1996, p. 137). Den benytter seg av fire historiske tilganger til studiet av psykopatologi; en atferdsmessig-, fenomenologisk -, intrapsykisk-, og biofysisk tilgang (ibid., p. 138). Disse områdene utgjør ulike faktorer i et individs personlighet, der det atferdsmessige området kan relateres til individets atferd, det fenomenologiske området omhandler individets subjektive opplevelse, det intrapsykiske området omhandler blant annet intrapsykiske strukturer, erfaringer og prosesser, og det biofysiske området inkluderer fysiologiske komponenter som er med på å danne psyken (ibid.). Modellen inneholder i tillegg en differensiering mellom strukturelle og funksjonelle aspekter av personligheten, og disse forstås som å være helhetsskapende aspekter av organismen. Modellens strukturelle aspekter ved personligheten omhandler personer med APD sine psykiske strukturer som har blitt dannet gjennom blant annet oppveksterfaringer og utvikling. Modellens funksjonelle områder ved personligheten omhandler hvordan individer med APD interagerer med andre, og hvordan de fungerer i sosiale og interpersonelle relasjoner og situasjoner. Millon & Davis (1996) kritiserer DSM for å mangle validitet i utredningen av personlighetsforstyrrelser, og for å mangle en helhetlig beskrivelse av lidelsene, som igjen kan gjøre det vanskelig å sammenligne og differensiere mellom forskjellige personlighetsforstyrrelser (ibid., p. 138ff). Nedenstående Figur 1 viser et visuelt bilde for Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD, som inneholder 8 underkategorier som illustrerer ulike delområder ved lidelsen (Millon & Davis, 1996, p. 262).



Figur 1. Millon & Davis (1996) prototypiske modell for APD (Millon & Davis, 1996, p. 262).

Ifølge modellen medfører individets *fremmedgjorte og isolerte selvbilde* en urolig kognitiv stil, en sårbar strukturorganisering, reguleringsmekanismer som er preget av fantasi, problematiske objektreelasjoner, og et pinlig lidende temperament. Det fremmedgjorte selvbildet har også en forbindelse til en aversjonspreget interpersonell opptreden, på samme måte som et sensitivt temperament kan medføre den aversjonspregede interpersonelle opptreden. Denne kan igjen medføre et ukomfortabelt uttrykk av adferd.

2.3.2 De funksjonelle områdene i Millon & Davis (1996) sin modell

De funksjonelle områdene i modellen omhandler dynamiske prosesser, som forekommer i individer med APD sin intrapsyriske verden, og mellom individet og personens psykososiale miljø (ibid., p. 141).

2.3.2.1 Ukomfortabelt uttrykk av adferd

Kategorien ekspressive handlinger er en av kategoriene som plasserer seg under de funksjonelle områdene i Millon & Davis (1996) sin modell. Ekspressive handlinger er observerbare på atferdsmessig nivå, ved at de beskriver individets atferd (ibid., p. 141f). For personer med APD beskrives disse som ukomfortable, med engstelige emosjonelle hemninger og kontrollert fysisk adferd (ibid., p. 261). Individer med APD har en tendens til å overreagere og de er usikre i sosiale situasjoner. Situasjonene vurderes også som å være potensielt svært ubehagelige, og at situasjonene innebærer en potensiell risiko for at de blir kritisert, eller ydmykede. Deres fysiske fremtreden er ofte svært kontrollert, med episoder hvor de mister kontrollen, og snakker usammenhengende, eller stammer. De bruker mye energi på å kontrollere deres emosjonelle reaksjoner, og for å regulere deres angst (ibid.).

2.3.2.2 Aversjonspreget interpersonell opptreden

Neste kategori i de funksjonelle områdene er kategorien interpersonell opptreden. Kategorien interpersonell opptreden beskriver individer med APD sin interpersonelle opptreden og relateringsstil i interpersonelle relasjoner og situasjoner (ibid., p. 142). Den inkluderer hvordan deres holdninger påvirker andre mennesker, hva de selv gjør for å imøtekomme sine behov, og hvordan de håndterer konflikter og sosiale utfordringer (ibid.). Personer med APD karakteriseres ofte av en aversjonspreget interpersonell opptreden, hvor de ofte benytter seg av unngåelse og tilbaketrekning ved konflikter og problemer (ibid., p. 261). De har ofte en lang historie med sosial isolasjon, for å unngå ydmykelse og avvisning. De unngår nære relasjoner, med mindre de er helt sikre på at de blir akseptert (ibid.). Personer med APD er ofte sjenerte i sosiale situasjoner, som kan medfører en klossete interpersonell opptreden. Dette har igjen en innvirkning på den interpersonelle interaksjonen, ved at andre ofte oppfatter de som kalde og avvisende (ibid., p.162). Procacci et al. (2007) beskriver hvordan individer med APD er tilbøyelige til å føle emosjonene angst og forlegenhet, som kan være en mulig årsak til deres aversjonspregede relateringssevne, på grunn av at de kan frykte en aktivering av disse emosjonene (ibid., p. 154).

2.3.2.3 En kognitiv stil preget av uro og forvirring

Neste kategori i Millon & Davis (1996) sin modell er kognitiv stil. Kategorien er fenomenologisk og omhandler individets oppmerksomhet; hvordan det koder og prosesserer informasjon, organiserer tanker, attribuerer, kommuniserer reaksjoner og ideer til andre (ibid., p. 143). Disse aspektene skal reflektere individets forringede stil, eller forstyrrede tenking (ibid.). Individer med APD er preget av en vaksom og overdreven overvåkning av andre mennesker (ibid., p. 263). De er kontinuerlig på vakt, og de opplever ofte forstyrrende tanker, som ser ut til å oversvømme deres forsøk på å opprettholde psykisk kontroll (ibid.). Overvåkenheten kan anses som en beskyttelsesfunksjon fra andres antatte kritikk, men den kan også forstås som en hemmende faktor, ved at individer med APD mister fokus på hva som faktisk skjer i en situasjon (ibid.). Ifølge Procacci et al. (2007, p. 156) er individer med APD kjennetegnet ved en redusert metakognisjon. De har blant annet problemer med å identifisere og definere mentale tilstander i seg selv og andre, ved at de har vanskeligheter med å se om årsakene bak disse tilstandene skyldes indre faktorer, eller relasjonelle faktorer (ibid.). Ifølge Millon & Davis (1996) forekommer de kognitive forstyrrelsene oftest i sosiale situasjoner, hvor personer med APD opplever høyere årvåkenhet og emosjonelt kaos (ibid., p. 263). Selvsentrering og medfølgende emosjoner som angst eller forlegenhet forstås også å være hemmende på metakognisjonen hos individer med APD (Procacci et al., 2007, p. 157).

2.3.2.4 Reguleringsmekanismer som er pregede av fantasi

Kategorien som omhandler regulatoriske mekanismer beskriver individets selvbeskyttende mekanismer, behovsgratifikasjon og håndtering av konflikter (Millon & Davis, 1996, p. 143). Kategorien beskriver hvilke forsvarsmekanismer individet benytter seg av i håndteringen av de overnevnte aspektene (ibid., p. 144). Mekanismene er intrapsyriske prosesser som fører til at prosessene er vanskeligere å observere, og må dermed konseptualiseres teoretisk (ibid.). Individer med APD prøver ofte å ødelegge eller fortrenge smertefulle tanker og følelser (ibid., p. 264). De forsøker i stor grad å tillegge egne tanker og kommunikasjon mindre signifikant verdi, og de har en tendens til å undertrykke deres emosjoner (ibid.). Personer med APD ønsker heller å oppleve disharmoni, enn å uttrykke eller oppleve å være seg selv, som de finner problematisk (ibid.). Kantor (2010) beskriver hvordan individer

med APD har en forsvarspreget atferd, kjennetegnet ved forsvarsmekanismer som identifikasjon med aggressor, masochisme, fortrenging, forskyvning, intellektualisering og regresjon (ibid., p. 16). Ut ifra deres unngåelsesstrategi er det også mulig at individer med APD benytter seg av mer syntone forsvar. Forsvaret er kjennetegnet ved å være automatisk og ubevisst, og blir synlig i interpersonelle relasjoner, og har som formål å forsvare personen mot følelsesmessig nærhet (Selva, 2010, p. 26). Ifølge Millon & Davis (1996) må angst, ønsker og impulser holdes tilbake, avvises eller transformeres. En unnvikelsesadferd kan i denne sammenheng beskytte individer med APD mot en følelsesmessig relasjon til andre mennesker. I forhold til denne påstanden beskriver Kantor (2010) at individer med APD ofte frykter å bli oversvømt av emosjoner, da det kan få dem til fremstå svake hvis de er kvinner, eller mer feminine hvis de er menn (ibid., p. 11). En annen strategi individer med APD også tar i bruk er isolering, hvor de trekker seg tilbake for å se på tv eller spiller computerspill (Procacci et al. 2007, p. 163). Et problem med denne midlertidige løsningen er at isoleringen medfører at de ofte føler seg enda mer ensomme (ibid.).

2.3.3 Det strukturelle området

De funksjonelle områdene i Millon & Davis (1996) sin modell omhandler interaksjonen mellom individer med APD og andre mennesker. De funksjonelle områdene beskriver også individer med APD sine intrapsyriske prosesser. Det strukturelle området relaterer seg til andre områder i personligheten. Strukturelle egenskaper omhandler vedvarende grunnlag for minner, holdninger, behov, frykt og konflikter (Millon & Davis, 1996, p. 144). Disse kan igjen påvirke erfaringer og livshendelser som individet opplever. Psykiske strukturer er med på å påvirke hvordan vi oppfatter verden, og de inneholder internaliserte minner og affekter, som igjen er assosiert med konsepter av selvet og interpersonelle relasjoner. Strukturene, som ofte dannes tidlig i individets liv, kan føre til uhensiktsmessig adferd, og gjentakelsesmønstre av personlighetspatologi (ibid.).

2.3.3.1 Et fremmedgjort og isolert selvbilde

Selvilde er en av kategoriene som inngår i modellens strukturelle område, og inngår i den fenomenologiske kategorien. Millon & Davis (1996) beskriver denne kategorien som å omhandle hva som er en selv, det vil si hvilke definerende aspekter som finnes i individet (ibid., p. 145). Personens selvilde handler om hvordan man oppfatter seg selv, og også hvordan individet tror at andre oppfatter dem. Individer med APD har ofte et fremmedgjort og isolert selvilde som er preget av kritikk, og at de ser på seg selv som latterlige, mindre interessante og interpersonelt utilstrekkelige (ibid., p. 263). Egne prestasjoner blir ofte devaluert av individer med APD og de opplever hyppig angst og tristhet. Deres fremmedgjorte selvilde påvirker deres tolkning av verdenen og fremtiden. De føler seg fremmedgjort blant andre mennesker, og de frykter å bli ekskludert på grunn av det de opplever som skamfulle og forlegne følelser over seg selv (Procacci et al., p. 160).

2.3.3.2 Besværlige objektrepresentasjoner

Millon & Davis (1996) beskriver hvordan individets objektrepresentasjoner omhandler tidligere signifikante erfaringer, som påvirker personenes psykiske struktur. Disse erfaringene har en innvirkning på hvordan individet oppfatter nye opplevelser, hendelser og relasjoner (ibid., p. 145). På lik linje med kategorien ”fremmedgjort og isolert selvilde”, plasserer kategorien ”besværlige objektrepresentasjoner” seg i den fenomenologiske kategorien. Individer med APD har ofte konfliktfylte objektrepresentasjoner med fortidige signifikante personer (ibid.). De problematiske erfaringene til individer med APD påvirker hvordan de håndterer sine impulser, konflikter og ytre stressorer (ibid.). Resultatet av dette er at de ofte opplever både ytre og indre psykisk ubehag, enten i form av hva de antar at andre tenker om dem, eller gjennom sitt eget fordømmende selvilde. Gjennom de internaliserte ødeleggende holdningene til sitt eget selv opplever de ikke i særlig høy grad en belønning i det de oppnår, men finner derimot skam, devaluering eller ydmykelse (ibid., p. 263f). Man kan dermed anta at tidligere dårlige objekter vedvarer fra barndommen, og at disse objektene ikke bare farger selvbildet til individer med APD, men også ytre objekter i interpersonelle relasjoner. Jørgensen (2009) beskriver at en psykisk realitet som ikke oppleves som en objektiv realitet

ofte projiseres ut i omverdenen, og ved forskjellige ubevisste prosesser påvirker dette det interpersonelle samspillet gjennom disse objektene (ibid., p. 263).

2.3.3.3 En sårbar strukturert personlighetsorganisering

Den tredje kategorien i modellens strukturelle område er individets personlighetsstruktur. Kategorien ligner Kernbergs (1984) teori om personlighetsstruktur, hvor et strukturelt intervju brukes for å vurdere om individet har en nevrotisk, borderline, eller psykotisk struktur. Her inngår blant annet vurdering av realitetstesting, identitetsintegrasjon og forsvarsmekanismer (ibid., p.27). Millon & Davis (1996) påpeker at et individs personlighetsstruktur også bør inneholde informasjon om evnen til å opprettholde balanse og harmoni, reguleringen av indre konflikter og mediere ytre press (ibid., p. 145). Personer med APD tenderer til å ha en skrøpelig psykisk kontroll, og kan ofte oppleve å miste kontrollen som følge av komplekse og vanskelige emosjoner (ibid., p. 264). En unngåelsesmekanisme eller fluktmekanisme blir ofte benyttet av individer med APD for å opprettholde en form for psykisk kontroll (ibid.). Personer med APD frykter ydmykelse og avvising, og deres interpersonelle relasjoner påvirkes i stor grad av dette (ibid.). Et kjerneaspekt ved APD er ifølge Procacci et al (1999, i: Procacci et al 2007, p.154) at individer med APD ønsker nære relasjoner, men når de er i en relasjon føler de seg ofte ekskluderte eller fastlåste. Millon & Davis (1996) beskriver hvordan individer med APD ofte er kjennetegnet av nettopp en slik konflikt, konflikten om et ønske om nærhet, men samtidig frykter de å bli avvist (ibid., p. 264).

2.3.3.4 Et sensitivt temperament

Den siste kategorien i Millon & Davis (1996) sin modell er en biofysisk kategori. Det biofysiske området i denne modellen omhandler individets dominerende trekk, og hvor intensivt og hyppig personen uttrykker disse affektene (ibid., p. 146). Disse uttrykksmåtene kan ifølge Millon & Davis (1996) også relateres til individets biologiske predisposisjoner. Individer med APD kjennetegnes av en følelsesmessig tilstand som er preget av spenninger, tristhet og sinne (ibid., p. 265). Årsaken til dette skyldes den overnevnte pågående konflikten, hvor de har et sterkt behov for nærhet, men en kraftig frykt for å bli ydmyket, latterliggjort og avvist. Det er blitt foreslått at

personer med APD har en overdreven aktivering mot trusler eller antatte trusler, på grunn av at de hele tiden forventer at andre vil ydmyke eller avvise dem. Dette relateres til deres medfødte engstelige og urolige temperament (ibid., p. 265). Millon & Davis (1996) argumenterer videre for at individer med APD opplever eksterne stimuli som mer intense, grunnet en høyere sensitivitet i deres limbiske system (ibid.).

2.3.4 Oppsummering av Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD

Millon & Davis (1996) sin modell er blitt nærmere beskrevet i oppgaven for å illustrere fenomenet APD i en annen forklaringsramme enn den diagnostiske forklaringsmodell. Modellen viser at APD er et fenomen som består av mange ulike, interagerende komponenter, som opptre atferdsmessig, fenomenologisk, intrapsykisk og biofysisk. De ulike komponentene viser seg både i individets psykiske struktur, og i personens psykiske funksjon. Underkategoriene i Millon & Davis (1996) sin modell kan også anses å være gjensidige forklaringer. For eksempel har individer med APD sitt fremmedgjorte selvbilde en relasjon til alle de andre underkategoriene, med unntak av uttrykk for adferd. Et fremmedgjort selvbilde kan medføre at individer med APD ofte er på vakt ovenfor andre mennesker, fordi de frykter at andre vil bekrefte deres negative selvbilde. Dette kan igjen føre til en aversjonspreget adferd i interpersonelle relasjoner, fordi de frykter avvisning og ydmykelse. På samme måte kan et fremmedgjort selvbilde også skyldes en aversjonspreget interpersonell opptreden. Ved at individer med APD velger å trekke seg tilbake, eller ved at de kan fremstå som uengasjerte i sosiale situasjoner, kan andre mennesker oppleve personen som mindre interessert, eller avvisende. Dette kan resultere i at individer med APD opplever at andre tar avstand fra dem, og dermed bekreftes deres fremmedgjorte og isolerte selvbilde. Et annet eksempel er hvordan fortidige strukturer som objektrepresentasjoner kan forme deres selvbilde, og deres internaliserte og ødeleggende holdninger fører til at de hele tiden devaluerer seg selv, og sine prestasjoner. En mulig hypotese er at individer med APD tar i bruk unngåelsesstrategier for å minske ubehaget de opplever i de ulike områdene i Millon & Davis (1996) sin modell.

2.3.5 En alternativ modell?

Selv om Millon & Davis (1996) sin modell inkluderer en rekke aspekter kan det etterlyses en større vektlegging av rollen angst spiller i denne lidelsen. Ifølge Dahl (2010) kan APD forstås som en permanent tilstand av angst, da individer med denne lidelsen ofte karakteriseres av anspenhet, usikkerhet, mindreverd, samtidig med at de er meget følsomme ovenfor kritikk fra andre mennesker. Angsten kan være så stor at de også unngår visse dagligdagse situasjoner, som kan trigge angsten (ibid., p. 559). Opplevelsen av angst er ofte kjennetegnet av en aktivering av det autonome nervesystemet, hvor hjertet begynner å banke raskere, utskillelse av svette forekommer, og en følelse av at personen må være forberedt på at en potensiell trussel aktiveres. David Barlow (2000) beskriver angst som «*en unik og koherent kognitiv-affektiv struktur i vårt defensive motivasjonssystem*» (ibid., p. 1249). Angst kan dermed forstås som en mekanisme som har som formål å beskytte individet mot potensielle trusler.

I Millon & Davis (1996) sin modell kan angst forbindes til en rekke av underkategoriene. Den biofysiske delen som omhandler temperament, tar utgangspunkt i at individer med APD kan ha en mer sensitiv aktivering i forhold til trusler i det nevrobiologiske systemet (Millon & Davis, 1996, p. 265). Angst spiller også en rolle for den aversjonspregede relateringsstilen til mennesker med APD, da angst som en emosjon hyppig oppleves i interpersonelle relasjoner. Angst kan også ha en innvirkning på individer med APD sin kognitive stil, og angst kan redusere eller påvirke individets metakognitive evner (ibid.). Angst er også en av følelsene individer med APD prøver å unngå gjennom sine regulatoriske mekanismer, gjennom blant annet tilbaketrekning. Dette skjer både i interpersonelle relasjoner, og i ensomhet. Individer med APD kan også oppleve angst som følge av deres negative selvilde, hvor de opplever angst på grunn av at de frykter at andre skal se eller merke alle feilene de selv føler de innehar, og de frykter at andre skal gjennomskue dem. De kan også oppleve angst som følge av problemer med nære relasjoner på grunn av deres fremmedgjorte selvilde. Følelsene individer med APD opplever kan også genere angst, da de har en forventning om ydmykelse, eller avvisning i interpersonelle relasjoner. De kan oppleve skamfølelse og forlegenhet, samt konfliktfylte følelser mellom nærhet og trygghet.

Ut ifra den overnevnte beskrivelsen fremstår angst å spille en sentral rolle i lidelsen APD. På samme måte som Millon & Davis (1996) sine kategorier påvirker hverandre, kan også angst komme som følge av et fremmedgjort selvilde, eller på grunn av besværlige objektrelasjoner. Angst kan dermed argumenteres for å være et følgefennomen for forbindelsene mellom de strukturelle og funksjonelle kategoriene i Millon & Davis (1996) sin modell.

3. En biopsykososial modell for utviklingen av APD

3.1 Vitenskapsteoretiske overveielser

3.1.1 Avhandlingens optikk

Formålet med denne delen av oppgaven er å undersøke etiologien, hvilket innebefatter hvordan biologiske-, utviklingspsykologiske-, og sosialpsykologiske risikofaktorer, og deres innbyrdes komplekse samspill bidrar til utviklingen og opprettholdelsen av APD. Vi vil gjennomgå de predisponerende faktorene som fremstår som mest relevante for utviklingen av APD innenfor de ulike perspektivene, for å belyse og samtidig integrere de ulike forskningsområdenes forståelser av fenomenet. Formålet er redegjøre for en interaksjonistisk psykososial begrepsmodell for utviklingen av APD (Perris & Perris, 2000, p. 70). Vi vektlegger overordnet at utviklingen av APD trolig er et resultat av et komplekst kontinuerlig samspill mellom biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske på den ene siden, og det enkelte individ på den andre siden. Dette samspillet fremstår som avgjørende for individets sårbarhet og hvorvidt en person utvikler APD. I henhold til oppgavens problemformulering; *Hvordan kan vi med utgangspunkt i biologiske-, utviklingspsykologiske-, og sosialpsykologiske teorier forstå utviklingen og forekomsten av lidelsen Avoidant Personality Disorder?* (jf. 1.2) ønsker vi å kartlegge mulige risikofaktorer som sammen kan bidra til å skape et grunnlag for forståelsen av etiologien. Dette inkluderer mulige manifestasjoner bak symptomene

og problematikken til individer med APD. Overordnet kan det argumenteres for at de ulike risikofaktorene utgjør akkumulerende virkninger, hvor utviklingen av APD trolig er et resultat av et komplekst interagerende samspill mellom biologiske -, utviklingspsykologiske-, og sosialpsykologiske fenomener.

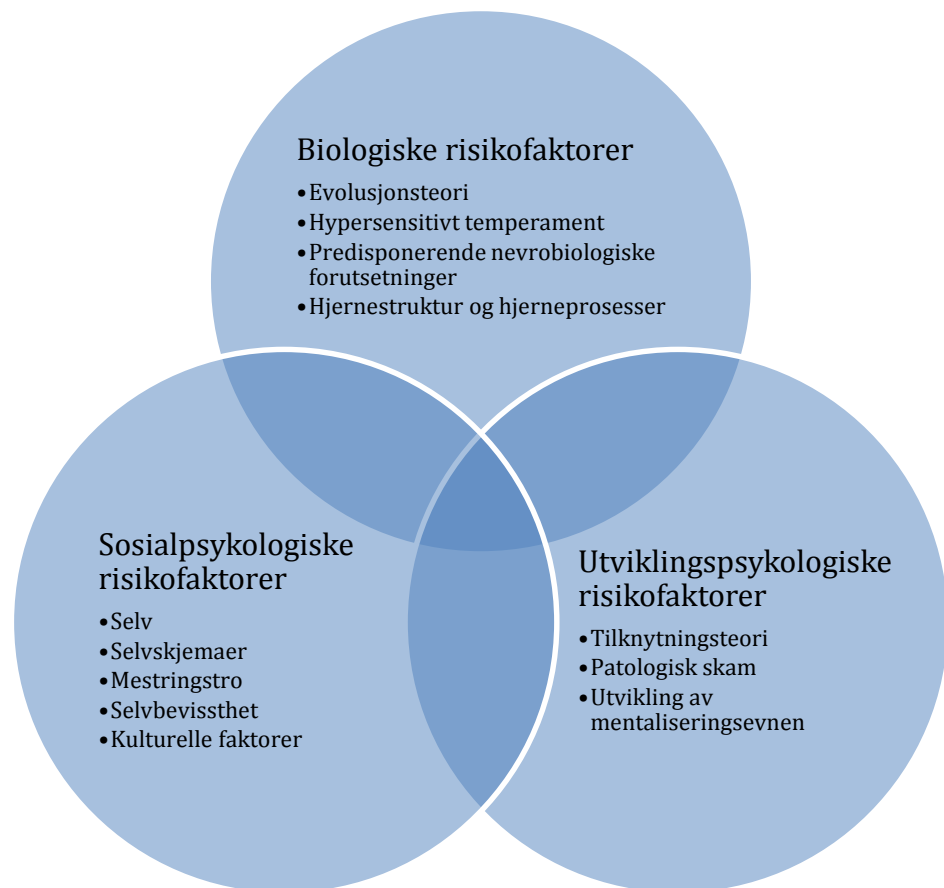
3.1.2 Valg av forståelsesramme

Besvarelsen av oppgavens Del 3 er allmennpsykologisk og eklektisk. Vi integrerer forskjellig typer viten innenfor biologiske-, utviklingspsykologiske, og sosialpsykologiske forståelsesrammer, med henblikk på å skape en mer kompleks forståelse for utviklingen og opprettholdelsen av APD (Ragans, 2012, pp. 33, 37). Innenfor allmennpsykologien er det ifølge Preben Bertelsen (2000) et ønske om å organisere teoriene i gjensidige sammenhenger, i et forsøk på å oppnå et samlet bilde av fenomenet, i et interdisiplinært perspektiv (ibid., p. 21). I besvarelsen av oppgavens problemformulering kan det argumenteres for at valg av biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske teorier i den antropologiske allmennpsykologien plasserer seg i tre forskjellige vitenskapelige dimensjoner; naturhistorisk, livshistorisk, og kulturhistorisk. Ifølge Bertelsen (2000) skal alle forklaringsdimensjonene inndras for å oppnå en komplett forståelse av fenomenet APD, uten å lage unødvendige reduksjoner av disse (ibid., p. 49).

Biologiske teorier for utviklingen av APD plasserer seg innenfor det naturhistoriske domene, hvor utviklingen av APD forankres i menneskets kroppslige anatomi. I dette perspektivet redegjør vi for hvordan APD oppstår som et resultat av individets biologiske og nevrofysiologiske mulighetsbetingelser, men også hvordan mennesket har utviklet seg evolusjonært (ibid., p. 50). Vi har valgt å redegjøre for mulige biologiske risikofaktorer for utviklingen av APD, ettersom individets bevissthet og tankevirksomhet er forbundet med individet biologiske legeme, som fungerer gjennom biokjemiske prosesser. De utviklingspsykologiske teoriene i oppgaven plasserer seg i den livshistoriske tilgangen. Dette perspektivet fokuserer på hvordan negative oppveksterfaringer, tilknytningsmønstre, traumer i tilknytningsforholdet, og utviklingen av patologisk skam kan føre til etableringen av negative indre arbeidsmodeller og en dysfunksjonell mentaliseringsevne (ibid., p. 51). Ifølge det livshistoriske perspektivet kan individet utvikle APD som et resultat av deres særlige

livshistorie, utviklingskrefter og de utviklingsmuligheter som individet har til rådighet (ibid., p. 52). Oppgavens sosialpsykologiske teorier plasserer seg i den kulturhistoriske tilgangen. Dette perspektivet undersøker utviklingen av APD ut fra kulturhistoriske mulighetsbetingelser, hvor vi grunnleggende undersøker hvordan sosialpsykologiske mekanismer og sosiokulturelle rammebetingelser som individet lever under, kan ha en innvirkning på utviklingen av lidelsen (ibid., p. 51). Mennesket er sosialt strukturert, og menneskesinnet er alltid påvirket av grupper eller kulturen som individet er en del av, og menneskesinnet forutsetter en interaksjon med en sosial kontekst eller en sosial prosess. De sosialpsykologiske teoriene gir en mulig forklaring på hvordan kulturen setter rammer for individet, og hvordan individets sosiale interaksjon kan utgjøre mulige risikofaktorer for utviklingen og opprettholdelsen av APD (ibid.).

De tre psykologiske domenene, omhandler forskjellige og til dels flertydige forståelser for hvorfor individet utvikler APD. Dersom domenene forstås som alene, kan de kritiseres for å være mangelfulle i besvarelsen av oppgavens problemformulering, ved at de ikke gir noen overordnede mønstre, eller entydige, innsiktsgivende, forklarende og handlingsanvisende svar på utviklingen og opprettholdelsen av APD. Det kan argumenteres for at de valgte teoretiske forskningstradisjonene er tilbøyelige til å fokusere på reduserte deler av fenomenet, uten å ta høyde for eller inndra de andre teoretiske tradisjonene. Ved å redegjøre for de tre disiplinene forsøker vi å sette de forskjellige innsikter og forståelser inn i en brukbar relasjon og forbindelse med hverandre, hvilket muliggjør et pluralistisk vitenskapssyn av gjenstandsfeltet. På bakgrunn av dette interdisiplinære og tverrvitenskapelige grunnlag, kan dette føre til et samlet og relevant bilde av den særlige menneskelige psyke, og identifikasjon av de mest grunnleggende predisponerende faktorene for utviklingen og opprettholdelsen av APD (ibid., p. 52). I overensstemmelse med Bertelsen (2000) er de tre teoretiske forskningstradisjonene ikke hverandres motsetninger, men hverandres forutsetninger. De utgjør selvstendige, men samtidige vesentlige perspektiver for å oppnå en forståelse for fenomenet APD. Nedenstående figur viser et visuelt bilde av oppgavens valg av forståelsesrammer;



Figur 2

3.1.3 Et holistisk perspektiv

Den generelle referanserammen for Del 3 kan i grunnleggende trekk sies å være holistisk, fordi vi forsøker å undersøke et helhetssyn vedrørende etiologien bak utviklingen av APD. I overensstemmelse med holon-begrepet er utviklingen av APD et resultat av en integrert helhet, som individet agerer i, og hvor de ulike risikofaktorer interagerer med hverandre innbyrdes (Ragans, 2012, p. 214). Selv om vi har valgt å oppdele biologiske, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer for utviklingen av en individuell sårbarhet i separate avsnitt, er det viktig å være oppmerksom på det komplekse samspillet og interaksjonen mellom de ulike risikofaktorene. Dette vil det bli analysert for gjennomgående i avsnittene, men også i en avsluttende oppsummering. Modellen kan også sies å være heuristisk, i den betydning at de valgte teorier genererer forskjellige hypoteser og mulige forklaringer til hvorfor individet utvikler APD, hvilket igjen kan øke forståelse av lidelsen APD (Perris & Perris, 2000, p. 82).

3.1.4 Oppgavens erkjennelse av viten

Den vitenskapelige undersøkelsen av virkeligheten forutsetter en seleksjon av egenskaper ved erkjennelsesobjektet. Som konsekvens blir enkelte egenskaper trukket frem på bekostning av andre, hvilket omtales som metodisk reduksjon (Ragans, 2012, p. 200). Metodisk reduksjon er det filter som muliggjør at teoriene kan beskjeftige seg med avgrensede deler av fenomenet APD (ibid.). Erkjennelsesvinklingen vi har valgt å beskjeftige oss med i vår oppgave er som tidligere nevnt etiologien bak utviklingen av APD, og hvilken betydning etiologien har for behandlingen av APD. Ifølge Bertelsen (2000) er det forskjell på virkeligheten og den vitenskapelige erkjennelse av virkeligheten. Ontologisk teoretisk vitenskap defineres som læren om det virkelige, eller verden som den eksisterer i seg selv. Fenomenet APD har en ontologisk status, hvor fenomenet i virkeligheten eksisterer uavhengig av om det finnes en teori om fenomenet eller ikke. Alt har i prinsippet en ontologisk status, men man kan ha forskjellig vitenskapsteoretiske tilnærminger i undersøkelsen av denne virkeligheten. Redegjørelsen for den biopsykososiale modellen for utviklingen av APD kan sies å være epistemologisk. En epistemologisk orientering innebærer at utviklingen av APD er preget av vår subjektive forståelse, og valg og bearbeidelse av ulike teorier og forståelsesrammer (Christensen, 2005, p. 12). I besvarelsen av oppgavens problemformulering redegjør vi for de tre forskningstradisjoners forståelse av fenomenet APD, avgrensninger og koblinger til hverandre, i et forsøk på å skape nye innsikter, sammenhenger og entydige svar for etiologien bak lidelsen APD. Selv om de tre psykologiske disiplinene beskjeftiger seg med avgrensede deler av fenomenet, kan man overordnet si at de henger sammen, fordi de omhandler den samme virkelighet.

Overordnet forankrer vi oss i en vitenskapsteoretisk forståelsesramme som avspeiler realisme. I overensstemmelse med realismens betingelser er både biologiske-, utviklingspsykologiske-, og sosialpsykologiske teorier forankret i virkeligheter. Redegjørelsen for etiologien bak lidelsen APD har også pragmatisk effekt i den forstand at redegjørelsen anvendes som evidens og handlingsanvisninger i vurderinger av hvorvidt psykodynamisk-, kognitiv-, interpersonell- eller en mentaliseringsbasert behandlingsmodell og intervensjonsprinsipper er mest effektiv i

behandlingen av individer med APD (Berstelsen, 2001, p. 10). Realismen fremhever at det ikke finnes en sann teori eller intervensjonsstrategi i forståelsen og behandlingen av individer med lidelsen APD. Biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske teorier for utviklingen av APD viser hvert deres perspektiv av samme gjenstand, men som sammen er avgjørende for å oppnå en samlet forståelse for den psykiske lidelsens beskaffenhet. De ulike risikofaktorene er kompatible med hverandre ved at de inngår i gjensidige akkumulerende virkninger, hvor de hver for seg undersøker avgrensede deler av samme fenomen, men hvor de sammen er avgjørende i erkjennelsen av lidelsen APD (Bertelsen, 2000, p. 40). Dette er årsaken til at vi har valgt å redegjøre for både biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer for utviklingen av lidelsen. Selv om kritikere potensielt vil mene at vi forøker å beskrive for mange perspektiver for utviklingen av APD, mener vi at det er avgjørende å beskrive relevant teori innenfor de tre forskningstradisjonene, fordi vi mener de hver for seg undersøker avgrensede deler av fenomenet APD, men hvor de sammen er avgjørende i den vitenskapelige undersøkelsen av APD, og som videre vurderingsgrunnlag i valg av intervensjonsprinsipper og behandlingsmodell. Grunnforståelsen i denne oppgaven er at utviklingen av APD er et interagerende fenomen. Ved å analysere, kombinere og integrere enkeltdisiplinenes vitenskapsteoretiske innsikter, kan det føre til nye forståelseskontekster i den vitenskapelige undersøkelsen av fenomenet APD (ibid.).

3.1.5 Risikofaktorer for utviklingen av APD ut fra Preben Bertelsens (2000) begrep om resonans

I henhold til Preben Bertelsens (2000) begrep om resonans eksisterer utviklingen av APD i verdenen, og med dens forbindelse med omverdenen. Utviklingen av APD kan overordnet inndeles i individuelle risikofaktorer og kontekstuelle risikofaktorer. Bertelsen (2000) anvender begrepet *resonans*, for å beskrive hvordan alt i verden eksisterer i en gjensidig forbindelse med omverdenen, i en slags resonans (ibid., p. 144). Utviklingen og opprettholdelsen av APD er ifølge Bertelsen (2000) et uttrykk for en resonans, eller i en resonans med noe annet. Begrepet resonans brukes for å beskrive noe som har gjenklang i noe annet. Et eksempel på dette er en streng på en fiolin som begynner å svinge og gi lyd fra seg, og hvor det er annen tilsvarende lyd i

rommet, som setter lyden fra fiolinen i sving. På samme måte fungerer det psykiske ifølge Bertelsen (2000). Utviklingen av APD fungerer i henhold til Bertelsen (2000) som et rom der lyd forplanter seg og skaper muligheter for individet (ibid.). Utviklingen av APD kan ses som et resultat av en dynamisk interaksjon, hvilket tilsvarer ”svingninger” mellom individuelle risikofaktorer og kontekstuelle risikofaktorer. Individet er også selv en aktiv deltaker i denne dialektiske interaktive prosessen, under hele dens livslange utvikling (ibid.). Vi antar at dette fortløpende samspillet mellom individet og biologiske-, utviklingspsykologiske, og sosialpsykologiske risikofaktorer predisponerer individet for en sårbarhet som muligvis kan føre til utviklingen av APD (ibid.).

I individer med APD sine biologiske nivåer finner vi for eksempel resonanser i form av et medfødt hypersensitivt temperament og et sensitivt stressresponssystem, som er i resonans med individets indre psykiske struktur som fenomenologiske opplevelser som tanker, følelser, forestillinger om seg selv og andre. Utviklingen av personens indre psykiske strukturer er også i resonans med omverdenen, hvor utviklingen av individets mentaliseringsevne, affektregulering, sammenhengende psykologiske selv og indre arbeidsmodeller, er i resonans med individets tidlige opplevelser i tilkynningsrelasjonen med den primære omsorgsgiver. Personens indre psykiske strukturer er igjen i resonans med omverdenen, herunder risikofaktorer i kulturen og samfunnet. Risikofaktorer for utviklingen av APD er således i en resonans med omverden, på grunn av dens forbundenhet med omverden. Begrepet *resonans* er veldig relevant i besvarelsen av oppgavens problemformulering, fordi den forklarer hvordan barnet utvikler seg eller svinger i forhold til de muligheter som barnet blir utsatt for. Bertelsen (2000) fremhever at utviklingen av et psykisk fenomen er et resultat av en unik resonans mellom individet og dets omgivelser. Ut fra ovenstående overveielser er det viktig å se på utviklingen av APD i de omverdensforbindelser og sammenhenger fenomenet inngår i.

Bertelsens begrep om resonans kan også illustrere hvilke vanskeligheter anvendelse av DSM-V til diagnostisering av lidelsen APD kan medføre. I henhold til Bertelsens (2000) begrep om resonans, skal man undersøke personens fenomenologiske opplevelse av problematikken, deres sykdomsforløp og etiologien bak utviklingen av APD, for å få en forståelse for lidelsens kompleksitet. Dersom man utelukkende

forholder seg til de deskriptive symptomene til diagnosen APD, fremstilt i DSM-V, kan det føre til at vi ikke er i samme resonante forbindelse med fenomenet, hvilket kan skape en økt distanse og lite valide konstruksjoner av individets subjektive fenomenologiske opplevelse av lidelsen. Gjennom å kartlegge de ulike risikofaktorene som predisponerer for utviklingen av APD, kan det bidra til å minske denne avstanden, slik at vi i større grad kan sette oss inn i etiologien og problematikken, og dermed innta deres perspektiv. Risikofaktorene er i resonans med hverandre, og utgjør samlet et distribuert system av mangfoldige resonante faktorer, som hver for seg har sin egen aktivitet, men som sammen har en innvirkning på hva som foregår i individets subjektive fenomenologiske opplevelse av verden (Bertelsen, 2000, p. 144). Redegjørelsen for den biopsykososiale modell for utviklingen av APD er også avgjørende for vurderingen av hvilken behandlingsform og intervensjonsprinsipper som er særlig tilpasset den psykiske lidelsens beskaffenhet. Utviklingen av APD kan tolkes som en bottom-up og top-down relasjon, hvor risikofaktorene har en uatskillelig dobbelthet, som gjensidig påvirker hverandre. Sett nedenfra og opp er individets psykiske struktur konstruert av biologiske prosesser. Dersom man ser ovenfra og ned er det eksistensen av de høyere nivå i psyken, og kontekstuelle risikofaktorer som organiserer og konstruerer de nedre nivåer og biologiske prosesser (ibid.). Det er det innbyrdes dynamiske samspillet mellom risikofaktorene, som bestemmer hvorvidt individet utvikler APD. Gjennom å redegjøre for de ulike risikofaktorenes resonante forbindelser, kan det føre til økt vitenskapelig kunnskap om utviklingen og opprettholdelsen av APD, hvilket vi vil senere i oppgaven anvende som vurderingsgrunnlag for valg av hvilken behandlingsmetode og intervensjonsprinsipper som er mest effektive i behandlingen av APD.

3.2 Biologiske risikofaktorer for utviklingen av APD

Utviklingen og opprettholdelsen av APD kan ha flere årsaksfaktorer. I følgende avsnitt vil vi redegjøre for en evolusjonær og biologisk teoriramme for utviklingen og opprettholdelsen av APD. Vi antar at utviklingen av APD er et resultat av et

samspill mellom medfødte biologiske betingelser, og individets samspill med omgivelsene. Avsnittet innledes med et evolusjonært perspektiv for utviklingen av APD. Deretter redegjøres det for arvelige komponenter ved APD, henholdsvis hvordan et medfødt temperament og personlighetstrekk muligvis skaper en sårbarhet for utviklingen av APD. Det vil deretter beskrives hvordan dysfunksjoner i biokjemiske og nevrofysiske prosesser kan predisponere individet for en sårbarhet, som muligvis kan føre til utviklingen av APD. Etterfølgende presenteres en nevrobiologisk tilgang til metakognisjon, og hvorledes svikt i biologiske prosesser kan føre til svekkede metakognitive evner, som tilsynelatende inngår som sentral problematikk hos individer med APD. Avsnittet om biologiske risikofaktorer avsluttes med en kort oppsummering og vurdering av besvarelsen av oppgavens problemformulering.

3.2.1 Et evolusjonistisk perspektiv vedrørende utviklingen av APD

Denne delen vil ta utgangspunkt i et evolusjonistisk perspektiv, hvor det redegjøres for om APD kan forklares ut ifra en evolusjonspsykologisk modell. Evolusjonspsykologi vektlegger hvordan aspekter ved den menneskelige psyke er blitt til gjennom en naturlig seleksjon, hvor de mest adaptive aspektene står igjen som følge av mange år med evolusjon (Kennair, 2012, p. 95). Et grunnfundament i denne psykologiske grenen er om psykiske mekanismer er adaptive, og hvorvidt de øker sannsynligheten for individets overlevelse. Adapsjon er et resultat av seleksjon, og i den evolusjonistiske psykologi handler adapsjon om utviklingen av mentale mekanismer som har som formål å håndtere utfordringer, som truer vår overlevelse eller reproduksjon (ibid., p. 94). I denne sammenheng vil emosjonene angst, frykt og skam forklares ut fra et evolusjonistisk perspektiv. Individer med APD opplever ofte en gjennomtrengende angst, hvor de er engstelige for hva andre mennesker tenker og mener om dem. De kan oppleve frykt i sosiale situasjoner, som trigger en fluktadferd, og de skammer seg ofte over seg selv og deres fremmedgjorte selvbylde. Dette avsnittet vil starte med en presentasjon av hva som kjennetegner emosjonene frykt og angst, og i hvilke situasjoner disse emosjonene kan utspille seg for individer med APD. Deretter følger en redegjørelse av individer med APD sin opplevelse av

sosial angst, og hvordan dette kan henge sammen med følelsen av skam, som i likhet med frykt og angst opprinnelig har en adaptiv funksjon.

3.2.1.1 Emosjonene frykt og angst

Det fremstår som at symptombildet hos individer med APD kan i stor grad være preget av emosjonene angst og frykt. Skårderud (2013) beskriver emosjoner som å være et aktivert adferdsmønster som involverer hele organismen (ibid., p. 761), og Barlow (2000) beskriver emosjoner som å være medfødte reaksjonsmønstre eller responsmønstre utviklet hos de fleste organismer, på bakgrunn av deres funksjonelle signifikans (ibid., p. 1249). Emosjoner kan anses å være forbundet med menneskets evolusjon, da emosjonene ikke bare aktiverer en handling, men de kan også brukes som et kommunikasjonsmiddel hvor eksempelvis fare kommuniseres (Skårderud, 2013, p. 761). Emosjoner kan dermed forstås å være forbundet med overlevelse, på grunn av deres adaptive funksjon. Fryktemosjonen anses ofte som en basisemosjon som eksisterer både hos dyr og mennesker (Panksepp, 1998, p. 46). Emosjonen frykt aktiverer ofte en *fight or flight* respons, og gjør organismen klar til kamp eller flukt. Responsen kan med et nevrobiologisk perspektiv forklares som en aktivering av det sympatiske nervesystemet, som igjen utskiller en rekke stresshormoner. Frykt resulterer i at individet går i alarmberedskap, som igjen mobiliserer en hurtig respons både fysisk og kognitivt når vi står ovenfor en truende situasjon (Barlow, 2000, p. 1251). Angst kan på samme måte som frykt anses som en handlingsaktiverende emosjon, da angsten ofte medfører tilbaketrekkningsrespons, tvangspregede ritualer eller overtroisk atferd (Barlow, 2000, pp. 1249, 1251). Likevel fremstår også disse emosjonene som forskjellige i det atferdsmessige uttrykket av emosjonen. Angst blir definert av Barlow (2000) som en sammenhengende kognitiv og affektiv struktur i vårt defensive motivasjonssystem, som resulterer i et ukontrollert fokus på mulige fremtidige trusler eller farer (Barlow 2000, p. 1249). Frykt blir derimot beskrevet som en emosjon som aktiveres når en fare er tilstede (ibid.). Emosjonene er like i den forstand at de har en handlingsaktiverende funksjon, men et skille ligger i fryktens her og nå rettede fokus, og angstens fremtidige fokus. Kennair (2012) deler den samme forståelsen av angst og frykt, og påpeker at angst opptrer når det ikke finnes en nåværende trussel eller fare, og at forsvarsresponsen igangsatt av angsten ikke er

nødvendige for unngå truslene (ibid., p. 98). Ut fra denne forståelsen kan man argumentere for at angst ikke har en adaptiv funksjon i den forstand at den aktiverer en fryktrespons uten at det finnes en potensiell trussel. På en annen side vil en mangel på angst ikke gagne individet, da angsten gjør at vi ikke utsettes for farer vi kanskje ville opplevd uten angst, og den motiverer personen til å endre en gitt atferd (ibid.). Sylvers, Lilienfeld & LaPrairie (2010) argumenterer for at angst og frykt ligner hverandre både strukturelt og funksjonelt, men at de medfører emosjonelt forskjellige tilstander (ibid., p. 124). Frykt kan forstås som en motivator for unnvikelsesadferd, som øker personens overlevelsesmuligheter i en truet situasjon. (ibid.). Angst blir derimot forstått som en emosjon som motiverer til overdreven overvåkning, som igjen medfører at individet er ekstra sensitiv ovenfor ekstern stimuli (ibid.). Funksjonen til fryktresponsen kan dermed forstås som å være forbeholdt håndteringen av en akutt trussel her og nå. Angstresponsen kan forstås som å være forbeholdt fremtidige trusler. I den forstand kan en anta at personer med APD opplever frykt når de trekker seg fra sosiale situasjoner, eller sosiale vanskeligheter som de opplever her og nå. På samme måte kan man argumentere for at angsten manifesteres utover her og nå situasjoner. Begge emosjoner kan anses som adaptive i den forstand at de aktiveres ovenfor trusler eller antatte trusler, slik at individet klargjøres til å håndtere truslene de står ovenfor.

3.2.1.2 Ostrakisme

Angst og frykt kan anses som adaptivt da disse emosjonene medfører en adferd, som øker sannsynligheten for overlevelse. For individer med APD er det ikke en generell angst eller frykt som preger deres symptom bilde, det er en angst og frykt for relasjoner og sosiale situasjoner. Denne aversjonen kan fremstå som uhensiktsmessig og mindre adaptiv, da sosial kontakt kan anses som nødvendig både for overlevelse og videreføring av gener. Til tross for at sosial angst kan virke reduserende for individets adaptive funksjon, finnes det likevel noen evolusjonistiske forklaringer på hvorfor vi opplever sosial angst. Det eksisterer også teorier som hevder at sosial angst kan anses som adaptivt. Et eksempel er teorien om ostrakisme. Ostrakisme er et interpersonelt aversjonspreget fenomen, som opptrer blant mennesker og sosiale dyr (Williams, 2007, p. 427). Ostrakisme innebærer at en person blir ignorert, eller utstøtt fra en gruppe personen har en tilhørighet til (ibid.). Ostrakisme eller sosial

utstøtelse har en adaptiv funksjon på gruppenivå. Ved hjelp av sosial utstøtelse kan gruppen kvitte seg med individer, som ikke har den nødvendige gruppeadferden (Gilbert & McGuire, 1998, p. 101). Et eksempel i denne forbindelse kan være individer som lyver, eller ikke gir gjensidig hjelp til de andre i gruppen (ibid.). En sosial gruppe har også en adaptiv funksjon for individet. Ifølge Baumeister & Leary (1995, i: Williams, 2007, p. 427) har alle mennesker et behov for å være en del av en gruppe hvor de føler tilhørighet, opplever sikkerhet, og som øker sjansene for reproduksjon og god mental helse. Ifølge Williams (2007) aktiverer sosial utstøtelse angst, som medfører en prososial adferd for å prøve å forhindre utstøtelse (ibid., p. 428). Kennair (2002), argumenter videre for at menneskets sosiale behov for tilhørighet blir truet av sosial utstøtelse (ibid., p. 98). Individer med APD kan ut ifra denne forklaringsmodellen ha det samme medfødte behovet for å være en del av en gruppe, og de søker denne tilhørigheten, dermed opplever de angst og frykt for å bli ekskludert. Likevel velger som oftest individer med APD å trekke seg fra sosiale situasjoner, som kan anses som et paradoks når de nettopp har behov for denne tilhørigheten. Ifølge Williams (2007) kan individer som opplever å kontinuerlig bli ignorert eller ekskludert utvikle en kronisk form for ostrakisme (ibid., p. 442). Av frykt for å oppleve en total sosial utstøtelse vil individer med kronisk ostrakisme ha en overdreven sensitivitet ovenfor sosialt truende signaler, og de kan i tillegg gi uttrykk for at de ikke ønsker risikabel sosial interaksjon (ibid., p. 443). Individer med APD fremstår ikke bare som overdrevent sensitive ovenfor sosiale trusler, men kan også ofte oppfattes som å mangle interesse i sosial kontakt. Et annet kjennetegn ved individer som har opplevd sosial utstøtelse gjentatte ganger er at de ofte aksepterer den sosiale isoleringen, eller aksepterer at de har et lavt selvverd, fremfor å ta opp kampen med denne oppfattelsen (Zadro, 2004, i: Williams, 2007, p. 443). Dette mønsteret kan også forekomme hos individer med APD, hvor forsvarsstrategien er preget av flukt, eller tilbaketrekning. Ifølge Kennair (2012) er unnvikelsesmekanismen til mennesker med sosial angst en av de minst adaptive forsvarsmekanismene, fordi den fører til at personen unngår adaptive sosiale relasjoner (ibid., p. 98). En kan dermed argumentere for at det ikke er angsten som er maladaptiv, men derimot håndteringen av angsten. Individer med APD kan i denne sammenheng ha innarbeidet en form for kronisk ostrakisme, som er kjennetegnet av en flukt-preget håndtering av angsten de opplever.

3.2.1.3 Skam

Skam er en følelse som kan være forbundet med angst og frykt. Individuer med APD opplever ofte skam, som bidrar til en aversjonspreget adferd eller angst for hva andre mennesker tenker om dem. Skamfølelse har på samme måte som sosial angst en sosial funksjon for individet. Skam kan anses som en underdanig respons aktivert av en sosial trussel (Gilbert & McGuire, 1998, p. 102). Den adaptive funksjonen i denne sammenheng er å minimere sannsynligheten for en konflikt, for å unngå risiko for angrep eller sosial utstøtelse (ibid.). På samme måte som sosial angst bidrar til å redusere sannsynligheten for ostrakisme kan skam bidra til å redusere sannsynligheten for at konflikter intensiveres, og individet unngår enten angrep eller sosial utstøtelse. For individer med APD kan skamfølelsen, som ofte vekker emosjoner som angst eller frykt, ha en forbindelse med det sterke ønsket om å passe inn. Skam kan også ofte forekomme hvis personer som ikke følger de regler og normer som eksisterer i en gruppe, og skam kan også hjelpe til med å definere hierarkiet i sosiale grupper (ibid., p. 103). Skam kan dermed være en måte å regulere forholdet mellom barn og foreldre, eller mellom kamerater og venner. Skammen individer med APD opplever kan dermed forklares som en adaptiv mekanisme for å få innpass i en gruppe, men på samme måte som håndteringen av angst gjennom en dysfunksjonell forsvarsstrategi, kan også skammen de opplever i samvær med andre mennesker bære preg av en uhensiktsmessig tilbaketrekning.

3.2.1.4 Svikt i avlesning av emosjoner

Emosjonene angst, frykt og skam er emosjoner som påvirker lidelsesbildet til personer med APD. Til tross for at emosjonene opprinnelig har en adaptiv funksjon, kan de også medføre psykiske problemer. En mulig forklaring på hvorfor disse emosjonene skaper vanskeligheter for personer med APD er at de har en svekket evne til å avlese emosjoner hos andre og hos seg selv. Mentale egenskaper som gjør at en forstår seg selv og andres emosjoner kan anses å være selektert gjennom evolusjon for å gi individet en bedre adaptiv funksjon (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 761). Vår evne til å avlese andres og våre egne emosjoner, kan dermed forstås som å være evner vi har utviklet, gjennom naturlig seleksjon. Med andre ord kan en si at vi som artsvesen har evnen til å forstå og avlese emosjoner, men likevel

opplever for eksempel individer med APD et problem med akkurat dette. Årsaken til en utvikling av en svekket mentaliseringsevne vil bli redegjort i det utviklingspsykologiske avsnittet.

3.2.1.5 Oppsummering av oppgavens evolusjonistiske avsnitt

Ut ifra den ovenstående redegjørelsen for det evolusjonistiske perspektivet på angst, frykt og skam viser det seg at disse aspektene, som er en stor del av APD lidelsen, ikke trenger å være maladaptive. Derimot viser det seg at disse emosjonene opprinnelig har en adaptiv funksjon, som skal øke sannsynligheten for vår overlevelse. Frykt og angst er begge emosjoner som skaper en handlingsrespons i individet, og de skal forberede oss for akutt fare og fremtidig fare. Mangel på disse emosjonene kan medføre at individets overlevelse trues, da de for eksempel ikke tar trusselen de står ovenfor på alvor. I tillegg kan sosial angst og skam forklares som nødvendige emosjoner for å fremme tilhørighet og unngåelse av sosial eksklusjon. Det har blitt vist at problemet ikke nødvendigvis ligger i emosjonene, men derimot håndteringen av disse. Det at personer med APD ofte benytter seg av en tilbaketrekkningsstrategi medfører ikke bare psykiske vanskeligheter. Tilbaketrekningen kan også anses som maladaptiv i den forstand at individet isolerer seg, fremfor å søke relasjoner med andre mennesker. I tillegg kan også individer med APD muligens ha en redusert evne til å avlese emosjoner, og grunnet denne evnens adaptive funksjon kan dette skape videre problemer for individer med APD.

3.2.2 Arvelighet ved APD

Det foreligger i dag tvillingundersøkelser som viser at utviklingen av APD kan ha en sammenheng med genetiske forhold, og arvelige bidrag. Tvillingstudier og adopsjonsstudier blir i dag brukt for å skille mellom hvilke disposisjoner som er et resultat av miljøinnflytelse, og hvilke disposisjoner som kan skyldes arvelighet og genetisk påvirkning, samt faktorenes relative innvirkning (Kalat, 2009, p. 13 & Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 128). Reichborn-Kjennerud et al. (2007) har utført et tvillingstudie hvor de undersøkte komorbiditet mellom sosialfobi og APD,

og hvorvidt lidelsene er påvirket av like genetiske og delte miljømessige faktorer, eller om de er spesifikke for hver lidelse. De benyttet seg av en klassisk tvilling modell, hvor det antas at individuelle forskjeller i predisponerende faktorer, kommer fra tre faktorer: genetiske, felles delte miljømessige faktorer, og individuelle og unike faktorer for hvert individ (ibid., p. 1725). Arvelighet ble vist til å omfatte 37 % for APD, og 39 % for sosialfobi (ibid.) Dog viste det seg at ulik miljømessig påvirkning avgjorde om personene utviklet APD eller sosialfobi (ibid., p. 1726). Dette studiet gir indikasjoner på at arvelighet spiller en rolle for utvikling av APD og sosialfobi, men at forskjellige miljømessige opplevelser og påvirkninger kan disponere individet til å utvikle en av lidelsene. Overordnet kan det ut fra dem nevnte undersøkelsen antas at en medfødt arvelig individuell sårbarhet kan ha betydning for om individet utvikler APD, men at miljømessige påvirkninger trolig er avgjørende for utviklingen av lidelsen.

3.2.3 Kan personlighet være en predisponerende risikofaktor for utviklingen av APD?

Et individs medfødte personlighetskarakteristika kan muligens utgjøre en predisponerende faktor for en individuell sårbarhet, hvilket kan føre til utviklingen av APD. Gordon Allport (1937, i: Strelau, 1998) definerer personlighet som individets indre dynamiske organisering av psykofysiske systemer, som fremstår som avgjørende for hvordan individet tilpasser seg omgivelsene (ibid., p. 29). Utviklingen av APD kan være et resultat av et komplekst samspill mellom medfødte disposisjoner, temperament og personlighetstrekk på den ene siden, og individets møte med verden på den andre siden. I det følgende avsnittet vil vi redegjøre for hvordan et medfødt hypersensitivt temperament, og personlighetstrekk kan utgjøre mulige predisponerende faktorer for utviklingen og opprettholdelsen av personlighetsforstyrrelsen APD.

3.2.3.1 Kan et medfødt hypersensitivt temperament være en risikofaktor for utviklingen av APD?

Individets medfødte temperament kan være en avgjørende faktor i utviklingen av en sårbarhet for APD. Allport (1937, i: Strelau, 1998) definerer temperament som en medfødt biologisk arvelig disposisjon som er stabil gjennom hele livet, og som har en avgjørende betydning for individets impulskontroll, reaksjonsberedskap, følsomhet mot emosjonell stimuli, fluktuasjoner og intensitet i sinnsstemning (ibid.). Individets temperament har overordnet innvirkning på individets emosjonelle opplevelser, og utgjør vedvarende og relativt stabile systemer av affektiv atferd (ibid.). Et medfødt temperament kan danne en predisponerende risikofaktor for utviklingen av APD, på bakgrunn av at temperamentet former individets emosjonelle opplevelser og utviklingen av personlighetskarakteristikk (Strelau, 1998, p. 33). Kagan, Reznick & Snidman (1987) har med utgangspunkt i en serie av longitudinelle studier utført på barn fra 4 måneder frem til 15-17 år, dokumentert at "sjenerthet" og "hemning i ukjente situasjoner", kan skyldes et temperamentstrekk som de omtaler som "*Behavioral Inhibition*". Behavioral Inhibition er et temperamentstrekk som inngår i individets oppmerksomhetsberedskap, og stimulerer frykt og hemning i situasjoner som barnet opplever som fremmede eller ukjente. Personer med APD viser ofte en generell frykt og hemning i sosiale situasjoner, interpersonelle -, og intime relasjoner. Dette ligner trekkene som karakteriserer et barn med Behavioral Inhibition. Behavioral Inhibition er ifølge Kagan et al. (1987) biologisk nedarvet. Resultatet fra longitudinelle undersøkelser viser at barn med Behavioral Inhibition opplever mer muskelspenninger, høyere nivå av noradrenalin og kortisol (ibid., pp. 1462-1465). Temperamentstrekket har også innvirkning på barnets psykologiske usikkerhet og fysiologiske aktivering, hvilke kan øke sannsynligheten for tilbaketrekningssatferd, fremfor å møte ukjente eller utfordrende situasjoner (ibid., p. 1468). Det medfødte temperamentstrekket Behavioral Inhibition kan utgjøre en predisponerende faktor for utviklingen av APD, fordi temperamentstrekket har betydning for variasjon i individets terskel for arousal i enkelte områder av det sentrale nervesystemet, som spiller en avgjørende rolle for individets opplevelse av sjenerthet, frykt og hemning i ukjente situasjoner. Studie utført av Biederman et al. (2001) støtter opp under denne antakelsen, hvor resultatene indikerer en sammenheng mellom temperamentstrekket Behavioral Inhibition og sosial angst

(ibid., p. 1676). Resultatet fra undersøkelsen viser en større utbredelse av sosial angst hos barn som skårer høyt på temperamentstrekket Behavioral Inhibition. På bakgrunn av disse resultatene argumenterer Biederman et al. (2001) for at Behavioral Inhibition kan være assosiert med angstlidelser (ibid.). Studiet spesifiserer ikke om sosial angst omhandler sosialfobi eller APD, men med tanke på den høye komorbiditeten mellom APD og sosialfobi (jf. 2.2.2), kan resultatet fra studiet gi indikasjoner på at det medfødte temperamentstrekket kan være en risikofaktor for utviklingen av APD. Lignende studier (Essex et al. 2010) viser tilsvarende funn, hvor kronisk høye nivåer av Behavioral Inhibition er assosiert med sosial angst. Dette studiet viste i tillegg at høye nivåer av Behavioral Inhibition i ung alder, kan øke sannsynligheten for utviklingen av sosial angst i ungdomsårene (ibid., p. 43f). De nevnte empiriske undersøkelsene gir overordnet en indikasjon på at det medfødte temperamentstrekket Behavioral Inhibition, kan være en predisponerende faktor for utviklingen og opprettholdelsen av sjenerthet, frykt og hemning. Argumenter som taler for at det hypersensitive temperamentstrekket er en predisponerende risikofaktor for utviklingen av en sårbarhet for APD, er at temperamentstrekket forsterker individets opplevelse av sjenerthet, frykt og hemning i ukjente situasjoner. Temperamentstrekket kan også tenkes å ha innvirkning på individets tendens til negative forvrengte tanker om seg selv, andre mennesker og sosiale situasjoner. Dette kan predisponere individet for å oppleve interpersonelle relasjoner som farefulle, og seg selv som mindreverdige (Perris & Perris, 2000, p. 110). Utover dette kan et medfødt hypersensitivt temperament forstyrre individets selvregulerende oppmerksomhetskontroll, ved for eksempel å være overdrevent selvfokusert, hvilket kan føre til kroniske tilstander av angst, som inngår som sentrale symptomer hos individer med APD. Sterk fryktsomhet hos barn kan også øke risikoen for internaliseringsproblemer, hvor barnet i stor grad opplever hemning og selvbebreidelse. Dette kan føre til utviklingen av et mønster hvor individet tenderer til trekke seg tilbake og unngår nye situasjoner grunnet en sterk opplevelse av angst (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 93f). En kontinuerlig overaktiv fryktreaksjon, forhindrer også kognitiv bearbeidelse av stimuli og erfaringer, hvilket igjen kan øke sårbarheten for utviklingen av APD. Oppsummert kan emosjonell hemning hos individer med APD i voksen alder, være et resultat av fryktsomhet og det overregulerte temperamentstrekket Behavioral Inhibition.

3.2.3.2 Kan medfødte personlighetstrekk være en risikofaktor for utviklingen av APD?

Individets medfødte personlighetstrekk inngår også som en sentral del av personlighetsstrukturen, hvilke kan være en mulig predisponerende faktor for utviklingen av en sårbarhet for APD. Personlighetstrekk er kjennetegnet ved relativt stabile måter individet oppfører seg på i forskjellige situasjoner. Eysenck (i; Perris & Perris, 2000) har inndelt personlighetstypologi i følgende tre overordnede personlighetsdimensjoner; *ekstroversjon-introversjon*, *nevrotisisme* og *psykosisisme* (ibid., p. 108). Ifølge Eysenck er de tre personlighetsdimensjonene genetisk betingede. Karterud, Wilberg & Urnes (2010) hevder at individer med APD skårer høyt på dimensjonene introversjon og nevrotisisme. Personer som skårer høyt på nevrotisisme har en generell tendens til å oppleve negative emosjoner som for eksempel angst, depresjon, irritabilitet, tristhet, vrede og skyldfølelse. Utover dette har individet en tendens til å være emosjonelt ustabil, bekymrer seg mye, er i stor grad jeg-bevisst, og er sårbare ovenfor psykiske belastninger (ibid., p. 85). Selv om personlighetsstrukturen til individer med APD kan være organisert rundt angst og engstelse, er det viktig å ta til etterretning at høy plassering innenfor nevrotisisme ikke nødvendigvis tilsier at individet har en psykisk lidelse. Det kan imidlertid argumenteres for at introversjon og høy skåre på nevrotisisme har en innvirkning på individets bearbeiding av informasjon og emosjoner, samtidig som personlighetstrekkene har en betydning for oppmerksomhetsprosessering og bearbeidelse av ytre stimuli. For eksempel kan de medfødte personlighetstrekkene introversjon og nevrotisisme føre til en sårbarhet for ytre stimuli og forskjellige opplevelser. Det kan også tenkes at høy grad av nevrotisisme fører til en forstyrret selvregulering av oppmerksomheten, hvor individet er utpreget jeg-bevisst (Perris & Perris, 2000, p. 110). Avsluttende kan trekkene nevrotisisme og introversjon påvirke andres reaksjoner ovenfor individet på en negativ måte. Barnets utvisning av negative affekt kan for eksempel påvirke tilknytningsforholdet til omsorgspersonen negativt, ved at utvisning av negativ affekt for eksempel kan øke sannsynligheten for at tilknytningspersonen tar avstand, eller ikke er empatisk tilgjengelig for spedbarnet. Dette kan igjen føre til utviklingen av et usikkert tilknytningsmønster og negative arbeidsmodeller hos barnet, som kan utgjøre predisponerende risikofaktor for utviklingen av APD i voksen alder (jf. 3.3.2).

3.2.4 Biokjemiske og nevrofysiologiske risikofaktorer for utviklingen av APD.

I følgende avsnitt vil vi redegjøre for hvordan biokjemiske prosesser i hjernen og nevrofysiologiske prosesser kan ha en innvirkning på individets informasjonsbearbeidelse, hvilket kan fungere som mulige predisponerende faktorer for en sårbarhet for å utvikle APD. Avsnittet inneholder en redegjørelse for hvordan en forhøyet aktivitet i amygdala, hypotalamus og nevrotransmittere kan føre til en mer vedvarende stressrespons, som kan fungere som en mulig forklaring på individer med APD sin utpregede tilbaketrekningssatferd.

3.2.4.1 Kan en forhøyet aktivitet i amygdala være en mulig risikofaktor?

Forskning viser at individer med APD ofte har en forhøyet aktivitet i amygdala, som kan føre til at personen feiltolker signaler i sosiale situasjoner, samt at individet i større grad kan oppleve frykt (Denny et al. 2014, p. 5). Dette kan øke forekomsten av tilbaketrekningssatferd, hvor individet unngår disse situasjonene fordi de opplever ubehag. Amygdala er lokalisert i det limbiske system, og har en evaluerende funksjon, gjennom at den er sentral i vurderingen av sosiale situasjoner, ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk og spiller en vesentlig rolle i individets håndtering av frykt. For eksempel kan en overaktiv amygdala hos individer med APD, være en forklaring på hvorfor de ofte mistolker sosiale situasjoner eller andre personers atferd som værende farefull og truende for individet (Allan, 2010, p. 145). Amygdala har en vesentlig rolle for personens vurdering av truende stimuli, hvilket har innvirkning på panikk-, og fryktsystemet i hjernen (Skårderud et al. 2010, p. 108f). Resultatene fra studiet utført av Denny et al. (2014, p. 5f) viser at individer med APD har en høy aktivitet i amygdala sammenlignet med kontrollgruppen. Høy aktivitet i amygdala kan utgjøre en risikofaktor for utviklingen av APD, fordi det kan medføre at individet feiltolker signaler i sosiale situasjoner, samt at individet i større grad mistolker ytre stimuli som å være truende og farlige. Dette kan igjen føre til

tilbaketrekningsatferd, hvor individet unngår disse situasjonene fordi de oppleves som farefulle.

3.2.4.2 Kan høy aktivitet i HPA-aksen være en risikofaktor for utviklingen av APD?

Informasjonsutveksling og informasjonsbearbeidning mellom hjerneceller foregår gjennom det biokjemiske transmittersystemet i hjernen. Hypotalamus regulerer mange av kroppens automatiske prosesser, herunder stressreguleringssystemet hypotalamus-hypofyse-binyrebarksystemet (HPA-aksen) via kortisol. Empiriske studier har funnet indikasjoner på at individer med APD har høye nivåer av kortisol. Dette kan føre til at individer med APD er særlige sensitive ovenfor stimuli, hvilket kan føre til et høyt nivå av angst og frykt. Individets nivå av kortisolkonsentrasjon gjenspeiler individuelle forskjeller og aktivitet i HPA-aksen, som spiller en avgjørende rolle for individets angsthåndtering og adaptasjon til stress. Resultater fra studier utført av Kagan et al. (1987) og Roelofs et al. (2009) viser at individer med Behavioral Inhibition og sosial angst, har høye nivåer av kortisolkonsentrasjon i spyttet, hvilket kan tilsi at individer med APD også har en høy aktivitet i HPA-aksen. Høy aktivitet i HPA-aksen fører til at individet utskiller mer adrenalin, hvilket medfører at stressreguleringssystemet i kroppen er overaktivt. Individer med APD kan sies å ha et overaktivt stressreguleringssystem, hvor de kan oppleve sosiale-, interpersonelle og intime relasjoner som meget stressende og ubehagelige, hvilket kan aktivere unngåelsesatferd og isolasjon som en kamp-flukt-reaksjon. I henhold til oppgavens problemformuleringen kan høy konsentrasjon av kortisol i kroppen, utgjøre en predisponerende faktor for utviklingen av APD, fordi det påvirker individets evne til å håndtere stress og arousal negativt.

3.2.4.3 Oppsummering av hjernekomponenter som en risikofaktor for utviklingen av APD

En medfødt lavere terskel for respons i amygdala og hypothalamus, kan skape en raskere og mer vedvarende stressreaksjon. Når kortisol hemmer nevrotransmitterene dopamin og serotonin, kan dette få følger for stimulusøking og utforskende adferd,

samt at det demper de affektive funksjonene i kroppen. Lav terskel for respons i amygdala og hypothalamus har blitt observert i sammenheng med APD, og kan være en mulig forklaring på hvorfor individer med APD ofte velger å trekke seg tilbake fra sosiale situasjoner for å redusere stressresponsen. Høy aktivitet i HPA-aksen fører til at individet utskiller mer adrenalin, hvilket medfører at kroppens stressreguleringssystem er overaktivt, som kan føre til ubehag og stress i sosiale-, interpersonelle og intime relasjoner. Dette kan igjen lede til unngåelsesatferd og isolasjon som en kamp-flukt-reaksjon.

3.2.5 Nevrobiologiske aspekter ved metakognisjonen

Metakognisjon og selvfortolkning innebærer individets evne til å reflektere over egne forestillinger og indre erfaringer, som for eksempel representasjoner, følelser og tanker, men også individets evne til å gjenkjenne andres mentale tilstander og integrere de forskjellige observasjonene av en selv og andre i en sammenhengende forståelse (Dimaggio et al., 2007, p. 14). Personens evne til å reflektere over sine egne tanker utvikler seg blant annet i tilkynningsrelasjonen, hvor spedbarnet utvikler en fornemmelse av seg selv gjennom speiling fra omsorgspersonen, hvilket det vil bli redegjort for mer inngående i senere avsnitt (jf. 3.3.8). Individer med APD kan kjennetegnes ved metakognitiv svikt, gjennom at de har vanskelig for å forstå sin egne indre erfaringer og gjenkjenne og tolke andres mentale tilstander. Allan et al. (2006) fremhever at ulike hjernekomponenter er avgjørende for utviklingen av individets metakognitive evner. Fusiforme gyrus er viktig for gjenkjennelsen av ansikter, og øvre temporale sulcus er viktig for å oppfatte andres intensjonalitet (ibid., p. 145f). Overaktivitet i disse hjerneområdene kan være predisponerende risikofaktorer for utviklingen av en sårbarhet for APD, grunnet at det kan påvirke individets evne til å lese andres signaler, ansiktsuttrykk og atferd som farefulle. Dysfunksjoner i hjernekomponenter som er avgjørende for individets evne til empati og forståelse av andres indre tilstander, kan også utgjøre predisponerende risikofaktorer for utviklingen av APD. Empiriske studier har funnet noe de kaller for speilnevroner, som de argumenterer for at har en avgjørende betydning for individets evne til empati. Empati kan forstås som individets evne til å avlese andre menneskers handlinger, følelser av seg selv og andre. Speilnevronene aktiveres når individet observerer andres atferd.

3.2.5.1 *Speilnevroner*

Rizzolatti & Craighero (2004) fant i et studie en type nevron, som de definerer som speilnevroner. Speilnevroner blir aktivert når individet observerer en adferd, eller ved imitasjonslæring (ibid., p. 170). Speilnevroner er ifølge Allen et al. (2010) viktige komponenter i å forstå andre menneskers emosjoner (ibid., p. 147f). Gjennom speiling av andres emosjonelle tilstand, utløser speilnevronene en emosjonell tilstand hos individet. Ifølge Gallese (2001) kan sanseformannelser, smerte og emosjoner bli identifisert og forstått gjennom speilnevronmekanismen, som aktiveres når et individ oppdager sanseformannelser, smerte og emosjoner hos et annet menneske (Gallese, Keysers & Rizzolatti, 2004, p. 400). Et eksempel på dette er når individet observerer et annet menneske som utviser avsky, aktiverer denne emosjonen samme områder i individets egen hjerne, hvilket kan medføre at individet selv også opplever avsky (ibid.). Individer med APD kan antas for å ha dysfunksjonelle speilnevroner, ved at de kan ha en redusert evne til å avlese andre menneskers indre tilstander, og at de utviser en tendens til å attribuere andre menneskers atferd som devaluerende (Procacci et al., 2007, p. 156). Dette kan muligvis relateres til en dysfunksjon i speilnevronmekanismen, hvilket medfører at individer med APD attribuerer andre individer som å være kritiske, avvisende og dømmende ovenfor dem. Speilnevroner har også en avgjørende innvirkning på individets evne til empati. Ifølge Allen et al. (2010) involverer individets evne til empati imidlertid mer enn en automatisk forståelse gjennom speilnevroner, men hvor individets speilnevroner elaboreres mentalt, gjennom en subjekt-objekt-differensiering, emosjonsregulering og forestillingsaktivitet (ibid., p. 151). Det kan godt tenkes at individer med APD har intakte speilnevroner, men hvor de til gjengjeld kan ha dysfunksjoner i andre neurobiologiske komponenter som er avgjørende for å generere denne viten, som for eksempel nedsatt bearbeidelsesevne eller emosjonsregulering. Overordnet fremstår det som at speilnevroner spiller en avgjørende rolle for individets evne til empati og metakognitive evner. En mulig hypotese er at individer med APD har dysfunksjoner i speilnevronene, eller at de har en nedsatt evne til å generere viten fra nevronene, og dermed fungerer som risikofaktorer for en sårbarhet for APD.

3.2.6 Det biologiske forholdet til tilknytning

Det utviklingspsykologiske avsnittet om utviklingen av APD vil redegjøre for hvordan tilknytningserfaringer og et usikkert ambivalent tilknytningsmønster er mulige predisponerende risikofaktorer for utviklingen av en sårbarhet. Spedbarnets tilknytningsmønstre har imidlertid en avgjørende innvirkning på individets nevrobiologiske utvikling. Gode tilknytningserfaringer er viktige for utviklingen av individets indre affektregulering, og evne til å tolerere og regulere angst og stress (Skårderud, 2010, p. 109). Dersom individet opplever negative erfaringer og traumer i tilknytningsforholdet, kan det hemme utviklingen av barnets mediale og orbitofrontale korteks som er viktig for individets affektregulering (Allen, 2010, p. 129). Stressresponsen er også påvirket av individets tilknytning til den primære omsorgsgiver. Ifølge Schore (2001) kan negative erfaringer i tilknytningsforholdet hemme spedbarnets affektregulering, hvilke kan øke sårbarheten for utvikling av APD (ibid., p. 14).

3.2.7 Oppsummering og anvendelighet av de biologiske teoriene

Avsnittet om biologiske risikofaktorer for utviklingen av APD har redegjort for det evolusjonære grunnlaget for angst, frykt og skam, som er sentrale problematikker ved APD. Emosjonene angst, frykt og skam kan anses som medfødte, og de har alle en adaptiv funksjon. Enten i form av å fungere som handlingsresponser ovenfor fare, eller ved å motivere individet til prososial atferd, for ikke å ekskluderes fra sosiale grupper. Emosjonene er opprinnelig ikke maladaptive, men det er derimot håndteringen av emosjonene som er uhensiktsmessig for individets overlevelse. Spesielt i forhold til skamfølelse og sosialangst kan tilbaketrekningmekanismen individer med APD ofte benytter seg av, anses som problematisk ut ifra et evolusjonistisk perspektiv, da atferden ikke lenger har en adaptive funksjon.

Utviklingen av APD kan også være et resultat av en redusert angstmodulering, et oversensitivt temperamentstrekk og et overaktivt stressresponssystem. Lav terskel for aktivering i amygdala og hypotalamus kan føre til høye nivåer av kortisol i HPA-aksen, som blant annet kan føre til at individet feiltolker sosiale situasjoner og

interpersonelle relasjoner som farefulle. Avslutningsvis har det blitt antatt at individer med APD kan ha en redusert funksjon i speilnevronmekanismen, hvilket begrenser mental utforskning og individets metakognitive evner, som er avgjørende for evnen til empati. Overordnet fremstår det som om biologiske risikofaktorer har en avgjørende betydning for utviklingen en sårbarhet, som muligvis medvirker til utviklingen av APD.

Det kan argumenteres for at oppgavens biologiske teorier er preget av et nomotetisk vitenskapssyn, hvor resultatene søker kausalitet og kvantifiserbarhet (Christensen, 2005, p. 102). Dette medfører at teoriene ofte er objektive og ontologiske, fremfor epistemologiske. Teoriene gir grunnlag til antakelser hvor mennesket forstås å inneha medfødte komponenter, og disse medfødte komponentene former individet. Det kan argumenteres for at de biologiske teoriene kan være hjelpelige i diagnostiseringssammenheng. Dersom det for eksempel er påvist at en person i klientens nærmeste familie har APD, kan dette styrke en eventuell diagnostisering, fordi man vet at det finnes en arvelig sårbarhet for lidelsen. De biologiske teoriene tar hensyn til at barnets utvikling og miljø vil ha en stor innvirkning på utviklingen av APD, men teoriene kan bli reduksjonistiske dersom man ikke ser teoriene i en større kontekst, hvor utviklingen av APD består både av biologiske, utviklingsmessige og sosialpsykologiske teorier. Mennesket er en kompleks organisme, og til tross for at biologiske predisponerende faktorer gir en indikasjon på en sårbarhet for utviklingen av en psykisk lidelse, vil det vises i de etterfølgende avsnitt at både utviklingsmessige faktorer og sosialpsykologiske er med på å bidra til denne utviklingen. Biologiske risikofaktorer for utviklingen av APD kan sies å ha en polygen innflytelse, hvor ulike nevrobiologiske fenomener kan ha mindre, akkumulerende innvirkning på utviklingen, ved at de interagerer med hverandre. Det kan tenkes at utviklingen av APD er et resultat av en akkumulerende virkning av biologiske faktorer som er i resonans med individets psykiske struktur og fenomenologiske opplevelse av den sosiale verden. Om individets genetiske risiko realiseres avhenger blant annet av miljømessige stimuli og familieforhold som barnet eksponeres for.

3.3 Utviklingspsykologiske risikofaktorer for utviklingen av APD

Risikofaktorer for utviklingen av APD indikerer en sammenheng mellom utviklingen av APD og utviklingspsykologiske risikofaktorer i den tidlige foreldre-barn relasjonen i barnets første leveår. I følgende avsnitt vil det bli redegjort for utviklingspsykologiske risikofaktorer for utviklingen av APD. Avsnittet innledes med en beskrivelse av Bowlbys (1979/1988) tilknytningsteori, og hvordan en usikker ambivalent tilknytning og negative indre arbeidsmodeller kan fungere som risikofaktorer for utviklingen av APD. Vi vil deretter redegjøre for et utviklingspsykologisk perspektiv på skam, grunnet at skam fremstår som et avgjørende symptom hos individer med APD. Etterfølgende har vi valgt å undersøke for hvorvidt en svekket mentaliseringsevne kan utgjøre en risikofaktor for utviklingen av APD. I forhold til besvarelsen av oppgavens problemformulering, ønsker vi å undersøke hvorvidt APD kan forstås som et uttrykk for en svekket mentaliseringsevne, og om APD egner seg for Mentaliseringsbasert Terapi, hvilket det vil bli redegjort for mer inngående i oppgavens behandlingsdel (jf. 4.5). Avsnittet om mentalisering innledes med en redegjørelse for hva mentalisering er, hvordan barnet utvikler mentaliseringsevnen, samt hvordan negative oppveksterfaringer og en usikker ambivalent tilknytning kan svekke barnets mentaliseringsevne. Avsnittet om utviklingspsykologiske teorier avsluttes med en generell oppsummering og vurdering av perspektivet.

3.3.1 John Bowlbys tilknytningsteori (1979/1988)

En mulig hypotese for utviklingen av APD er at det kan være en sammenheng mellom utviklingen av APD og utrygge tilknytningsmønstre i barndommen. Den tilknytningsteoretiske utviklingsmodell har sin opprinnelse i psykoanalytikeren John Bowlby (1979/1988). Tilknytning kan ifølge Bowlby (1988) beskrives som et biologisk fundert emosjonelt bånd mellom barn og omsorgsgiver. Ifølge Bowlby (1988) er spedbarn født med en evolusjonær biologisk tilbøyelighet til å etablere varige følelsesmessige bånd og tilknytning til primære omsorgsgivere for å sikre barnets utvikling, beskytte mot farer og overlevelse (ibid., p. 29). Bowlby (1988, i;

Karterud, Wilberg & Urnes, 2010) omtaler dette som spedbarnets tilknytningsatferd, og skiller overordnet mellom *signalatferd* og *tilnærmelsesatferd*. Signalatferd kan manifestere seg hos barnet som gråt, påkallelse og protest, mens tilnærmelsesatferd er for eksempel smil og pludring, og har til formål å søke fysisk og psykisk nærhet til tilknytningsfiguren (ibid., p. 52). Ifølge Bowlby (1980, i: Fonagy, 2004) blir tilknytningsatferd utløst når spedbarnet er trøtt, sulten, opplever smerte, stress, frykt, usikkerhet eller engstelse (ibid., p. 144). Barnets erfaringer i ulike situasjoner som aktiverer tilknytningsatferd og omsorgspersonens respons og evne til å trøste og emosjonelt regulere barnet, danner grunnlag for individuelle forskjeller i tilknytningsmønster, barnets emosjonelle opplevelse av nærhet til omsorgsgiver, og utviklingen av barnets indre arbeidsmodeller. I de tidlige tilknytningsrelasjonene grunnlegges oppbygningen av barnets indre arbeidsmodeller, som har en avgjørende betydning for hvordan barnet oppfatter seg selv, andre mennesker, og for barnets ubevisste forventinger til interpersonelle relasjoner (Bowlby, 1988, p. 31). For eksempel kan et barn som har utviklet en indre arbeidsmodell dominert av en forventning om avvisning og negativ vurdering fra tilknytningspersonen, danne en forventning om at andre interpersonelle relasjoner også kan være kilder til avvisning, som kan føre til at individet danner komplementære arbeidsmodeller av seg selv som utilstrekkelig, mindreverdig og defekt (Fonagy 2004, p. 145). Forstyrrelser i den tidlige dyadiske interaksjonen mellom spedbarnet og omsorgspersonen kan påvirke barnets selvrepresentasjon og interpersonelle forventinger negativt, som kan føre til relasjonelle problemer og sosiale vanskeligheter med å håndtere mellommenneskelig samspill, hvilket inngår som en sentral problematikk hos individer med APD.

3.3.2 Tilknytningsmønstre

Grunnet spedbarnets evolusjonære medfødte biologiske anlegg til å danne en tilknytning til sine primære omsorgsperson, antas det at alle barn blir tilknyttet. Tilknytningen kan imidlertid være trygg eller utrygg (Fonagy, 2004, p. 126). Et barn som er preget av trygg tilknytning har et representasjonssystem hvor barnet oppfatter tilknytningsfiguren som tilgjengelig, omsorgsfull, og responderende når barnet har behov for kontakt. Et barn som er preget av en utrygg tilknytning har i motsetning et representasjonssystem av at omsorgspersonen ikke er tilgjengelig og lydhør, hvilke resulterer i at barnet utvikler organiserte atferdsstrategier som aktiveres i barnets

forsøk på å håndtere angst, belastninger eller farer i nære interpersonelle relasjoner, også kalt barnets tilknytningsstil (Perris & Perris, 2000, p. 165).

Ainsworths & Bells (1970) utarbeidelse av en standardisert stress-situasjon, kalt "The Strange Situation" til undersøkelse av tilknytningsatferd på forskjellige alderstrinn, var med på å videreutvikle forståelsen av tilknytningsatferd. Med utgangspunkt i barnets atferd i fremmedsituasjons-eksperimentet, hvor man observerer barnets reaksjon på to separasjoner og gjenforeninger med en sentral tilknytningsfigur, har man identifisert fire hovedkategorier av tilknytningsstiler barnet kan anvende, henholdsvis en trygg og tre utrygge tilknytningsmønstre; (1) trygg, (2) utrygg-ambivalent, (3) utrygg-unngående og (4) desorganisert tilknytning. I følgende avsnitt vil det bli redegjort for typen usikker ambivalent tilknytning, grunnet at APD trolig er forbundet med et usikkert ambivalent tilknytningsmønster (ibid.).

Ved en utrygg tilknytning av *ambivalent type* er barnet typisk meget urolig under separasjon fra omsorgsgiver, og har vanskelig med å roe seg ved gjenforening. Barnet er kontaktsøkende, men avviser samtidig kontakten ved for eksempel å vende seg vekk fra omsorgsgiveren. En mulig forklaring på dette kan være at tilknytningspersonens atferd er lunefull og uforutsigelig, hvor atferden kan skifte mellom å være ustabil og utilgjengelig, til å være invaderende og overbeskyttende (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 135). Tilknytningspersonens uforutsigbarhet i deres følsomhet og respons ovenfor barnet, kan føre til en etablering av indre arbeidsmodeller som er dominert av opplevelsen av at andre mennesker er upålitelige og uforutsigelige (ibid., p. 167). Barn med en utrygg ambivalent tilknytning kan tendere til å underregulere egne affekter, samtidig som barnet kan utvise en følelsesmessig intens atferd, kombinert med en manglende kognitiv evne til å strukturere og regulere sin affektive tilstand (Perris & Perris, 2000, p. 165). Det er spesielt typen usikker ambivalent tilknytning som er assosiert med utviklingen av APD (Procacci et al., i: Dimaggio, 2007, p. 156).

3.3.3 Aktuelle tilknytningsteorier for utviklingen av APD

3.3.3.1 *Usikker ambivalent tilknytning, en risikofaktor for utvikling av APD?*

Samtlige teoretikere, herunder Procacci et al. (i: Dimaggio et al. 2007), Karterud (2010) og Perris & Perris (2000) finner støtte for at en usikker ambivalent tilknytning i barndommen har en signifikant innvirkning på utviklingen av APD. Ifølge Procacci et al. (i: Dimaggio et al. 2007) kan individer med APD som barn oppleve at tilknytningspersonen er avvisende og utilregnelig, samtidig som tilknytningspersonen kan oppleves som invaderende og overbeskyttende (ibid., p. 155). Barnet kan tidlig i mor-barn relasjonen utvikle indre arbeidsmodeller hvor barnet forventer at omsorgspersonen ikke responderer på tilknytningsatferden på en empatisk og rommende måte. I stedet kan barnet danne en forventning om at omsorgspersonen er utilgjengelig og avvisende. For eksempel kan et barn som har blitt utsatt for traumer i tilknytningsrelasjonen, danne indre arbeidsmodeller hvor barnet forventer at andre interpersonelle relasjoner og sosiale situasjoner også er forbundet med opplevelsen av kritikk, ydmykelse og avvisning. Individer med APD er karakterisert av unngåelses- og tilbaketrekningsatferd fordi de frykter å bli kritisert eller negativt vurdert (ibid.). Denne unngåelsesatferden og avstandstakingen fra sosiale situasjoner og interpersonelle relasjoner kan forstås i lys av at personen tidlig kan ha utviklet indre arbeidsmodeller i relasjon til tilknytningsfiguren, hvor personen forsøker å beskytte seg fra en forventning om smerte og følelse av skam i interpersonelle relasjoner. Siden interpersonelle relasjoner er en kilde til negative emosjoner, kan unngåelse av interpersonelle relasjoner redusere angsten. Unngåelsesatferden hos individer med APD fungerer således som individets forsvar mot et avvisende miljø. Procacci et al. (i: Dimaggio et al. 2007) påpeker hvordan denne unngåelsesatferden er med på å opprettholde selve problematikken ved APD. Individet opplever i forbindelse med tilbaketrekningen ofte sterkt selvkritiske tanker, og er ekstremt sensitive ovenfor andres meninger, som kan oppleves som selvoppfyllende i forhold til deres allerede eksisterende selvilde av å være sosialt

inkompetente og mindre attraktive, hvilket igjen kan føre til selvbekreidelse og skam (ibid., p. 154).

3.3.3.2 Mulige konsekvenser ved en foreldrestil preget av intensiv kontroll

Benjamin (2003) mener at individer med APD i begynnelsen av deres utvikling har en god tilknytning og et sosialt bånd til omsorgsgiveren, hvilket medfører at de i voksen alder har et grunnleggende ønske om sosial kontakt med andre mennesker (ibid., p. 296). Utviklingen av APD er ifølge Benjamin (2003) et resultat av at omsorgspersoner senere i barnets utvikling anvender en foreldrestil som er preget av intensiv kontroll, hvor tilknytningsfigurene i stor grad fokuserer på å skape et imponerende og beundringsverdig sosialt bilde, hvor meninger og holdninger utenfor familien får stor verdi. Synlige feil og mangler hos barnet blir degradert og latterliggjort, og sett på som en ydmykelse for både individet og familien, hvilket kan skape en sårbarhet hos barnet ovenfor situasjoner hvor barnet kan frykte å føle seg latterliggjort eller ydmyket (ibid.). Benjamin (2003) påpeker at ydmykelse kan komme til uttrykk gjennom ekskludering og bortvisning (ibid., p. 297). Eksempler på dette kan være at barn som er overvektige blir tvunget til å sitte på gulvet i familiesammenkomster, fordi barnet muligens kan ødelegge møblelementet. Et annet eksempel kan være at barnet gjentatte ganger blir etterlatt hjemme, eller ekskludert fra familiesammenkomster grunnet mangler eller synlige feil ved barnet. Individet kan som barn oppleve at det blir mål for latterliggjørelse og ydmykelse, hvilket fører til at barnet utvikler en svært selvkritisk holdning og et lavt selvverd. Som konsekvens kan personen i voksen alder utvikle en streng selvkontroll i sosiale situasjoner, for å unngå å agere på en måte som kan oppleves som ydmykende eller skamfulle (ibid.). Benjamin (2003) mener at internaliseringen av indre arbeidsmodeller, hvor barnet tror at det blir avvist og latterliggjort i interpersonelle relasjoner kan føre til etableringen av unngåelses-, og tilbaketrekningsatferd i voksen alder. For eksempel kan en person som tidligere i livet har opplevd intens kontroll og straffende disiplin fra foreldre som voksen også oppleve at enhver voksen relasjon er en slags felle, hvor de igjen kan oppleve latterliggjørelse, ydmykelse og negativ vurdering. Som konsekvens kan personen utvikle unngåelse-, og

tilbaketrekningsatferd i sosiale situasjoner, en tilbakeholdelse i intime relasjoner, samt en generell tendens til å unngå situasjoner hvor individet kan oppleve avvisning, kritikk og misbilligelse (ibid. & Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 356f).

3.3.3.3. Er APD et resultat av barnets tidlige negative erfaringer i tilknytningsrelasjonen, og barnets neurofysiologiske modningsprosesser?

I motsetning til Benjamin (2003) som påstår at individet i begynnelsen av deres utvikling har en trygg tilknytning, mener Millon & Davis (1996) at etiologien og utviklingen av APD er et resultat av en konstellasjon mellom tidlige negative erfaringer i tilknytningsrelasjonen, og barnets neurofysiologiske modningsprosesser (ibid., p. 279). Ifølge Millon & Davis (1996) er utviklingen av APD et resultat av et komplekst dynamisk samspill mellom barnets neurobiologiske utviklingsstadier og sosial læring, hvor et følelsesmessig dårlig oppvekstmiljø kjennetegnet av negativ foreldreevaluering, avvisning, ydmykelse, lite stimulerende og uintegreerte emosjonelle reaksjoner, kan lære spedbarnet å ikke kunne stole på nære relasjoner, eller unngå interpersonelle relasjoner (ibid.). Millon & Davis (1996) argumenterer for at negative erfaringer i spedbarnets tidlige tilknytningsrelasjon, kan danne en generalisert automatisk stimulus-tilbaketrekning i interpersonelle relasjoner, hvilke kan fungere som utgangspunkt for utviklingen av et vedvarende mønster med tilbakeholdenhet, og en overfølsomhet for negativ vurdering som avvisning, misbilligelse og kritikk, som utgjør en del av problematikken til individer med APD. I likhet med Benjamin (2003) vektlegger Millon & Davis (1996) hvordan ydmykelse, latterliggjørelse og opplevelsen av gjentatt irregularitet i omsorgen, kan føre til at barnet aksepterer omsorgspersonens kritikk som et reelt bilde av selvet. Dette kan føre til utviklingen av et selvilde om at individet er sosialt inkompetent og mindreverdig. Millon & Davis (1996) vektlegger i samsvar med Bowlbys (1988) tilknytningsteori, at spedbarnets tidlige negative tilknytningserfaringer i barnets første leveår, kan være avgjørende for utviklingen av APD i voksen alder.

I likhet med Millon & Davis (1996) mener Kantor (2003) at individer med APD reagerer på nye relasjoner, som om de tilsvarer tidligere relasjoner, og at personen

unngår nye situasjoner og interpersonelle relasjoner som en selvbeskyttelsesstrategi mot gjentakelse av traumatisk, krenkende og emosjonell forsømmelighet (ibid. p. 156). I samsvar med Benjamin (2003) påpeker Kantor (2003) hvordan tidlige fysiske-, og emosjonelle traumer som for eksempel intenst kontrollerende, terroriserende atferd, og barnets opplevelse av ydmykelse og skam, kan lære barnet at andre interpersonelle relasjoner også er en kilde til gjentakelse av tidligere traumatiske opplevelser. Kantor (2003) argumenterer ytterligere for at utviklingen av APD kan være et resultat av omsorgspersonens intense kritikk av barnets både positive og negative emosjoner, hvilket kan føre til at barnet utvikler en evne til å intenst kontrollere, isolere eller unngå sine følelser, som beskyttelsesstrategi mot en opplevelse av smerte og skam. For eksempel kan barnet bli fortalt at sinne og aggresjon ikke er akseptabelt, hvilket kan medføre at barnet opplever denne følelsen som skremmende, og avspalter eller avviser følelsene. Avspaltning av negative følelser kan ha en negativ innvirkning på senere interpersonelle-, og intime relasjoner i voksen alder, grunnet at individer med APD unngår interpersonelle relasjoner som muligens kan frembringe en følelse av aggresjon og sinne, fordi emosjonene kan oppleves som skremmende for selvet (ibid., p. 157). En annen mulig risikofaktor for utviklingen av APD som Kantor (2003) postulerer, er dersom omsorgspersonen behandler barnet på en infantiliserende måte, grunnet egne behov. For eksempel kan omsorgspersonen isolere barnet fra venner og annen sosial interaksjon, for å ha barnet for seg selv. Dette kan medføre at barnet i voksen alder inngår i relasjoner som bærer preg av en isolerende avhengighet knyttet til en manglende interesse for, frykt for, fiendtlig innstilling til eller sjalusi til alle andre personer (ibid.).

3.3.4 Barnets utvikling av skamfølelse

Skam fremstår som en grunnleggende affekt hos individer med APD, som henger sammen med tidlige erfaringer i tilkynningsrelasjonen, og individer med APD sitt negative selvilde. Vi har derfor valgt å redegjøre for en utviklingspsykologisk forklaring av skam, og hvordan individets erfaringer i tilkynningsrelasjonen kan føre til utviklingen av en patologisk skam.

3.3.4.1 Hva er skam?

Skårderud (1992) beskriver skam som en grunnleggende affekt som har betydning for individets opplevelse av sin egen eksistens. Skam kan både være en konstruktiv og destruktiv følelse (ibid., p. 133). Skårderud (1992) skiller overordnet mellom en sunn skamfølelse, og en negativ skamfølelse. En sunn skamfølelse forebygger uønskede avsløringer, fremmer sosial bevissthet, moralsk følelse og diskresjon, og kan beskytte individet mot diskriminering i kulturen, gjennom å gi beskjed om hva som er akseptabelt og ikke-akseptabelt (ibid.). Den negative skamfølelsen kan imidlertid oppleves som smertefull og ubehagelig for individet. Patologisk skam er ifølge Skårderud (1992) utelukkende innadvendt, samtidig som skamfølelsen er dypt relasjonell (ibid., p. 135). Negativ skam innbefatter selvbekreftelse, negativ selvevaluering og negative forestillinger om hva andre tenker om en, hvilket kan aktivere en følelse om å være mindre verdt og lite elskbar (Skårderud, 2001, p. 1615). Vi antar at individer med APD kan karakteriseres av en dårlig skamfølelse, av patologisk karakter. Den kroniske skamfølelsen hos individer med APD kan beskrives som patologisk, internalisert og invalidiserende for individet. Skam kan muligvis være en grunnfølelse bak utviklingen av APD, grunnet at kronisk skam er grunnleggende internalisert i individets selvopplevelse, selvevaluering, relasjonsmønstre og reaksjonsmønstre. Hos individer med APD kan en kronisk skamfølelse utløse en fysisk lengsel etter å forsvinne, trekke seg vekk eller gjemme seg i frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning (ibid.).

3.3.4.2 Utviklingen av skam hos individer med APD

Individer med APD har ofte et vedvarende mønster av sosial tilbakeholdenhet, negativ selvevaluering, og en generell tendens til å feilattribuere egenskaper til andre mennesker som å være devaluerende og kritiske. Skårderud (1992) beskriver hvordan skammen er dypt relasjonell. Ifølge Skårderud (1992) kan utviklingen av patologisk skam forklares ut fra utviklingspsykologiske risikofaktorer og negative interpersonelle opplevelser. I likhet med Benjamin (2003), Million et al. (1996) og Kantor (2003), mener Skårderud (1992) at opplevd ydmykelse, latterliggjørelse, avvisning og krenkelse fra omsorgspersonen er blant risikofaktorene som predisponerer individet for patologisk skam. Alvorlige traumatiske hendelser,

tilknytningstraumer, avvisning og kritikk, lite stimulerende og ustabile uintegrerte emosjonelle reaksjoner fra omsorgsgiveren, kan føre til at barnet legger ansvaret for tilknytningsfigurens atferd over på seg selv, hvilket kan medføre at barnet utvikler komplementære arbeidsmodeller av seg selv som utilstrekkelig, mindreverdig og defekt, hvilket vi kan se hos individer med APD (ibid., p. 144).

Ifølge Heinz Kohut (1971 i; ibid.) er skam en sentral risikofaktor i utviklingen av psykopatologi. I likhet med tilknytningsteorien vektlegger Kohut (1971) hvordan barnets tilknytningserfaringer og omsorgspersonens evne til å speile spedbarnets emosjonelle tilstand, er avgjørende for spedbarnets utvikling av patologisk skam. Skårderud (1992) beskriver hvordan utviklingen av et psykologisk selv hos spedbarnet foregår gjennom speiling i morens ansikt, hvilket utgjør en dobbel erfaring, hvor spedbarnet ser seg selv i moren, men hvor spedbarnet også blir sett av moren (ibid.). Spedbarnet integrerer således fortløpende en forståelse for sin egen emosjonelle tilstand, gjennom omsorgspersonens korresponderende affekttilstand og speiling av spedbarnets emosjonelle uttrykk. Uintegrert eller feilaktig speiling av spedbarnets emosjonelle uttrykk kan imidlertid fungere som en risikofaktor for utviklingen av patologisk skam. Skammen er her knyttet til en avvikelse i spedbarnets forventninger og omsorgspersonens uteblivende respons (ibid.). Omsorgspersonens manglende empatiske respons, kan i barnets verden forklares ved at det er barnet selv, som er årsaken til dette, hvilket kan føre til etableringen av komplementære arbeidsmodeller av seg selv som mindreverdig, defekt, sosialt inkompetent, en følelse av utilstrekkelighet og manglende personlig tiltrekning, som ofte inngår som sentrale problemer for individer med APD (ibid.). Ut fra dette perspektivet kan en manglende respons fra tilknytningsfiguren opptre som en risikofaktor for utviklingen av patologisk skam, og dermed utviklingen av APD.

3.3.5 Vurdering av tilknytningsteori som en risikofaktor for utviklingen av APD

Selv om forstyrrelser i tilknytningsrelasjonen og en usikker ambivalent tilknytning er forbundet med utviklingen av APD, er det ingen empiriske bevis for at det er en direkte årsakssammenheng for at utviklingen av APD er forbundet med bestemte

tilknytningsforstyrrelser (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 257). Forsiktighet bør derfor utvises i forhold til å sette likhetstegn mellom individets tilknytningsrelasjon og utviklingen av APD i voksen alder. Det kan imidlertid argumenteres for at en usikker tilknytning og utviklingen av negative indre arbeidsmodeller øker personens sårbarhet og kan utgjøre en risiko for senere utvikling av psykopatologi. Forstyrrelser og belastninger i barnets tidlige tilknytningsrelasjoner er imidlertid ikke en tilstrekkelig faktor for kausale årsakssammenhenger, da utviklingen trolig er mer kompleks (ibid.). I forlengelse av oppgavens problemformulering ønsker vi imidlertid kun å kartlegge mulige risikofaktorer for utviklingen av APD. Gjennomgående tyder det på at et følelsesmessig dårlig oppvekstmiljø, kjennetegnet av utilgjengelige, lite stimulerende, avvisende og ustabile og uintegreerte emosjonelle reaksjoner fra omsorgspersonen kan lære barnet å ikke stole på nære relasjoner.

3.3.6 Utvikling av mentaliseringsevnen

Blant personlighetsforstyrrelsene fremstår APD som en av de hyppigst forekomne lidelsene (Bateman & Fonagy, 2007, p.30). Mentaliseringsteorien og Mentaliseringsbasert terapi blir i dag anvendt for å forstå utviklingen og behandling av Personlighetsforstyrrelsen type Borderline. Vi mener at mentaliseringsteorien også kan anvendes for å forstå utviklingen av Personlighetsforstyrrelsen APD. Følgende avsnitt inneholder en redegjørelse for begrepet mentalisering og hvordan individet utvikler evnen til å mentalisere. Vi vil gjennomgående analysere hvorvidt APD kan forstås som et uttrykk på en svekket utvikling i barnets mentaliseringsevne.

3.3.6.1 Hva er mentalisering, og er APD et uttrykk for en svekket mentaliseringsevne?

Allan, Fonagy & Bateman (2010) bringer tilknytningsteorien et skritt videre, og argumenterer for at tilknytningsrelasjonen spiller en avgjørende rolle for utviklingen av et psykologisk selv, individets evne til å mentalisere, og affektregulering. Mentalisering innebærer individets evne til før-bevisst, subjektiv og imaginær mental aktivitet (ibid., p. 50). Bateman & Fonagy (2007) definerer mentalisering som en

prosess der individet implisitt og eksplisitt fortolker egne og andres atferd som å være forbundet med intensjonelle mentale tilstander, som for eksempel antakelser, ønsker, behov følelser og oppfattelser (ibid., p. 33). Mentalisering handler grunnleggende om å forstå og skape mening av egne og andres atferd, hvilket tilsvarer å se seg selv utenfra, og andre innenfra. Det er en form for forestillingsaktivitet, som innebærer individets evne til å forestille seg at egne og andres handlinger er forbundet med intensjonelle og meningsbærende mentale tilstander. Mentalisering antas å være avgjørende for organiseringen av en sammenhengende stabil fornemmelse av et psykologisk selv, identitet, affektregulering, kommunikasjon, adaptive sosiale kompetanser og håndteringen av interpersonelle samspill og konflikter (ibid., p. 34). Mentaliseringsevnen gjør individet i stand til å forstå og tolke, men også i viss utstrekning forutse både egne og andres atferd, hvilket kan gi personen en fornemmelse av en indre ro og opplevelse av verdenen som meningsfull (Jørgensen, 2009, p. 372).

Tidlig forstyrrede relasjoner, et usikkert ambivalent tilknytningsmønster, traumer i tilknytningsrelasjonen og etableringen av negative arbeidsmodeller og patologisk skam kan utgjøre risikofaktorer for utviklingen av APD, grunnet at det kan underminere individets evne til å mentalisere (Karterud & Bateman, 2010, p. 16f). Personer med APD kan karakteriseres ved en skrøpelig eller nedsatt mentaliseringsevne, hvor de har vanskelig for å forstå egne og andres følelser, tanker og motiver, hvilket kan føre til en opplevelse av verden som uforutsigelig, kaotisk og pinefull. En dysfunksjonell mentaliseringsevne har også innvirkning på individets stress-, arousal-, og affektregulering. Et nedsatt affekt-, og selvreguleringssystem kan komme til uttrykk hos personer med APD ved at de ofte overveldes av følelser som kan oppleves som meget diffuse, angstpregede og kroppslige (Bateman & Fonagy, 2007, p. 30). De kan føle seg lammet i deres evne til å tenke i sosiale situasjoner, og har vanskelig for å se seg selv innenfra og andre utenfra. Individer med APD utviser en generell tendens til å feilattribuere egenskaper både til seg selv, og til andre mennesker som å være kritiske og devaluerende, hvilket kan være en direkte konsekvens av en nedsatt mentaliseringsevne. Det blir antatt at mentaliseringsevnen hos individer med APD er midlertidig svekket i sosiale, interpersonelle og intime relasjoner, hvor den aktuelle situasjon kan oppleves som meget belastende, og hvor stress og arousal-nivået eskalerer og personen har vanskelig for å regulere følelsene

sine. Mangel på følelsesregulering hos individer med APD, kan føre til at tilbaketrekningssatferd og isolasjon blir anvendt som en affektiv regulator (ibid., & Karterud & Bateman, 2010, p. 259).

3.3.7 Allen, Fonagy & Bateman (2010) sin relasjonelle utviklingsmodell for mentaliseringsevnen

Ifølge Allen, Fonagy & Bateman (2010) utvikler individet mentaliseringsevnen gjennom følgende fire utviklingspsykologiske stadier:

1. **Teleologisk modus.** Ved 5 måneders alder begynner spedbarnet å etablere et teleologisk modus, hvor de erfarer at en handling forbindes med omverdenen, men at denne kun er forankret i den fysiske verden. Spedbarnet utvikler en evne til fysisk avlesning og opplever seg selv om en fysisk aktør som har evnen til å handle gjennom interaksjon med fysiske lovmessigheter (Allen, Fonagy & Bateman, 2010, p. 102). Tilbaketrekningssatferden individer med APD ofte tar i bruk kan forstås som en teleologisk løsning, hvor individet opplever at den eneste løsningen er å fysisk handle seg ut av en belastende situasjon eller interpersonell relasjon.
2. **Psykisk ekvivalensmodus.** Psykisk ekvivalenstenkning utvikles i løpet av barnets andre leveår. Barnet opplever seg selv og andre som intensjonelle aktører, der handlinger utspringer som et bilde på den indre verden, og hvor det ikke er mulig å generere alternative forklaringer. Barnet har ikke utviklet evnen til å adskille mentale tilstander fra fysiske opplevelser, hvilket medfører at barnet setter likhetstegn mellom den indre og den ytre verdenen (ibid.). En konsekvens av dette er at barn kan oppleve frykt i forbindelse med deres fantasier og forestillinger, fordi de ikke har utviklet evnen til å forstå at mentale fenomener som for eksempel drømmer, tanker og forestillinger er representasjoner fra deres sinn og ikke virkelighet (ibid.). Psykisk ekvivalensmodus kan prege symptombildet til individer med APD, hvor de kan ha en konkret oppfattelse av mentale tilstander der den ytre virkeligheten likestilles med individets opplevelse av den indre.

3. **Forestillingsmodus** utvikler seg hos barn ved tre-fire års alderen. Barnet lærer seg at atferd ikke nødvendigvis er en direkte avspeiling av andre menneskers indre emosjonelle opplevelser eller reaksjoner (ibid., p. 251). Barnet adskiller klart mellom lek og virkelighet, hvor lekeverden ikke har noen forbindelse til den reelle verden. For eksempel kan barn leke at en stol er en hest, men dersom en voksen kommer inn å påpeker at stolen egentlig er en stol, og ikke er en hest, ødelegger det leken (ibid., p. 79)
4. **Utviklingen av mentaliseringsevnen.** Når barnet er rundt 6 år utvikles mentaliseringsevnen. Gjennom en dualistisk opplevelse i psykisk ekvivalensmodus og forestillingsmodus, utvikles de to primitive representasjonsmodusene i en integrert refleksiv tenkning, også kalt for mentalisering (Bateman og Fonagy, 2007, p. 41). Barnet danner en forståelse for at barnets indre mentale tilstand er knyttet til virkeligheten, men samtidig at de ikke er direkte avspeilinger av virkeligheten (psykisk ekvivalensmodus) eller er helt frakoblet fra virkeligheten (forestillingsmodus). Koblingen mellom barnets indre mentale verden og den ytre virkelighet, muliggjør erkjennelsen, både implisitt og eksplisitt at andres handlinger er forståelige på bakgrunn av deres indre mentale tilstander, men også erkjennelsen om at andre mennesker tolker en selv på tilsvarende vis (Allan Bateman & Fonagy, 2010, p. 118). Denne parallelle erkjennelsen er avgjørende for utviklingen av et selvbiografisk sammenhengende bilde av selvet, fordi den bekrefter individet som en mental aktør, og representerer individets erkjennelse som gjenstand for felles oppmerksomhet. Barnet utvikler en evne til å skape mening, og en evne til å forstå at egne og andres handlinger er forbundet med intensjonelle mentale tilstander som ønsker, følelser og behov (ibid.). Utviklingen av mentaliseringsevnen er også avgjørende for individets evne til affektregulering. Nedenstående avsnitt omhandler hvordan en nedsatt affektregulering og mentaliseringsevne kan utgjøre risikofaktorer for utviklingen av APD.

3.3.8 Kan en nedsatt mentalisering og affektregulering være en risikofaktor for utviklingen av APD?

Teorien om mentalisering er forankret i Bowlbys tilknytningsteori (1988, i: Karterud & Bateman, 2010) som tidligere nevnt hevder at barnets evne til affektregulering og mentalisering er påvirket av tilknytningsforholdet og omsorgspersonens evne til å kongruent og markert speile spedbarnets emosjonelle tilstand (ibid., p. 16f). Dette foregår ved at spedbarnet opplever seg selv som en psykologisk emosjonell aktør ved at tilknytningsfiguren speiler spedbarnets indre mentale tilstander, hvilket medfører at spedbarnet kan oppdage deres egen affekt gjennom speilingen til omsorgspersonen (Allan, Bateman & Fonagy, 2010 p. 106). Barnet utvikler deres egne emosjonelle tilstand og fornemmelse av seg selv som et emosjonelt selvbevisst aktør, gjennom deres internalisering av tilknytningspersonens kontingent responderende og markert speilende emosjonelle uttrykk. Dette danner etter hvert grunnlaget for barnets mentale representasjoner, affektregulering og impuls kontroll (ibid.). Individets mentaliseringsevne har betydning for individets evne til å forstå, og forutse egne og andres atferd, hvilket har avgjørende betydning for individets opplevelse av verden, indre orden og opplevelsen av et koherent selv.

Dersom individet har en dysfunksjonell mentaliseringsevne og lav affektregulering kan personen ha vanskeligheter med å forstå og skape mening av egne og andres atferd, hvilke medfører en opplevelse av verden som kaotisk, uforutsigelig og pinefull (Jørgensen, 2009, p. 313). Feilaktig speiling av spedbarnet kan utgjøre en risikofaktor for utvikling av APD, ved at det kan føre til en forstyrrelse i utvikling av spedbarnets følelse av koherens, sammenheng og affektregulering. For eksempel kan manglende markert speiling av spedbarnets emosjonelle uttrykk, oppleves som overveldende for spedbarnet. Eksempel på dette kan være at en mor som er trist, frustrert, bekymret og engstelig responderer på barnets emosjonelle opplevelse av frustrasjon ved å selv utøve fysisk aggresjon og frustrasjon ovenfor spedbarnet, fremfor å markert speile og nedregulere barnets emosjonelle tilstand på en empatisk og rommende måte. Spedbarnet kan oppleve reaksjonen som et bilde på tilknytningspersonens virkelige emosjon, hvilket kan gi spedbarnet en fornemmelse av at deres indre tilstand smitter til den ytre. Dette kan ifølge Allan, Bateman & Fonagy (2010) føre til en opplevelse av fare og trussel mot selvet, og potensielt

resultere i traume fremfor emosjonell innlæring (ibid. p. 106). Dette kan svekke barnets følelse av et koherent selv, mentaliseringsevne og affektregulering. Dersom tilknytningsfigurens speiling ikke er i overensstemmelse med barnets følelsesmessig emosjonelle tilstand, kan dette føre til at spedbarnet ikke utvikler en forståelse av sin egen emosjonelle tilstand gjennom omsorgspersonens speiling, men heller internaliserer bildet av omsorgspersonens som en integrert del av sin egen selvstruktur. Bateman og Fonagy (2007, p. 49) omtaler denne diskontinuitet i selvet som det *fremmede selv*. Individer med APD kan for eksempel som barn være tilbøyelig til å internalisere tilknytningsfigurens avvisning, sinne og ydmykelse som en del av sin egen selvstruktur. Barnet internaliserer et fremmed selv gjennom projektiv identifikasjon, for å skape en illusjon om en sammenheng og for å beskytte seg selv mot en følelse av inkongruens (Bateman & Fonagy, 2007, p. 49). Manglende *markert* speiling fra tilknytningsfigur kan føre til at barnet i voksen alder har vanskelig med å gjenkjenne, regulere og identifisere indre tanker og emosjoner (ibid.).

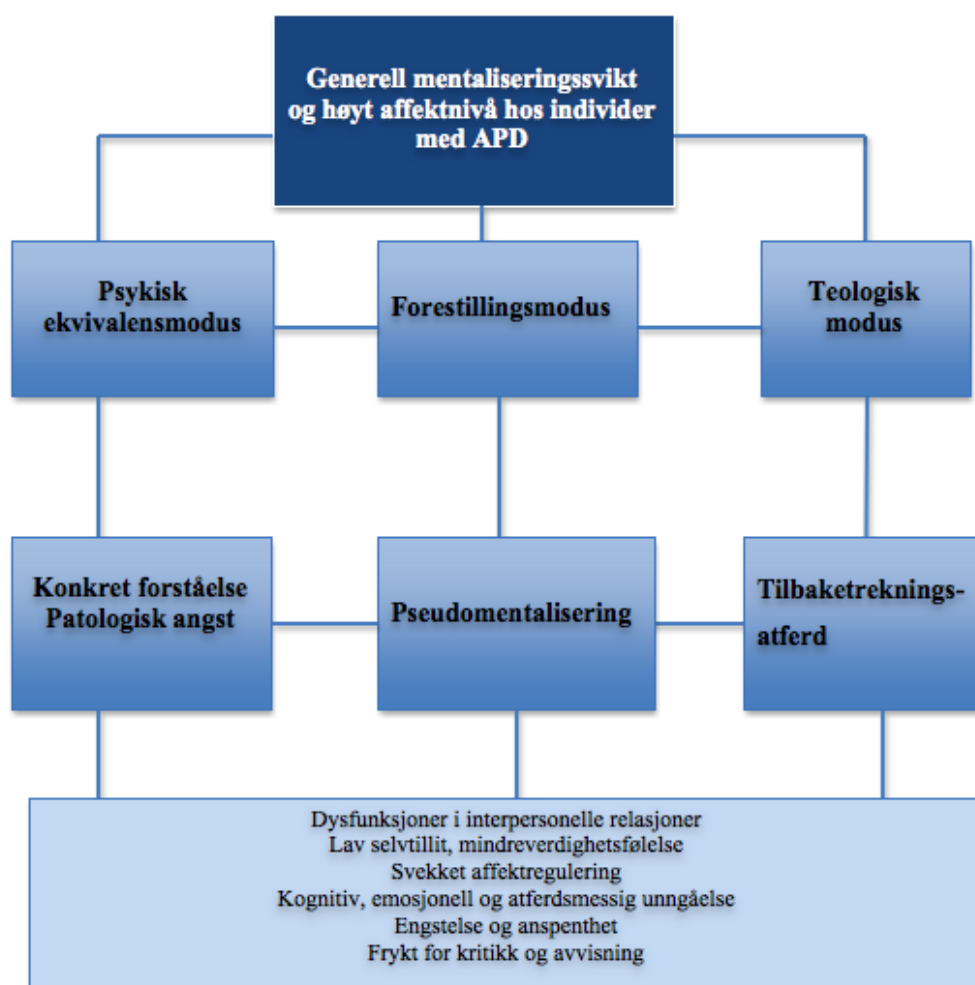
Gjennomgående kan det argumenteres for at en feilaktig speiling av spedbarnets emosjonelle uttrykk, kan utgjøre en risikofaktor for utvikling av APD fordi det undergraver utviklingen av barnets affektregulering og mentalisering. Mentaliseringssvikt fører til en mentaliseringsdysfunksjon, der individets evne til å se den andre personen som en gjenstand for re-representasjon svekkes, hvilket øker tilbøyeligheten for at individet anvender ikke-mentaliserende måter å tenke på som for eksempel hypermentalisering, intrapsykisk regulering, konkret tenkning og affektiv dysregulering. Individet med APD kan sies å ha en dysregulerende mentaliseringsevne, hvilket kan predisponere individet for å forstå sin selvpresentasjon som værende i ikke-mentaliserende subjektivitetsmodi som for eksempel psykisk ekvivalensmodus, forestillingsmodus eller teleologisk modus (Bateman & Fonagy, 2007, p. 42).

3.3.9 Mentaliseringssvikt i forbindelse med APD

Følgende avsnitt vurderer hvorvidt sentrale elementer ved APD utspringer som en konsekvens av en mentaliseringsdysfunksjon. Karakteristikk for individer med APD inkluderer blant annet lav selvtilitt, problemer i relasjoner, manglende

affektregulering, frykt for kritikk og avvisning, emosjonell unngåelse og unngåelsesatferd i sosiale situasjoner (jf. 2.3). Problemstillingene kan være en direkte konsekvens av at mentaliseringsevnen er skrøpelig og tilbøyelig til å bryte sammen i sosiale situasjoner, interpersonelle-, og intime relasjoner, hvor individet skifter over til ikke-mentaliserende subjektivitetsmodus, psykisk ekvivalensmodus, forestillingsmodus eller teleologisk modus. Disse former for mentaliserende subjektivitetsmodus beskrives som utviklingsmessige forløpere til mentalisering hvilket forstås som normale hos et lite barn, men derimot oppfattes som mentaliseringssvikt hos en voksen person. Figur 3 viser en visuell modell over hvordan vi kan forstå problematikken til individer med APD ut fra mentaliseringsteorien.

Figur 3: Oppfattelse av APD som uttrykk for mentaliseringssvikt



Redigert modell, Bateman & Fonagy, 2007, p.20

Psykisk ekvivalensmodus beskrives som en brist på individets symboliserende evner hvor den ytre verden oppleves som værende ekvivalent med den indre verden (Bateman & Fonagy, 2007, p. 120). Hos individer med APD kan en slik isomorfisme mellom indre og ytre realitet komme til uttrykk gjennom konkret tenkning, hvor personen har vanskelig for å sette spørsmålstegn og generere alternative forklaringer for andres atferd i sosiale situasjoner (Skårderud, Sommerfeldt & Fonagy, 2012, p. 13). Individer med APD utviser en generell mangel på oppmerksomhet ovenfor andre personers følelser, tanker og ønsker. Et eksempel på konkret tenkning hos individer med APD, er at de attribuerer fordommer og generaliseringer om at andre personer ikke liker dem og dømmer dem negativt, hvilket kan fungere som selvoppfyllende i forhold til deres allerede eksisterende negative selvilde og utilstrekkelighetsfølelse (Bateman & Fonagy, 2007, p. 45). Vi kan også se tegn på sirkulære atferdsforklaringer. Et eksempel på dette kan være: *"Han snakker ikke til meg, fordi han ikke liker meg"*. Selvbekreftelse er også et tegn på konkret tenkning og forståelse, hvilket inngår som en sentral del av problematikken til APD (jf. 2.3.3). Fremkomsten av en slik paranoid forestilling kan være en indirekte konsekvens av en kombinasjon av negative indre arbeidsmodeller dominert av traumer i tilknytningsforholdet, og en manglende evne til å generere alternative forklaringer. Karakteristisk for APD er feilrepresentasjon av andres indre tilstander, gjennom feilattribuering og konkret tenkning kjennetegnet av en sterk, ofte falsk overbevisning om å møte kritikk, ydmykelse og avvisning i interpersonelle relasjoner (jf. 3.3.6.1).

Det tidlige tilknytningsforholdet påvirker også individets styrende oppmerksomhetskontroll hvilket er avgjørende for utviklingen av individets selvregulering, angst-, arousal-, og stresshåndtering og vurdering av farer i sosiale situasjoner og interpersonelle relasjoner. Manglende markert og kongruent speiling fra omsorgspersonen, negative arbeidsmodeller og et usikkert ambivalent tilknytningsmønster kan påvirke individets affektregulering negativt ved at personen ikke klarer å regulere angstnivået og håndtere følelser i stressende emosjonelle situasjoner. Angsten hos individer med APD kan forstås som individets vurdering av risiko eller farer mot selvet i *psykisk ekvivalensmodus* (Bateman og Fonagy, 2007, p. 54). Individer med APD kan ha problemer med å adskille mellom indre og ytre opplevelser, og til å generere alternative representasjoner for disse. Individer som er

blitt ydmyket, såret, sviktet og latterliggjort i tilknytningsrelasjonen, kan for eksempel frykte nærhet med andre personer fordi relasjonen også kan være en kilde til smerte (ibid.). Personen kan for eksempel feiltolke sosiale situasjoner og andres intensjoner som å være farefulle for individets indre representasjon. Fonagy, Schore & Stern (2006) forklarer hvordan en person som persiperer en situasjon som farefull kan aktivere en kamp og fluktreaksjon som en forsvars-, og beskyttelsesstrategi (ibid., p. 56). Dette kan vi gjenkjenne hos individer med APD, som ofte feiltolker en sosial situasjon som å være direkte skremmende for selvet, hvilket aktiverer en unngåelsesatferd som en selvbeskyttelsesstrategi. Opplevelsen av selvrepresentasjon i psykisk ekvivalensmodus kan føre til at individet opplever egne og andres attribuerende negative tanker som *virkelige* fremfor kun representasjoner, noe som kan forklare hvorfor individer med APD opplever kritikk og avvisning som intenst og farlig. I psykisk ekvivalensmodus oppleves en situasjon som virkelige representasjoner og fakta her-og-nå, og ikke kun som re-representasjoner (Bateman og Fonagy, 2007, p. 54). Opplevelsen av en sosial situasjon i psykisk ekvivalensmodus er knyttet til psykisk smerte, fordi det kan føre til at personen overveldes av følelser, som oppleves som virkelige, angstpregede og kroppslige. Et eksempel på dette kan være følgende tankegang: *"De snakker ikke til meg, fordi jeg er lite verdt og sosialt inkompetent"* (ibid., p. 30). Psykisk ekvivalensmodus kan beskrives som en slags kortslutning, hvor individet opplever en umiddelbarhet mellom mental og fysisk erfaring (Skårderud, Sommerfeldt & Fonagy, 2012, p. 13).

Forestillingsmodus kan komme til uttrykk for individer med APD gjennom det Fonagy og Bateman (2007) definerer som pseudomentalisering, hvor individet er intellektualiserende (ibid., p. 116). Individets forestillingsdannelse kan være karakterisert av en fysisk virkelighet og psykisk konstruksjon som er adskilt, og hvor personen ikke riktig har tilgang til sine følelser. Bateman & Fonagy (2007) skiller mellom tre kategorier av pseudomentalisering: anmassende-, overaktiv-, og destruktiv upresis pseudomentalisering. Anmassende pseudomentalisering fremstår som mest relevant for APD (ibid., p. 117). Anmassende pseudomentalisering kan oppstå hos personer med APD ved at de kan generere eksplisitte antakelser om å vite hva andre personer tenker og føler, uten å erkjenne eller sette spørsmålstegn ved egne antakelser om andres tanker og følelser (ibid.). Kombinasjonen av individets hypersensitivitet ovenfor andres mentale tilstander, kombinert med en nedsatt

mentaliseringssevne, kan føre til oppbygningen av det Bateman & Fonagy (2007) definerer som pseudoviten om andre personens indre mentale tilstander, hvilket vi kan se hos individer med APD (ibid.).

Individer med APD kan karakteriseres ved en overdreven oppmerksomhet på andres indre tilstander og intensjoner, hvor de søker etter tegn på kritikk og avvisning. Dette fører til at de kan være mindre oppmerksomme på signaler som avkrefter dette. Sterk overvåkenhet og selv-bevissthet kan være et resultat av et usikkert ambivalent tilknytningsmønster og etableringen av indre arbeidsmodeller hvor individet lærer seg å være oppmerksom på tilknytningspersonens indre mentale tilstander og affekt, for å forutse og beskytte seg selv mot eventuelle farer. En person som for eksempel har blitt utsatt for traumer i tilknytningsrelasjonen, kan danne indre arbeidsmodeller hvor individet forventer at andre interpersonelle relasjoner og sosiale situasjoner også er forbundet med opplevelsen av kritikk, ydmykelse og avvisning. Fonagy & Bateman (2007) påpeker hvordan en overdreven mentalisering og avlesning av andre menneskers tanker, atferd og intensjoner, kan gå på bekostning av individets evne til å mentalisere over sin egen indre mentale tilstand og følelsesmessige signaler (ibid., p. 123). Individer med APD som har opplevd latterliggjørelse, ydmykelse og avvisning i interpersonelle relasjoner, kan ha utviklet en sensitivitet i forhold til mulige tegn som bekrefter dette, men være ute av stand til å oppfatte andre mer positive signaler. Bateman & Fonagy (2007) skiller mellom ulike måter individet kan anvende en overdreven bruk av mentalisering. Personer med APD kan sies å befinne seg på den lette enden, hvor de har begrensede hensikter om å kontrollere den andres mentale tilstand, men hvor de anvender deres overdrevne mentalisering på en egoistisk og selvskadende måte. Dette kan for eksempel være forvrengninger av andres affekt og indre mentale tilstander, eller en feilrepresentasjon av sin egen opplevelse (ibid., p. 124). Dette kan føre til en kronisk vaktksomhet, anspenthet og engstelse mot kritikk og avvisning i sosiale situasjoner, som er avgjørende faktorer for hvorfor individer med APD opplever sosiale vanskeligheter og dysfunksjoner i interpersonelle relasjoner.

Individer med APD sitt vedvarende mønster av tilbaketrekningsatferd kan forstås som individets teleologisk løsning på den aktuelle situasjon. Når individet forfaller til forestillingsmodus eller psykisk ekvivalensmodus kan den aktuelle situasjonen

oppleves som meget angstfull og uoverskuelig, hvor individets evne til symbolisering bryter sammen, og hvor individet kun er i stand til å forestille seg en fysisk slutttilstand, hvor individet fysisk trekker seg tilbake og ut av den interpersonelle relasjonen som en affektiv regulator (Fogany, Gergely, Jurist & Target, 2002, p. 339).

3.3.9 Oppsummering av oppgavens utviklingspsykologiske risikofaktorer

En usikker ambivalent tilknytning og nedsatte mentaliseringsevner fremstår som en avgjørende risikofaktor for utviklingen av APD. Ifølge Bowlbys tilknytningsteori (1988) foregår selvets utvikling og affektregulering i det dyadiske samspillet mellom barnet og tilknytningsfiguren. Tidlige forstyrrede relasjoner og et usikkert ambivalent tilknytningsmønster kan føre til utviklingen av indre negative arbeidsmodeller og patologisk skam, hvilket kan underminere individets mentaliseringsevne og affektregulering, som er sentrale i forståelsen av problematikken hos personer med lidelsen APD. Hos individer med APD kan ikke-refleksive indre arbeidsmodeller dominere atferden personen utviser i følelsesmessige ladede sosiale situasjoner, i nære relasjoner, eller i enhver interpersonell relasjon som aktiverer representasjoner av individets tidlige negative samspill i tilknytningsforholdet (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002, p. 335). Manglende markert speiling fra omsorgsgiver, et usikkert ambivalent tilknytningsmønster, og traumer i tilknytningsforholdet kan underminere individets mentaliseringsevne og affektregulering, hvilket fører til at individet i relasjoner hvor affektnivået blir for høyt, eller i relasjoner som aktiverer tilknytningsforholdet hurtig forfaller til ikke-mentaliserende subjektivitetsmodus, psykisk ekvivalensmodus, forestillingsmodus eller teleologisk modus. Selvopplevelsen til personer med lidelsen APD kan derfor i interpersonelle- og intime relasjoner være preget av en manglende evne til å gjenkjenne, regulere og identifisere egne og andres indre tanker og følelser, hvilket fører til en opplevelse av den interpersonelle relasjonen eller situasjonen som skremmende, angstfremkallende, kaotisk og pinefull (jf. 3.3.6.1). Overordnet kjennetegnes personer med lidelsen APD ved nedsatte mentaliseringsevner, affektfobi og lav affekttoleranse, hvor personen som konsekvens danner et

vedvarende mønster av unngåelsesatferd fra interpersonelle og intime relasjoner og situasjoner.

Utviklingspsykologiske risikofaktorer for utviklingen av APD kan imidlertid kritiseres for at de hovedsakelig vektlegger at utviklingen av APD er et resultat av den tidlige interaksjonen mellom barnet og barnets primære omsorgsgiver. De utviklingspsykologiske risikofaktorene tar mindre hensyn til hvilken betydning biologiske risikofaktorer kan ha for barnets tilknytning til sin primære omsorgsperson. For eksempel kan biologiske betingede faktorer som medfødte personlighetstrekk, et hypersensitivt temperament og en kontinuerlig overaktiv fryktreaksjon øke sannsynligheten for at tilknytningspersonen tar avstand eller ikke er empatisk tilgjengelig ovenfor spedbarnet, hvilket kan føre til utviklingen av et usikkert ambivalent tilknytningsmønster, negative arbeidsmodeller hos barnet, patologisk skam og nedsatt mentaliseringsevne (Perris & Perris, 2000, p. 110). Et annet kritikkpunkt av de utviklingspsykologiske teorier er at de i mindre grad vektlegger andre risikofaktorer utenfor den primære familie i barnets utvikling. Barn og unge inngår i dag i mange ulike institusjoner, som barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Utviklingspsykologiske teorier, især tilknytningsteorien fokuserer i stor grad på barnets interaksjon med den primære omsorgsgiver, men graden av denne interaksjonen har endret seg i dagens samfunn. Barnet tilbringer i dag mer tid med andre omsorgsgivere som for eksempel i barnehagen, og mindre tid sammen med sin primære omsorgsgiver.

3.4 Sosialpsykologiske faktorer

Sosialpsykologi er en gren av psykologien som utforsker mentale fenomen i relasjon til menneskelig sosial interaksjon og samfunnet generelt. Menneskesinnet er ifølge sosialpsykologiske teorier sosialt strukturert, og alltid påvirket av gruppen eller kulturen som individet er en del av (Turner & Oaks, 1997, p.356). Ifølge sosialpsykologiske forståelser kan de andre teoriretningene vi har brukt hittil i oppgaven kritiseres for å være reduktive, ved at de reduserer APD til å hovedsakelig omhandle individuelle biologiske predisposisjoner eller utviklingsprosesser (ibid., p. 370). Et sentralt spørsmål i denne forbindelse er om man kan adskille den kliniske

psykologi fra sosialpsykologien (Maddux, 2010, p. 3). Selv om sosialpsykologi tradisjonelt sett har beskjeftiget seg i stor grad med mer eller mindre ”normal” sosial og interpersonell atferd, og klinisk psykologi i større grad har beskjeftiget seg med ”abnormal” eller patologisk atferd, er det allikevel vanskelig å skille tydelig mellom hva som er normalt og hva som er abnormt (ibid.). Størsteparten av det man ser på som såkalt abnormal sosial atferd, blant annet ved APD, er det ifølge en sosialpsykologisk og evolusjonsteoretisk tilnærming egentlig forstyrrede eller overdrevne mønstre av normale atferdsmønstre. På denne måten kan atferd som blir kategorisert som patologisk, egentlig handle om normal og adaptiv atferd (ibid., p. 11). Skyhet og tilbaketrekking er for eksempel adaptiv atferd, på grunn av at det kan beskytte individet mot fare. Problemet oppstår når disse kvalitetene blir for overdrevne eller styrende, og individet ikke lenger klarer å skille mellom reell fare, og innbilt fare, og en i prinsippet normal atferd blir dysfunksjonell (ibid.). Følgende avsnitt, med utgangspunkt i sosialpsykologiske teorier, vil undersøke hvordan grunnleggende normal eller adaptiv atferd kan bli dysfunksjonell, og føre til de symptomene og psykiske vanskelighetene som kan oppstå hos individer med lidelsen APD.

Avsnittet innledes med en beskrivelse av individets selv, og et sosialpsykologisk syn på utviklingen av selvet, med utgangspunkt i teorier om selvskjemaer, og hvordan ønsket om å unngå diskrepans kan føre til at individet opprettholder et negativt selvbilde. Det vil deretter følge en redegjørelse for evnen til selvbevissthet, og hvordan en overdreven selvbevissthet kan føre til psykiske vanskeligheter hos enkelte individer. Det følger deretter en beskrivelse av Banduras sosiale læringsteori, og hvordan lave nivåer av opplevd mestringstro kan fungere som en risikofaktor for utviklingen av APD. Deretter presenteres en drøfting av om dagens samfunn stiller større krav til individets mentaliseringsevner, og om individer med lidelsen APD er mer sårbare i dag enn tidligere, og kan oppleve flere vanskeligheter, på bakgrunn av deres nedsatte mentaliseringsevner. Avsnittet avsluttes med en generell oppsummering av de sosialpsykologiske teoriene, og hvordan disse kan besvare oppgavens problemformulering.

3.4.1 Selvet

Begrepet selv brukes noe ulikt av forskjellige teoretikere. Mark Leary (2004) beskriver selvet som individets mentale system som muliggjør at personen kan tenke bevisst om seg selv og hvem vi er, og hva vi gjør. Dette innbefatter evnen til å planlegge, ta beslutninger, selvkontroll, selvkonseptualisere og evaluere, mentalisere, introspeksjon og perspektivstakning (Leary, 2004, p. 3.). Disse evnene gir oss muligheten til å regulere våre egne tanker, følelser og atferd, grunnet at vi kan forutse fremtidige konsekvenser av våres handlinger og agere på en måte som minsker negative konsekvenser i fremtiden. Dette muliggjør evnen til å handle på en bevisst måte som fremmer vårt velbefinnende, og realiserer viktige mål, samt at det gir oss evnen til å tilsidesette impulser som senere kan få negative konsekvenser (ibid., p. 6). Det faktum at mennesker har disse evnene, utgjør den største forskjellen mellom mennesker og dyr. Som det har blitt redegjort for gir selvet individet en rekke fordeler, men det kan også være grunnlag for en rekke psykiske vanskeligheter (ibid., p. 8). Individer med APD er ofte karakterisert av en mangel i etableringen av stabile, velavgrensede, og integrerte forestillinger om selvet og andre, og innebærer ofte betydelige innskrenkninger i personens sosiale og arbeidsmessige funksjon, som for eksempel problemer med å samarbeide med andre, og fungere adaptivt i samtidskulturen (Jørgensen, 2009, p. 43). Studier av Eikenes (2013) har vist at personer med APD har lavere personlighetsfunksjoner på områder som identitet, lavt selvbilde, og problemer med intimitet og nærhet (Skårderud et al., 2010, p.759). Selvbildet deres er også preget av en følelse av at de er sosialt udugelige, lite attraktive eller mindreverdige, de stiller høye krav til seg selv og er ofte selvkritiske. En mulig forklaring på hvorfor individer med APD kan utvikle et negativt selvbilde, er teorien om at mennesket ofte søker informasjon som bekrefter deres allerede eksisterende negative selvbilde.

3.4.2 Selvskjemaer

Markus (1977) sin teori om selvskjemaer vektlegger hvordan et individs selvskjema hjelper individet med å ta inn, og behandle ny relevant informasjon som er relatert til selvet i sosiale situasjoner (Markus, 1977, p. 63). Selvskjemaer er kognitive

generaliseringer om oss selv, som vi har tatt opp gjennom tidligere erfaringer. På grunn av at vi blir utsatt for utrolig mye sosial stimuli i løpet av vår hverdag, er individet nødt til å ha visse selvskjemaer for å kunne sile ut relevant stimulasjon. Disse selektive kognitive strukturene gjør seg gjeldende spesielt når vi tar inn informasjon som omhandler selvet (ibid., p. 64). Et individs selvskjemaer kan anvendes som en mulig forklaring på utviklingen av APD, fordi skjemaene inneholder informasjon både om selektive episoder personen tidligere har opplevd, men også om deres generelle oppførsel. Informasjon om selektive episoder hos APD kan for eksempel være hvis personen har opplevd en spesifikk negativ opplevelse. Et eksempel på dette kan være at personen tidligere har opplevd kritikk eller ydmykelse i sosiale situasjoner, som kan lede til dannelsen av et skjema om generell oppførsel hvor personen opplever seg selv som sosialt inkompetent eller mindreverdig. Dette kan igjen føre til at de blir sjenerte og usikre i sosiale sammenhenger (ibid.). Når vi for eksempel opplever en episode flere ganger blir selv-skjemaene styrket, og vi klarer dermed bedre å skille mellom ny relevant informasjon eller informasjon som motsier våre tidligere erfaringer. Konseptet om selvskjemaer er relevant i besvarelsen av oppgavens problemformulering, på grunn av at det illustrerer hvordan tidligere opplevd informasjon har blitt kategorisert og organisert i et vedvarende mønster, hvilket kan ha en innvirkning på hvordan individet bedømmer, reagerer og forutsier noe om seg selv og andre. En person med lidelsen APD, som har et veletablert selvskjema som preges av at personen er mindreverdig og sosialt inkompetent, vil i større grad agere på en slik måte i sosiale situasjoner, for å opprettholde dette selvskjemaet.

3.4.2.1 Selvskjemaer: en risikofaktor for utviklingen av APD?

For en person med APD kan det i denne sammenheng tenkes at deres selvskjema bærer preg av en generell sjenerthet og en følelse av sosial mindreverd, i den forstand at de føler at de ikke klarer å interagere med andre mennesker i sosiale situasjoner, eller at de opplever det som ubehagelig å treffe nye mennesker. De kan også ha opplevd en spesifikk episode hvor de følte seg fremmedgjorte, og deretter har de generalisert denne fremmedgjøringen inn i deres selvskjema. Et eksempel på

dette kan være dersom en person med APD har et selvskjema, som bygger på spesifikke hendelser, hvor personen har opplevd å føle seg utestengt, fordi personen for eksempel ikke ble inkludert i friminuttet blant de andre medelevene, så kan dette medføre et selvskjema om personen som sosialt inkompetent. En spesifikk episode av denne typen kan integreres i selvskjemaet, hvor personen med lidelsen APD antar de ikke passer inn, fordi de tidligere har opplevd avvisning fra andre. Dette kan igjen virke selvforsterkende ved at de kontinuerlig er på vakt mot kritikk, og at det nærmest blir en selvoppfyllende profeti ved at deres mistanker bekreftes dersom de opplever former for avvisning og kritikk. Individets selvskjemaer kan også påvirke personens selvfornekkelse, som det vil bli redegjort for nærmere i etterfølgende avsnitt. Festingers (1960) teori om kognitiv dissonans er en mulig forklaring på hvorfor personer med lidelsen APD sine negative selvskjemaer kan bli en integrert del av deres selv. Ifølge teorien om kognitiv dissonans vil individet oppleve ubehag når det agerer på en måte som er inkonsistent med deres selvkonsept (Festinger & Aronson, 1960, p. 125).

3.4.2.2 Swann (1983) sin teori om selvbekreftelse

Swann (1983) sin teori om selvbekreftelse vektlegger hvordan individet prøver å innhente responser fra andre som vedlikeholder deres selvbylde selv om dette er negativt, grunnet at informasjon som avviker fra personens selvoppfattelse kan oppleves som ubehagelig (Swann, 1983, p. 33). En mulig forklaring på hvorfor individer med APD har et opprettholdende negativt selvbylde, er at de hele tiden søker bekræftelser fra andre som vedlikeholder dette negative selvbyldet. Swann (1983) foreslår ulike strategier for hvordan individet søker muligheter som verifiserer deres selv-konsepter.

3.4.2.2.1 Interaksjonsstrategier

Mennesker bekrefter seg selv ofte gjennom å interagere med mennesker, situasjoner og miljøer som bekrefter deres selvbylde. Et individ med APD vil på denne måten ofte søke kontakt med andre personer eller situasjoner som bekrefter deres negative selvbylde (ibid., p. 39). En annen måte å få andre til å bekrefte deres selvbylde er å velge spesifikke interaksjonsstrategier. En person med lidelsen APD kan for

eksempel ubevisst velge en interaksjonsstrategi som fører til at andre trekker seg eller avviser personen, som igjen vil bekrefte deres bilde av seg selv som sosialt inkompetente.

3.4.2.2.2 Kognitive prosesser

Mennesker er generelt mer oppmerksomme på informasjon som de er motiverte for å prosessere. Dette innebærer for eksempel for individer med APD at de er svært oppmerksomme på negativ feedback fra andre, mens de er langt mindre oppmerksomme på positiv feedback. På samme måte som mennesker ofte er mer oppmerksomme på informasjon som bekrefter deres selvilde, er de også ofte bedre til å huske denne typen informasjon. Individer med APD kan for eksempel være bedre til å huske negative hendelser som bekrefter deres selvilde, fremfor positive hendelser som kan avkrefte dette selvildet (ibid., p. 43). En mulig forklaring på dette fenomenet er at når individet er mer motivert for å søke ut denne informasjonen, er de også mer motiverte for å gjenhente denne typen informasjon fra hukommelsen (ibid., p. 44-45). En gang i mellom kan personen oppleve at de er usikre på hvem de er. For å redusere denne usikkerheten kan de benytte seg av handlinger som igjen vil bekrefte deres selvkonsept. Et eksempel hos individer med APD kan være at de velger å isolere seg i enda større grad, for å bekrefte deres selvilde om at de er sosialt inkompetente, eller fordi de frykter kritikk fra andre (ibid., p. 48).

3.4.5 Selvverifisering, en mulig risikofaktor for utviklingen av lidelsen APD?

Gjennom oppmerksomhet, innkoding, gjenervervelse av informasjon og tolkningsprosesser ser man at individet ønsker å opprettholde et bilde av hvem de er, til tross for at individet også opplever feedback som falsifiserer dette (ibid., p. 45). For psykisk velfungerende personer vil disse mekanismene være med på å opprettholde et selvkonsept, men det er heller ikke umulig å endre dette selvkonseptet. Hos individer med APD kan derimot en mulig hypotese være at de har

en hypersensitivitet i denne funksjonen, som gjør at de er svært sensitive ovenfor informasjon som bekrefter deres allerede negative selvbylde, og som dermed kan være med på å opprettholde dette negative selvbylde. Gjennom bruk av interaksjonsstrategier og kognitive prosesser kan personer med APD opprettholde deres negative selvbylde, selv om dette er en dysfunksjonell atferd. Selvverifisering er en måte å opprettholde et stabilt selvkonsept på, og er også avhengig av en evne til selvbevissthet.

3.4.6 Selvbevissthet

Evnen til selvbevissthet, eller selvrefleksjon er viktig i prosesser som planlegging, introspeksjon, selv-evaluering, innsikt, og selvregulering. Selvbevissthet er også knyttet opp mot emosjonelle-, og atferdsproblemer i forbindelse med hvordan personen tenker om seg selv (Leary & Tate, 2010, p. 19). En mulig hypotese er at individer med APD er overoppmerksomme på hvordan andre oppfatter dem, hvilket fører til at de er svært oppmerksomme på deres egne reaksjoner. Dette kan videre føre til at de retter for mye av oppmerksomheten over på seg selv og sine egne reaksjoner, fremfor å fokusere på det sosiale samspillet de deltar i. Dette kan føre til at de blir overoppmerksomme på hvordan de fremstår, som kan hemme dem i en sosial situasjon (ibid., p. 132).

3.4.6.1 *Selvbevissthet og følelser*

Mennesket reagerer følelsesmessig på stimuli i miljøet, på lik linje med dyr. Men i motsetning til dyr vil mennesker også oppleve følelsesmessige reaksjoner gjennom tanker, og tidligere opplevelser og erfaringer. Ved å bevisst tenke på tidligere opplevelser, den nåværende situasjonen, fremtiden, og deres kvaliteter, kan mennesket fremprovosere både positive og negative følelser (ibid., p. 20). Positive følelser kan være en motivasjon til endring, ved at individet forsøker å forestille seg den positive følelsen de vil oppleve når de for eksempel oppnår et spesifikt mål. Problemet oppstår når personen bruker mye mental kapasitet på å tenke over tidligere negative hendelser, eller når disse tankene leder til negative tanker om hva som kan skje i fremtiden (ibid.). Dette henger sammen med at tidligere opplevelser kan vekke spesifikke følelser når man tenker på situasjonen, som igjen kan lede til at man

frykter at lignende situasjoner kan oppstå igjen. Hos individer med APD som tidligere kan ha opplevd å bli kritisert foran mange mennesker, kan dette medføre at de opplever sosiale situasjoner som svært ubehagelige. Opplevelsen er forbundet med følelser som nedstemthet, skam, ydmykelse og engstelighet, og de frykter at en lignende situasjon kan oppstå igjen (ibid., p. 21). En annen medvirkende faktor er at noen personer har større problemer med å stoppe seg selv i å tenke emosjonelt ladede tanker, som kan føre til at de emosjonene tankene er forbundet med kan bli svært dominerende. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor individer med APD ofte opplever invaderende negative tanker om seg selv, og fremtidige situasjoner. Dette kalles også for ruminering, som involverer ikke-intensjonelle, repeterende og invaderende tanker om et spesielt tema, som oppstår til tross for at individets umiddelbare miljø ikke gir noen assosiasjoner til disse tankene (ibid., p. 21). Et problem med å gjentatte ganger å ruminere om ens fortid, er at det kan føre til at personen utsetter eller unngår situasjoner som kan føre til endring, noe som også preger symptombildet til individer med APD.

3.4.6.2 Selvbevissthet og APD

En mulig hypotese er at individer med APD har en overdreven selvbevissthet, ved at de er veldig bevisste på seg selv både i sosiale settinger, men at de også er veldig bevisste ovenfor negative følelser forbundet med sosiale situasjoner. Denne overoppmerksomheten kan føre til at de blir svært oppmerksomme hvordan de fremstår, som kan hemme dem i en sosial situasjon. Dette kan også føre til at situasjonen senere oppfattes som å være negativ, som igjen kan føre til at individet bruker mye mental aktivitet på å tenke på hendelsen, grunnet at den vekker en affektiv reaksjon hos personen. Dersom personen ikke klarer å stoppe de negative tankene, kan dette påvirke individets psykiske velvære, og det kan også være med på å skape en handlingslammelse, for å unngå å oppleve en lignende negativ situasjon. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor individer med APD ofte velger å isolere seg fra sosiale og interpersonelle relasjoner, grunnet at det kan vekke negative følelser som er forbundet med tidligere situasjoner (jf. 1.3.1). Gjentatt isolasjon kan også ha konsekvenser for personens mestringstro, som det vil bli redegjort for i neste avsnitt.

3.4.7 Self-efficacy

Som det fremgår av oppgavens Del 2, er ett av symptomene ved APD at de ofte føler at de ikke mestrer sosiale situasjoner, grunnet at de ser på seg selv som sosialt inkompetente, mindre interessante, eller underordnet andre (jf. 1.3.1). Som det har blitt redegjort for tidligere kan dette skyldes at individer med APD er svært oppmerksomme på seg selv og sine egne reaksjoner. Dette kan igjen være med på å påvirke deres opplevelse av egen mestringstro, som det vil bli redegjort for nærmere i dette avsnittet.

Albert Banduras (1994) begrep om *self-efficacy*, eller mestringstro, omhandler individets evne til å organisere, mobilisere motivasjon og utføre handlinger som kreves for å oppnå et bestemt resultat. Ved å oppleve mestring i ulike situasjoner kan dette styrke personens tro på egne evner og egen kapasitet, og kan være avgjørende for gjentakelse av atferden (Bandura, 1994, p. 2). En mulig hypotese er at individer med APD har en lav grad av mestringstro. En persons mestringstro har stor innflytelse på personens tanker, følelser, motivasjon og atferd, og en stor mestringstro har blitt sett i sammenheng med bedre prestasjoner, og økt grad av psykisk velvære hos individet. Dette skyldes blant annet at mennesker som har en stor mestringstro tilnærmer seg vanskelige oppgaver ved å se på dem som en utfordring som de kan klare å overkomme, fremfor at de ser på oppgaven som en trussel (ibid., p. 4). Individer som derimot har en lav mestringstro, som for eksempel individer med APD, vil i større grad unngå vanskelige oppgaver, grunnet at de har liten tro på at de klarer å mestre disse oppgavene (ibid., p. 3). Karakteristisk for symptombildet hos APD er at når de er i sosiale situasjoner, tviler de ofte på seg selv og egne evner, og mangler motivasjonen og selvtilliten til å gjennomføre sosiale oppgaver (jf. 1.3.1). Individets syn på deres evner til mestring kan påvirkes gjennom ulike kilder. En måte for hvordan individets mestringstro styrkes, er gjennom sosial overtalelse og oppmuntring. Dersom andre oppmuntrer individet, og gir dem følelsen av at de tror at personen kan mestre en gitt oppgave, kan dette føre til at individet internaliserer denne tankegangen, og på denne måten opplever økt tillitt til sine egne evner (ibid.). En mulig forklaring på hvorfor individer med APD kan ha en lav grad av mestringstro, er dersom de gjentatte ganger blir fortalt at de ikke vil mestre en gitt

atferd, som kan føre til at de etter hvert også mister troen på at de mestrer atferden selv. Hos individer med APD kan de ha opplevd å bli devaluert av forelder, eller at de har blitt utsatt for mobbing eller sosial eksklusjon, og dermed mister troen på sine sosiale evner (jf. 3.3.3.1).

Individet påvirkes også av emosjonelle og somatiske reaksjoner i en situasjon. Dersom personen opplever et høyt stress-, eller affektnivå i en gitt situasjon kan dette påvirke deres tro på at de klarer å mestre situasjonen. Personens mestringstro påvirkes også av hvor gode de er til å regulere disse responsene (ibid., p. 5). Dette handler i stor grad om hvordan personen evaluerer emosjonelle eller fysiske reaksjoner. Personer som har en høy mestringstro vil i større grad attribuere en fysisk eller emosjonell reaksjon som en reaksjon som fasiliterer eller øker deres evne til å løse en vanskelig situasjon eller oppgave, hvorav individer som har en lavere tro på egne evner i større grad vil vurdere situasjonen som et hinder for dem (ibid., p. 6). Som det har fremgått av tidligere avsnitt, kan individer med en usikker tilknytning ha større problemer med å håndtere angst og stress, ved at det kan hemme utviklingen av en god affektregulering (Skårderud, et al. 2010, p. 109), som igjen kan påvirke hvordan individer med lidelsen APD håndterer vanskelige situasjoner. Dette kan videre kan ha en negativ konsekvens på troen på deres egne evner og mestringsstrategier.

3.4.7.1 Kognitive prosesser

Individets tro på egne evner og mestringsoppnåelse har vist seg å ha en signifikant innvirkning på individets kognitive prosesser (Bandura, 1994, p. 4). Personer som har en høy mestringstro vil i større grad forestille seg scenarioer og situasjoner med et positivt utfall. Dersom de for eksempel er nervøse i en sosial situasjon vil de anerkjenne dette, men de vil også overbevise seg selv om at situasjonen trolig vil ha et positivt utfall, som for eksempel at de stifter nye bekjenskaper. En person med APD vil derimot trolig forestille seg at situasjonen vil få et negativt utfall, som at de vil bli ydmyket eller kritisert i den sosiale situasjonen (ibid., p. 6).

3.4.7.2 Affekt

Individets oppfattelse av egne mestringsevner har også en innvirkning på hvor mye stress og depressive tanker individet opplever (ibid., p. 5). En person med APD kan for eksempel oppfatte seg selv som en person som har lavere evner til å håndtere stressende situasjoner, som kan føre til at de opplever angst, hvilket muligens kan forklare det vedvarende mønsteret av unngåelsesatferd (jf. 1.3.1). Individer med lidelsen APD har også en tendens til å overvurdere trusler, og de bekymrer seg også ofte over situasjoner som kan inntreffe. Individets aktivering av angst påvirkes ikke bare av deres mestringstro, men også av deres oppfattede evner til å kontrollere negative og forstyrrende tanker (ibid.). Dette handler i stor grad om at de ofte bruker mye tankevirksomhet over utfallet i ulike situasjoner, som de allikevel har liten kontroll over. Dette vil også påvirkes av personens evne til selvbevissthet, som det har blitt redegjort for i tidligere avsnitt. Individets tro på egne evner til å kontrollere negative tanker er en viktig faktor i reguleringen av stress, grunnet at det ofte opptar mye mental energi hos individet (ibid., p. 6).

3.4.7.3 Lav grad av mestringstro, en medvirkende faktor for utviklingen av APD?

Ut fra ovenstående avsnitt kan en mulig hypotese være at lav grad av mestringstro kan være en risikofaktor for utviklingen av lidelsen APD, på grunn av at individet tidlig i livet har opplevd færre situasjoner hvor de har følt at deres evner til å organisere, mobilisere motivasjon og utføre handlinger har ført til at de har oppnådd et bestemt resultat. En mulig årsak til dette kan være negative opplevelser med barnets primære omsorgsgiver, men det kan også skyldes et medfødt temperament som disponerer dem for å være mindre utforskende (jf. 3.2.3.1). En annen mulig medvirkende årsak kan være at individer med APD i større grad benytter seg av strategier hvor de vurderer en potensiell situasjon som å være forbundet med et økt affektnivå, og at de derfor velger å unngå situasjonen. Dersom de videre har problemer med å håndtere stress og et høyt affektnivå, kan dette også påvirke deres mestringstro. Dette kan henge sammen med en økt selvbevissthet, hvor det som tidligere har blitt redegjort for, fører til at personen er svært oppmerksom på sin

affektive tilstand. Individets tro på egne evner og mestringsoppnåelse har også en viktig innvirkning på personens sosiale ferdigheter, og interpersonelle relasjoner. Individer med APD, som trolig kjennetegnes av en lav grad av mestringstro vil trolig oppleve færre positive sosiale opplevelser, på grunn av at de ofte unngår sosiale situasjoner, fordi de ikke selv føler at de har evnene til å mestre disse situasjonene. Konsekvensen kan da bli at de isolerer seg, noe som fører til færre korrigerende opplevelser, som igjen kan føre til en lavere psykisk velvære, grunnet mangel på sosiale og interpersonelle relasjoner, hvilket vi kan se hos individer med APD. Lav grad av opplevd mestringstro kan også henge sammen med deres negative selvskjemaer, og det kan videre ha en konsekvens for hvordan individet agerer i samfunnet generelt.

3.4.8 Stilles det i dag større krav til individets mentaliseringsevner?

Følgende avsnitt vil undersøke om det i dagens samfunn stilles større krav til individets mentaliseringsevner. Dersom dette er tilfellet, kan en mulig hypotese være at individer med APD er mer sårbare i dag enn tidligere, og kan oppleve flere vanskeligheter på grunn av deres nedsatte mentaliseringsevner. Avsnittet vil starte med en redegjørelse for endrede vilkår for barn i dagens samfunn, og hvordan dette kan stille økte krav til barnets mentaliseringsevner. Avsnittet fortsetter med en diskusjon om hvordan individets interpersonelle relasjoner har endret seg i det senmoderne. Det vil videre bli diskutert hvordan personens utvikling av et selv i det senmoderne trolig stiller større krav til deres mentaliseringsevner enn tidligere, både på grunn av at individet utsettes for flere skiftende sosiale relasjoner, og fordi det i større grad er opp til enkeltindividet å danne relasjoner som bidrar til en stabil selvfornekkelse. Avsnittet avsluttes med en oppsummering.

3.4.8.1 Interpersonelle relasjoner i dagens samfunn

Som det allerede har blitt redegjort for tidligere i oppgaven (jf. 3.3.6), definerer Bateman & Fonagy (2007) mentalisering som en prosess hvor individet implisitt og eksplisitt fortolker egne og andres atferd som å være forbundet med intensjonelle

mentale tilstander, som for eksempel antakelser, behov, ønsker, følelser og oppfattelser. Mentalisering handler grunnleggende om å forstå og skape mening av egne og andres atferd, hvilket tilsvarer å se seg selv utenfra og andre innenfra (ibid., p. 16). Evnen til mentalisering og å forstå andres sinn, er således trolig en av våre mest avgjørende sosiale kompetanser (Skårderud, Sommerfeldt & Fonagy, 2012, p. 7). Utviklingen i dagens samfunn, er at individet trolig inngår i flere og mer skiftende sosiale relasjoner enn tidligere. Grunnet at flere og flere foreldre er i arbeid, starter denne prosessen tidlig, ved at barnet bruker mer tid i daginstitusjoner og barnehager, og mindre tid sammen med den primære omsorgsgiver enn tidligere (Jeppesen & Sørensen, 2010, p. 3). Dette kan ha to konsekvenser, hvor det for det første kan påvirke barnets tilknytningsrelasjon, på grunn av at barnet tilbringer mindre tid med den primære omsorgsgiver. Vi har i oppgavens del om utviklingspsykologiske risikofaktorer redegjort for hvordan en ambivalent tilknytning kan fungere som en mulig risikofaktor for utviklingen av lidelsen APD (jf. 3.3.3). For det andre stiller det økte krav til barnets sosiale kompetanser, på grunn av at barnet inngår i relasjoner med mange ulike mennesker. For mange barn kan det å inngå i mange sosiale relasjoner fra tidlig alder av oppleves som positivt, men for barn som kan ha en sårbarhet, som man ofte ser hos individer med APD, kan dette føre til at de opplever vanskeligheter i det sosiale samspillet, og en konsekvens kan være at de støtes ut fra det sosiale samspillet. En viktig faktor ved barns sosiale samspill er deres evner til å mentalisere (jf. 3.3.9), og dersom disse er svekkede eller mangelfullt utviklet kan dette ha konsekvenser for hvor godt barnet evner å interagere sosialt. En konsekvens av dette kan være at barnet opplever utstøtelse eller mobbing, noe som kan føre til en integrering av negative selvskjemaer (jf. 3.4.2). En annen faktor er at familieforholdene har endret seg de seneste årene, ved at skilsmisseraten har økt. Dette har ført til at det har oppstått familieformer hvor barnet også må forholde seg til nye familiemedlemmer, som stiller økte krav til barnets sosiale evner, tilpasningsevner, og mentaliseringsevner (Giddens, 1991/1996, p. 24).

Et annet kjennetegn ved dagens samfunn er den fremskridende individualiseringen av enkeltindividet. Hvor individet i tidligere samfunn var dypt forankret i grupper og sosiale fellesskaper, er det i dag opp til individet selv å skape disse fellesskapene, og personen bærer et større ansvar for sine valg enn tidligere (Giddens, 1996, p. 175). Individet er på dette vis i større grad mer alene enn tidligere, grunnet at den nære

støtten til familien og samfunnet har blitt mindre, som et resultat av fraflytning og globalisering (ibid.). Dette stiller økte krav til personens mentaliseringsevne, grunnet at individet i større grad selv har ansvaret for å danne og opprettholde sosiale relasjoner. En mulig hypotese er at individet hadde mer sikkerhet tidligere, fordi de hadde mer nær støtte fra familien og lokalsamfunnet. Ifølge nettverkshypotesen kan tette sosiale nettverk, sterke familieband, og sterkere håndhevelse av tradisjonelle familieverdier ha en beskyttende effekt mot psykiske vanskeligheter, mens bylivet for mange innebærer fremmedgjørelse, ensomhet og isolasjon (Karterud, Wilberg & Urnes, 2009, p. 151). En mulig konsekvens av dette er at individer med psykiske vanskeligheter, som en APD diagnose, kan risikere å miste noe av den støtten de tidligere hadde, og oppleve mer ensomhet i dagens samfunn. Dette kan være én mulig årsak til at Torgersen (2005) fant stor forskjell i prevalens i sine undersøkelser av utbredelsen av personlighetsforstyrrelser. I fylket Sogn og Fjordane i Norge ble det funnet en prevalens på 8%, hvor det derimot i storbyen Oslo ble funnet en prevalens på 13.1% for utbredelsen av personlighetsforstyrrelser (ibid., p. 209).

Som tidligere beskrevet opplever individer med APD ofte store problemer i nye sosiale situasjoner fordi de frykter avvisning og ydmykelse, og de har også vanskelig for å interagere med andre mennesker med mindre de er helt sikre på at vedkommende liker dem, grunnet at de ofte har nedsatte mentaliseringsevner, som gjør det vanskeligere å interagere sosialt (jf. 2.3). Dette kan muligens gjøre tilværelsen vanskeligere for dem i det senmoderne, på grunn av at endrede vilkår og familiekonstellasjoner i det senmoderne har ført til at individets nære relasjoner har blitt mer flyktige. Som en konsekvens av globalisering og fraflytting er de sosiale relasjonene i det senmoderne preget av å være løsere og mindre stabile relasjoner (Jørgensen, 2012, p. 86). Dette kan oppleves som problematisk for individer med APD, som nettopp utviser problemer i situasjoner med nye mennesker, og i større sosiale sammenhenger. Dette kan også føre til at de i større grad trekker seg fra sosiale relasjoner. Når individer med APD i større grad selv er ansvarlige for å opprettholde sosiale relasjoner, kan dette føre til isolasjon og en større grad av ensomhet. En annen faktor som har endret seg ved de sosiale relasjonene i det senmoderne, er at mer og mer kommunikasjon foregår gjennom elektroniske hjelpemidler, som tekstmeldinger og Facebook (ibid.). Et mulig problem med dette kan være at individer med APD ofte har en stor frykt for å bli misforstått (jf. 2.3), og

dette kan forsterkes gjennom at kommunikasjonen kan bli mer utydelig dersom den for eksempel formidles gjennom skrift, i form av korte tekstmeldinger, Snapchat eller Facebook. En konsekvens av dette er at personer med APD kan vegre seg for å ta i bruk disse elektroniske hjelpemidlene, og kan føre til at de holdes ute fra sosiale fellesskaper, og kan føre til større isolasjon, og større psykiske vanskeligheter. På en annen side kan kontakt gjennom elektroniske hjelpemidler muligens oppleves som mindre skremmende for enkelte personer med lidelsen APD, på grunn av at kontakten blir mindre intim, og personen kan opprettholde kontakten i isolasjon fra fysiske situasjoner (Perris & Perris, 2000, p. 229). Det faktum at det senmoderne samfunnet i stor grad er preget av mange skiftende, ulike sosiale relasjoner stiller også økte krav til individets mentaliseringsevne, på grunn av at sosiale relasjoner trolig er en viktig del av individets utviklingen av et selv.

3.4.8.2 Selvet og mentalisering

Individets utvikling av et sammenhengende selv er ifølge Jørgensen (2002) basert på evnen til å oppbygge og vedlikeholde en sammenhengende selvidentitet gjennom en konkret fortelling eller et narrativ, som sammenbinder fortid, nåtid og fremtid til en meningsfull helhet (Jørgensen, 2002, p. 147). Ifølge Giddens (1996) er det moderne menneskets selv eller selvidentitet aldri endelig etablert, fordi individet utsettes for krav om konstant selvutvikling. Hvor man tidligere var født inn i en identitet er det i dag i langt høyere grad personens eget ansvar, og individet utsettes i dag for forandringer og mange ulike, skiftende sosiale opplevelser (Giddens, 1996, p. 219). En konsekvens ved dette er at hos individer med APD øker ofte angstnivået når de er i nye og usikre situasjoner, noe som kan ha negative konsekvenser for deres mentaliseringsevne, og evne til å forholde seg til nye situasjoner. Individets selv er også avhengig av stabilitet, som for eksempel narrativer. Dette kan trolig bli enda viktigere i et samfunn hvor individet utsettes for mer forandring enn tidligere. Én måte å finne denne stabiliteten på, er gjennom lengrevarende relasjoner til andre (ibid.). Når selvet ikke lenger er fastsatt gjennom tradisjonelle roller og forventninger, stilles det økte krav til individets sosiale evner for å danne et selv, og herunder også individets mentaliseringsevne. Dersom man opplever vanskeligheter i relasjoner, kan dette føre til at individer med APD sine narrativer kan bli veldig sårbare, og de kan oppleve en manglende følelse av et sammenhengende selvbylde.

Dannelsen av et stabilt selv i det senmoderne stiller trolig større krav til individets mentaliseringsevner enn tidligere, både på grunn av at mennesket utsettes for flere skiftende sosiale opplevelser, og fordi det i større grad er opp til enkeltindividet å danne relasjoner som bidrar til en stabil selvfornekkelse.

3.4.8.3 Oppsummering

Ovenstående avsnitt har beskrevet hvordan faktorer i dagens samfunn, som at individet inngår i flere sosiale relasjoner enn tidligere, og at de samtidig også opplever flere skiftende og ustabile situasjoner, kan fungere som mulige risikofaktorer for utviklingen av APD. En mulig forklaring på dette kan være at dagens samfunn stiller økte krav til individets mentaliseringsevner, på grunn av at det krever ferdighetene som omhandler å kunne sette seg inn i andres sinn. Barn inngår i dag i flere sosiale relasjoner og tilbringer mer tid i barnehagen og i daginstitusjoner. Dette stiller økte krav til barnets sosiale ferdigheter og tilpasningsevner. De sosiale relasjonene generelt har også endret seg, ved at den sosiale støtten fra familien og mindre samfunn har endret seg i takt med urbaniseringen. Dette stiller økte krav til individets mentaliseringsevner, fordi det for mange i større grad er opp til dem selv å danne sosiale relasjoner og nettverk. Dersom personen mislykkes i dette, kan en konsekvens være økt isolasjon, og økte psykiske problemer. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor prevalensen av personlighetsforstyrrelser i Norge er større i storbyene enn i mindre byer. Individets mentaliseringsevne har også blitt viktigere for utviklingen av et selv, på grunn av at det i større grad er opp til personen selv å skape et stabilt selv bilde i dagens samfunn. Samlet sett så kan alle disse faktorene føre til at individer med APD, som er kjennetegnet av nedsatte mentaliseringsevner, opplever økte vanskeligheter i dagens samfunn, og vilkårene i dagens samfunn kan muligens også være en medvirkende faktor til utviklingen av lidelsen APD. De samfunnsmessige faktorene kan også ha en viktig betydning for behandlingen av APD, noe som det vil bli gjort rede for nærmere i oppgavens avsnitt om behandling.

3.4.9 Oppsummering av sosialpsykologiske faktorer i utviklingen av APD

Faktorer som en overdreven selvbevissthet (jf. 3.4.6.2) som fører til en overoppmerksomhet på hvordan man fremstår, og egne følelser kan være en mulig risikofaktor for utviklingen av APD, grunnet at det kan hemme dem i deres sosiale samspill med andre. En overdreven selvbevissthet kan også ha konsekvenser for individets mestringstro, som kan føre til at individer med APD i større grad benytter seg av strategier hvor de vurderer en potensiell situasjon som å være forbundet med et økt affektnivå som en truende situasjon, og at de på denne måten unngår situasjonen. Dette kan videre også ha konsekvenser for personer med APD sitt selvbilde. En mulig årsak til utviklingen av APD er at individet er kjennetegnet ved et lavt selvbilde, og ser på seg selv som mindreverdige, og sosial inkompetent. For en person med APD kan det i denne sammenheng tenkes at deres selvskjema bærer preg av en generell sjenerthet og en følelse av sosial mindreverdighet, i den forstand at de føler de ikke klarer å interagere med andre mennesker i sosiale situasjoner og relasjoner, eller at de opplever det som ubehagelig å treffe nye mennesker. Et problem med selvbildet er at mennesker ofte har en iboende trang til å opprettholde deres selvbilde for å unngå ubehag. Swann (1983) sin teori kan være en mulig forklaring på hvorfor individer med APD opprettholder sitt negative selvbilde, selv på bakgrunn av korrigerende informasjon og opplevelser. Oppgavens sosialpsykologiske teorier fokuserer på samspillet mellom mentale fenomen i relasjon til menneskelig sosial interaksjon og samfunnet generelt, og de valgte teoriene i dette avsnittet kan gi en mulig forklaring på hvordan dette samspillet kan føre til utviklingen eller opprettholdelsen av APD. Avsnittet om hvorvidt det stilles økte krav til individets mentaliseringsevne har også vist at det i dagens samfunn stilles større krav til en godt utviklet mentaliseringsevne, i individets interpersonelle relasjoner og utviklingen av et selv. De ovennevnte teoriene har gjort rede for kapasiteter som individet besitter som er nødvendige for å inngå i sosial interaksjon, men som kan bli dysfunksjonelle dersom de overdrives eller blir for styrende for individet, og kan føre til utviklingen av APD. Avsnittet har forsøkt å forklare hvordan sosial interaksjon og sosiale tilpasningsstrategier kan føre til dysfunksjonelle mønstre hos individer med APD, som også kan ha en sammenheng med en biologisk eller utviklingsmessig sårbarhet.

De sosialpsykologiske teoriene fokuserer i likhet med oppgavens utviklingspsykologiske teorier på hvordan barn og unges utvikling av APD kan påvirkes av miljøet omkring dem, men de sosialpsykologiske teoriene har et større fokus på sosiale og samfunnsmessige faktorer. Teoriene vektlegger hvordan økte krav, problemer med utviklingen av et selv og endrede sosiale relasjoner i det senmoderne kan være risikofaktorer for utviklingen av APD. Teoriene kan også fungere som en hypotese om at individer med APD kan oppleve større vanskeligheter i det senmoderne, grunnet at individer med lidelsen ofte opplever angst, og problemer i løsere sosiale relasjoner. Sosialpsykologiske teorier fokuserer i større grad på hvordan psykiske problemer er et resultat av et kontinuerlig samspill mellom individ og samfunn gjennom hele livet, og ikke bare barnets første leveår. Med tanke på intervensjon vil de sosialpsykologiske teoriene vektlegge hvordan det er behov for mer samfunnsrelaterte endringer, hvor utviklingspsykologiske teorier primært vil fokusere på intervensjon i barnets familiemiljø. En kritikk av de senmoderne teorier retter seg mot at de sosialpsykologiske teoriene tar mindre hensyn til individuelle forskjeller, som resiliens og beskyttende faktorer. Selv om samfunnsmessige endringer trolig kan ha en innvirkning på individets psykiske helse, vil dette samtidig også være avhengig av flere faktorer enn kun de samfunnsmessige påvirkningene.

3.5 Hvordan kan risikofaktorene vi har funnet i oppgavens etiologiske redegjørelse være en mulig forklaring på de symptomene individer med APD opplever?

I oppgavens første del har vi redegjort for hva som kjennetegner lidelsen APD gjennom hvordan diagnosen beskrives i DSM-V, og gjennom redegjørelsen for Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell (jf. 2.3 & 2.3.1). Symptombildet i DSM-V og Millon & Davis sin modell kan oppsummeres gjennom to hovedsymptomer, som ser ut til å prege lidelsen APD; et lavt selvbylde og problemer i interpersonelle relasjoner. Følgende avsnitt vil redegjøre mer eksplisitt for hvordan

oppgavens biologiske -, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer kan føre til de symptomene individer med APD utviser.

3.5.1 Lavt selvbilde

Hvordan kan oppgavens etiologiske funn være en mulig forklaring på individer med APD sitt utpreget lave selvbilde? Utviklingen av individer med APD sitt lave selvbilde er trolig en kombinasjon mellom biologiske faktorer og erfaringer i utviklingen, som påvirker individets selvfølelse senere i livet. De biologiske faktorene som kan ha en innvirkning på individer med APD sitt selvbilde, er temperamentstrekket BI, og personlighetstrekkene introversjon og nevrotisme. Individer som skårer høyt på nevrotisme er ofte kjennetegnet av å være svært jeggbevisste, og har en generell tendens til å oppleve negative emosjoner som for eksempel angst, depresjon, irritabilitet, tristhet, vrede og skyldfølelse. Temperamentstrekket BI kan føre til at personen ofte opplever en forsterket opplevelse av sjenethet, angst og hemning, som kan være en medvirkende årsak til at de utvikler et lavt selvbilde. Utviklingen av et lavt selvbilde har ifølge oppgavens etiologiske funn også en sammenheng med negative tilknytningserfaringer. Dersom barnet opplever at omsorgsgiveren er svært kritisk eller avvisende, kan dette føre til at de utvikler en patologisk skamfølelse og indre arbeidsmodeller av seg selv som en person som er mindreverdige, og lite elskbar. Manglende markert speiling fra den primære omsorgsgiver kan også bidra til at individet ikke utvikler en sammenhengende selvfølelse, og opplever problemer med affektreguleringen. Dette kan videre påvirke deres utvikling av mentalisering, som kan føre til et fremmedgjort selvbilde, ved at de har vanskeligheter med å være oppmerksomme på sine egne mentale tilstander, og se på seg selv som en som aktør i sitt eget liv. Evnen til mentalisering henger også sammen med evnen til å utvise empati ovenfor seg selv og andre. Dersom mentaliseringsevnen er svekket, kan det også føre til at personen er langt mer kritisk ovenfor seg selv og sine handlinger. Dårlige mentaliseringsevner utgjør også en større risiko for å oppleve mentaliseringssvikt, som innebærer at personen faller tilbake til før-mentaliserende stadier. I psykisk ekvivalensmodus kan det oppleves som om andre også deler deres negative selvbilde, noe som kan påvirke deres selvskjemaer og mestringsstro. Gjennom hypermentalisering søker individer

med APD hele tiden etter tegn som bekrefter deres negative selvbylde, som er med på å opprettholde deres negative selvskjemaer. Vilkår i dagens samfunn kan trolig også være en medvirkende faktor til deres lave selvbylde. Selvet utvikles ifølge oppgavens sosialpsykologiske teorier på bakgrunn av et sammenhengende narrativ, og på grunn av endrede vilkår i dagens samfunn som globalisering, henger disse narrative ofte sammen med sosiale relasjoner. På grunn av individets lave mentaliseringsevner som fører til vanskeligheter i sosiale relasjoner kan dette være vanskelig, noe som igjen kan bidra til deres lave selvfølelse.

3.5.2 Problemer i interpersonelle relasjoner

Hvordan kan oppgavens etiologiske funn være en mulig forklaring på de utpregede vanskelighetene individer med APD opplever i interpersonelle relasjoner? Individer med APD har trolig en biologisk predisponering som fører til at de i større grad er mer tilbaketrukkne og sjenerte, samt at de er mer disponerte for å oppleve angst. Dette kan igjen påvirke relasjonen mellom barnet og den primære omsorgsgiver. Individer med APD er ofte kjennetegnet av et ambivalent tilknytningsmønster, og indre og ytre arbeidsmodeller som er preget av kritikk og avvisning. Dette kan føre til at individer med APD utvikler en dårligere affektregulering, på bakgrunn av manglende kongruent speiling. Dette vil også trolig ha en innvirkning på utviklingen av deres mentaliseringsevner. Mangelfulle eller nedsatte mentaliseringsevner bidrar til at de blant annet har vanskeligheter med å lese, forstå og skape mening av egne og andres atferd. Dette kan føre til at de hypermentaliserer, som innebærer at de er ekstremt oppmerksomme på andre rundt seg og hvordan andre vurderer dem. Dette kan igjen føre til et økt angstnivå, som videre nedsetter mentaliseringsevnen deres, eller fører til at de opplever mentaliseringssvikt. Et resultat av mentaliseringssvikt er at individet risikerer å forfalle til før-mentaliserende subjektivitetsmodus, som psykisk ekvivalensmodus eller teleologisk modus.

Ved et psykisk ekvivalensmodus føler de at de negative tankene de har om seg selv er de samme tankene andre også har om dem, og de setter likhetstegn mellom den indre og ytre virkelighet. Dersom de faller tilbake til et teleologisk modus, har de hele tiden bruk for konkret bekræftelse fra andre om at den andre personen har et positivt bilde av dem. Dette skyldes frykt for kritikk og avvisning, og henger

sammen med tidligere negative interpersonelle erfaringer. Måten individer med APD agerer på når de opplever mentaliseringssvikt kan påvirke deres atferd, og det interpersonelle samspillet. De opptrer for eksempel ofte som mistenksomme og usikre, som kan ha en innvirkning på hvordan andre oppfatter dem, og kan føre til at den andre personen ikke ønsker kontakt, og avviser dem. Dette fører til at angsten forsterkes, og de velger å trekke seg fra situasjonen. Utover dette kan negative tilknytningserfaringer, føre til at individet opplever det som angstfullt å komme i kontakt med egne følelser, følelsen av nærhet med andre mennesker, samt danne meningsfulle dype relasjoner, noe som kan føre til at de unngår nære relasjoner. Nedsatte mentaliseringsevner kan føre til at individet ofte misforstår andres uttrykk og intensjoner i sosiale situasjoner, som kan ha en negativ innvirkning på det interpersonelle samspillet.

3.6 Overordnet oppsummering av en biopsykososial modell for utviklingen av lidelsen APD

I redegjørelsen for de tre forskningstradisjonenes mangfoldige begreper, teorier og modeller av fenomenet, har vi forsøkt å skape et overblikk og sammenheng i den psykologiske vitenskapelige undersøkelse av utviklingen av lidelsen APD. Gjennom dette har vi fremstilt en overordnet biopsykososial modell for etiologien bak utviklingen av lidelsen. Vi vektlegger at utviklingen av APD er et resultat av et løpende komplekst dialektisk samspill og transaksjoner mellom risikofaktorene på den ene siden og individet med dets sårbarhet på den andre siden (Perris & Perris, 2000, p. 75). Individets sårbarhet reflekterer på et hvert tidspunkt i denne løpende dialektiske interaksjonen en akkumulert feedback-relasjon, mellom individets individuelle risikofaktorer og individets livshistorie. En predisponert betinget biologisk sårbarhet som for eksempel et medfødt hypersensitivt temperament, svikt i metakognitive evner og et dysfunksjonelt stressresponssystem er risikofaktorer som kan gjøre individet særlig sårbar ovenfor ytre stimuli. For eksempel interagerer ytre hendelser som negative stressfulle opplevelser, traumer i tilkynningsforholdet eller kaotisk foreldreomsorg med barnets medfødte biologiske disposisjoner (ibid. p. 77).

Overordnet kan utviklingen av APD skyldes en fortløpende dialektisk akkumulerende feedback-relasjon mellom individets individuelle sårbarhet på den ene siden og kontekstuelle risikofaktorer og individets psykososiale miljø på den andre siden (ibid.). Vi mener at det er viktig å sette fokus på risikofaktorer for å få en forståelse for opprinnelsen og problematikken til lidelsen en gitt person har utviklet, men også til å vurdere lidelsens forløp, terapeutisk behandling og prognose. Ifølge Preben Bertelsen (2000) eksisterer utviklingen av APD i og med dens forbundenhet med omverdenen, hvor utviklingen av APD er et resultat av en unik resonans mellom individet og dets omgivelser (ibid., p. 144). Individets sårbarhet for utviklingen av APD kan overordnet skyldes en fortløpende akkumulerende resonans mellom biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer. Risikofaktorene for utviklingen skal sees som et system av interagerende elementer, hvor utviklingen av APD er et resultat av bestanddelenes interaksjon (Ragans 2012, p. 90). Ut fra dette perspektivet utgjør biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer forskjellige, men samtidig funksjonelt relaterte og innleirede faktorer. Den biopsykososiale modell for utviklingen av APD vil bli anvendt som evidens i vurderingen av hvorvidt de ulike behandlingsmodellene som brukes i behandlingen av APD i dag, herunder psykodynamisk-, kognitiv og interpersonell behandlingsmodell er tilpasset lidelsens etiologi. Redegjørelsen for den biopsykososiale modell vil også anvendes som evidens i vurderingen av hvorvidt mentaliseringsbasert behandlingsmodell og intervensjonsprinsipper er tilpasset lidelsen APD, og hvorvidt behandlingsmodellen er effektiv i et terapeutisk arbeide med APD.

4. Behandling av APD, en gjennomgang av aktuelle behandlingsprogram for APD

4.1 Innledning

Ifølge epidemiologiske studier utført av Torgersen, Kringlen & Cramer (2001) har diagnosen APD en prevalens på 5,0 % i Oslo, Norge (jf. 1.1). Undersøkelser utført av Karterud & Wilberg (2007) viser at forekomsten også er høy i det norske

nettverket for psykoterapeutiske dagavdelinger, som er en sammenslutning av i alt 17 (pr. 2012) psykiatriske dagavdelinger i Norge. I gjennomgang av databasene i nettverket fra perioden 1996 til 2005, utført på i alt 2205 pasienter, viser resultatene at APD og Borderline Personlighetsforstyrrelse utgjør de to hyppigst forekomne personlighetsforstyrrelsene i det representative utvalget. Diagnosen APD har en prevalens på 38 % sammenlignet med Borderline Personlighetsforstyrrelse som har en prevalens 24 % (Karterud & Wilberg, 2007, p. 42).

Til tross for at statistikken viser at APD er en av de hyppigste forekomne personlighetsforstyrrelsene i klinisk praksis, er det i dag utført relativt få behandlingsstudier som viser prognostiske faktorer ved behandling og forløp for lidelsen, sammenlignet med for eksempel borderline personlighetsforstyrrelse. I gjennomgangen av eksisterende behandlingsstudier har vi imidlertid funnet flere kvantitative effektstudier av forskjellige behandlingstyper for lidelsen APD. Ifølge Karterud, Wilber & Urnes (2010) er psykodynamisk terapi den primære behandlingen for lidelsen APD i dag (ibid., p. 260). Et studie av Barber et al. (1997) som undersøkte effekten av et 52 ukers psykodynamisk supportive-expressive terapiforløp for 14 pasienter med APD, viser resultatet symptomlindringer på flere testbatterier ved lidelsen, målt både før og etter endt behandling. Resultatene viste at 61,5% ikke lenger kvalifiserte for diagnosen APD etter endt behandling (ibid., p. 137). Studier av Svartberg et al. (2004) har også påvist effekt ved bruken av psykodynamisk korttidsterapi og kognitiv terapi i behandlingen av APD (Svartberg, 2004, p. 811). Dette studiet vil forklares nærmere i senere avsnitt. Det er også påvist god effekt fra casestudier i behandlingen av APD. Et studie av Porcerelli et al. (2007) viste en symptomforbedring og interpersonell funksjon etter psykoanalytisk behandling over fem år (ibid., p. 3). Gorden & Gilbert (2012) viser til god effekt ved interpersonell terapi (ibid., p. 111). En utfordring med disse casestudiene er at resultatene ikke nødvendigvis kan generaliseres, og faktorer som en god allianse kan anses som en mulig forklaring på gode resultater. Samtidig gir de også en indikasjon på at behandlingen av APD bør undersøkes mer inngående.

Selv om det i dag er dokumentert relativt lite forskning for behandlingseffekten av gruppeterapeutisk behandling for APD, er det enkelte empiriske undersøkelser som dokumenterer at gruppeterapi alene er virksom i behandlingen av APD. Resultater

fra en empirisk undersøkelse utført av Alden (1989) dokumenterer effekten av tre ulike kortvarige kognitive gruppebehandlingsprogrammer for individer med APD. Resultatene fra undersøkelsen viser at utvalgsgruppen som deltok i gruppeterapibehandling dokumenterte signifikant bedring på flere områder, herunder forbedret evne til sunn selvheldelse, bedre selvtillit og mindre skyhet, nedgang i omfang av sosial tilbaketrekningssatferd, færre symptomer på sosial angst og mer adekvat håndtering av sosiale situasjoner sammenlignet med kontrollgruppen (Alden, 1989, p. 762). Resultatene viser imidlertid ingen forskjell i behandlingseffekten mellom deltakelse i de tre forskjellige modellene for gruppeterapiforløp. Selv om resultatene fra undersøkelsen utført av Alden (1989) viser klinisk signifikant bedring, oppfyller imidlertid utvalgsgruppen stadig de diagnostiske kriteriene for lidelsen APD etter avsluttet behandling (ibid.). Man kan i denne utstrekning diskutere hvorvidt anvendelsen av en gruppebehandlingsmodell alene er tilstrekkelig nok, eller om en kombinasjonsbehandling hvor man kombinerer individuell- og gruppeterapi i behandling av lidelsen er mer effektiv.

Selv om alle de overnevnte behandlingsstudiene påviser effekt i behandlingen av personer med APD, får personlighetsforstyrrelsen i dag lite oppmerksomhet i helsevesenet. Det kan argumenteres for at individer som diagnostiseres med lidelsen APD står relativt dårligere rustet i behandlingsapparatet, sammenlignet med individer som for eksempel er diagnostisert med lidelsen Borderline Personlighetsforstyrrelse, på grunn av at lidelsen får relativt lite oppmerksomhet, samt at det er utført relativt få behandlingsstudier som viser hva som hjelper i behandlingen av lidelsen APD. Vi stiller oss undrende til dette, da undersøkelser viser at APD er en av de hyppigst forekomne personlighetsforstyrrelsene i norske psykioterapeutiske daghospitavdelinger i dag (Karterud & Wilberg, 2007, p. 42). Utover dette er diagnosen forbundet med lavt funksjonsnivå, alvorlig psykososial hemning og interpersonelle problemer, følelse av mindreverd og utilstrekkelighet, samt lav livskvalitet (jf. 1.1). Det fremstår som nødvendig å utvikle et behandlingstilbud som er utarbeidet til behandlingen av personens kjerneproblematikk, herunder sosial kognisjon, følelsesregulering og affektfobi, angst, dysfunksjonell oppmerksomhetsregulering, interpersonell fungering og mentaliseringssvikt.

Oppgavens hovedfokus ligger på behandlingen av APD gjennom mentaliseringsbasert terapi, og derfor vil også dette avsnittet fylle mest i oppgavens behandlingsdel. For å gi en overordnet oversikt over fenomenet, har vi også valgt å presentere tre andre behandlingstyper, henholdsvis psykodynamisk-, kognitiv-, og interpersonell terapi som per i dag brukes i behandlingen av APD. Begrunnelsen for dette er blant annet å undersøke brukbarheten av mentaliseringsbasert terapi i behandlingen av APD i forhold til andre behandlingstyper, og for å undersøke hvordan de andre terapiretningene forholder seg til APD sin angstproblematikk. Årsaken til at vi velger å beskrive psykodynamisk-, kognitiv- og interpersonell terapi er først og fremst begrunnet i at mentaliseringsbasert terapi i større omfang ser ut til å bygge på de overnevnte terapiformene, og på bakgrunn av at det finnes mer forskning på nettopp kognitiv-, interpersonell- og psykodynamisk behandling av APD. Følgende del av oppgaven vil først presentere de behandlingsformene som er mest brukt i behandlingen av APD. Det vil først kort bli redegjort for behandlingsformene Psykodynamisk Terapi, Kognitiv Atferdsterapi og Interpersonell Terapi, og hvordan disse behandlingsformene forstår fenomenet APD, samt spesifikke behandlingsstrategier for APD. Etter at behandlingsformene Psykodynamisk Terapi, Kognitiv Atferdsterapi og Interpersonell Terapi har blitt presentert, følger en lengre redegjørelse som omhandler Mentaliseringsbasert Terapi i behandlingen av APD. Vi anvender gjennomgående den biopsykososiale modellen for APD som evidens, for å vurdere hvorvidt de nevnte behandlingsmodellene og intervensjonsprinsippene er tilpasset den psykiske lidelsens beskaffenhet, symptomologi og etiologi. Argumentasjon for anvendelse av Mentaliseringsbasert Terapi i behandlingen av APD, forankres med utgangspunkt i oppgavens biopsykososiale modell (jf. 3).

4.2 Psykodynamisk behandling

4.2.1 Innledning

Følgende avsnitt vil begynne med en redegjørelse for den psykodynamiske terapiformen. Deretter følger en redegjørelse for en psykodynamisk forståelse av APD, og ulike psykodynamiske teknikker i behandlingen av APD. Avsnittet vil

vektlegge hvordan blant annet innsikt og forståelse i individets ubevisste psykodynamikk og følelser kan føre til symptomlettelse og en karakterologisk forandring. Det vil også beskrives grunnprinsippene i en psykodynamisk gruppeterapeutisk behandling, og i hvilken grad dette er hensiktsmessig i behandlingen av lidelsen APD. Avsnittet avsluttes med en oppsummering av en psykodynamisk forståelse og behandling av APD, samt en vurdering av terapiformens anvendelighet i behandlingen av APD, med utgangspunkt i oppgavens biopsykososiale modell.

4.2.2 Psykodynamisk terapi

Psykodynamisk terapi er en terapiform som bygger på psykoanalytisk teori, men adskiller seg i forhold psykoanalysen både i lengden på forløpet og hyppigheten på ukentlige sesjoner. Et sentralt element i det psykodynamiske menneskesynet er hvordan individet påvirkes av ubevisste prosesser og dynamikker (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 20). Forsvarsmekanismer spiller en sentral rolle i den psykodynamiske forståelsen av mennesket og maladaptive forsvarsmekanismer blir ansett for å være en bidragsgivende faktor til psykiske problemer. Forsvarsmekanismer kan defineres som en ubevisst beskyttelse mot at uakseptable tanker og følelser når personens bevissthet (Gabbard, 2005, p. 249f.). Forsvarsmekanismer kan på mange måter anses som psykens ekvivalent til immunforsvaret, ved at de aktiveres ved en trussel eller en antatt trussel. Dette gjelder både for indre trusler i form av uhåndterbare følelser eller ytre trusler fra andre mennesker. Målet med psykodynamisk terapi handler om å etablere innsikt, og en sammenhengende og meningsfull selvforståelse (Jacobsen & Mortensen, 2013 p. 25). I psykodynamisk terapi vektlegges arbeidet med overføring og motoverføring. Ifølge Freud (1910) kan fortidige ubevisste følelser komme til overflaten i en terapeutisk situasjon, og dette kan forklares som en overføring (ibid., p. 215f). Følelsene kan være basert på tidligere konflikter eller mangler. De er ubevisste og kan gjenoppleves i den terapeutiske relasjon. Individets tidligere konflikter eller mangler kan utspille seg i terapien, ved at terapeuten får rollen som det fortidige objekt som konflikten eller mangelen er rettet mot. Individet får på denne måten en mulighet til å oppleve og bearbeide de ubeviste konfliktfylte følelsene i terapien (Killingmo, 1989, p. 67). Overføringen kan også muliggjøre at personen går fra å

være i en passiv rolle til å gå inn i en aktiv rolle, hvor individet agerer på samme traumatiserende måte som det fortidige objekt ovenfor terapeuten (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 199). En god håndtering av denne situasjonen kan gjøre terapeuten til en rollemodell som klienten kan internalisere (ibid.). Psykodynamisk terapi undersøker fortidige hendelser og relasjoner for å komme i kontakt med psykiske konflikter eller mangler. Overføringen kan anses som nødvendig for å gjennomarbeide ubevisste følelser på en adaptiv måte, noe individet ikke tidligere har opplevd. I psykodynamisk terapi vektlegges også en terapeutisk allianse mellom terapeut og pasient (ibid.). En allianse kan anses som en nødvendighet i alle psykoterapier for å oppnå et positivt behandlingsutfall (Hougaard, 2004, p. 278f). Den terapeutiske allianse fremstår dog som å være spesielt viktig i psykodynamisk terapi på grunn av overføringsarbeidet. Den overnevnte beskrivelsen kan anses som kjerneforståelsen i psykodynamisk terapi, men som nevnt innledningsvis finnes det flere teoretiske modeller psykodynamisk terapi bygger på. Ifølge Perry, Cooper & Michels (1987) er de vanligste teoretiske modellene i psykodynamisk terapi egopsykologien, selvpsykologien og objektrelasjonsteorien (ibid., p. 547). I følgende avsnitt vil det redegjøres for en psykodynamisk forståelse av APD.

4.2.2.1 Studier som undersøker effekten av en psykodynamisk behandling av lidelsen APD

Enkelte studier på effekten av psykodynamisk terapi i behandlingen av APD viser positive resultater. I et studie utført av Svartberg, Stiles & Seltzer (2004) ble effekten av psykodynamisk korttidsterapi undersøkt i behandlingen av gruppe C personlighetsforstyrrelser (Svartberg, 2004, p. 811). Det ble brukt en rekke testbatterier for å måle klientens psykiske funksjon, før, under og etter behandlingen (ibid., p. 812). Resultatene viste at utvalgsgruppen viste en reduksjon i symptomer og interpersonelle problemer (ibid., p. 813). I en sammenligning av reduserte symptomer og personlighetspatologi, viste det seg at psykodynamisk terapi hadde større effekt enn kognitiv terapi to år etter avsluttet behandling (ibid., p. 814f). Resultatene gir en indikasjon på at korttidspsykodynamisk terapi har en effekt på behandling av gruppe C personlighetsforstyrrelser, men samtidig var det kun 16 av 54 av individene i studiet som kvalifiserte for diagnosen APD (ibid.). Dette kan gjøre

det vanskelig å generalisere resultatene. I et casestudie utført av Porcerelli et al. (2007) ble det påvist en god effekt for psykoanalytisk behandling av APD. Pasienten opplevde en forbedring i objektrelasjoner og symptomreduisering (ibid., p. 3). Forfatterne forklarer denne effekten med grunnlag i at personlighetspatologi ligger dypt forankret i et individ, og den gode effekten skyldes lengden på terapien (ibid., p. 10). Samtidig må det vises forsiktighet med å generalisere effekten ut ifra dette resultatet, da det kun var et casestudie. Overordnet kan det argumenteres for at det har blitt utført relativt få studier vedrørende behandlingseffekten ved bruken av psykodynamisk terapi i behandlingen av lidelsen APD. Det vil i følgende avsnitt redegjøres nærmere for teknikkene som brukes i den psykodynamiske behandlingen av APD.

4.2.3 En psykodynamisk forståelse APD

Dynamiske aspekter av psyken til en person med lidelsen APD ligner dynamikken til et individ med sosial angst (Busch et al. 2012, p. 153). Personer med lidelsen APD har en kjernefølelse av skam og personlig utilstrekkelighet, i tillegg til en frykt for at andre vil ydmyke og avvise dem (ibid.). Dette preger deres interpersonelle interaksjon, da disse følelsene påvirker hvordan de interagerer med andre mennesker. Et resultat av disse følelsene er unnvikelse eller unngåelse, ofte ubevisst for å redusere opplevelsen av uhåndterbare indre følelser (ibid.). Forståelsen av denne dynamikken kan anses som et vesentlig aspekt i behandlingen av APD, og spesielt innsikt i hvorfor individer med APD benytter seg av tilbaketrekning og unngåelse, da individer med APD ofte ikke er klar over hvorfor de velger å benytte seg av disse strategiene (Kantor, 2010, p. 123).

Personer med APD benytter seg ofte av forsvarsmekanismer som tilbaketrekning eller unngåelse, og denne formen for forsvar kan anses som mindre adaptivt, da mekanismen hindrer menneskelig nærhet. Unngåelsesatferden kan føre til en mangel på såkalte emosjonelt korrigerende opplevelser, som innebærer å oppleve traumatiserende hendelser på en ny måte (Hougaard, 2004, p. 301). Ved at de unngår sosial kontakt, hindrer dette dem i opplevelsen av at andre ikke nødvendigvis deler deres negative selvbilde. Individer med APD benytter seg ofte av intrapsyriske forsvarsmekanismer som reaksjonsdannelse (Busch et al. 2012, p. 97).

Reaksjonsdannelse er kjennetegnet ved at personen gjør det motsatte av det hva personen egentlig ønsker å oppnå (Perry, Defence Mechanism Rating Scales. 5 ed., p. 62). I forhold til individer med APD kan reaksjonsdannelsen utspille seg i deres relasjoner (Kantor 2010, p. 126). Noen individer med APD kan gi uttrykk for at de trives med å være alene, for å skjule den indre skammen, eller tristheten de ofte opplever (ibid.). Reaksjonsdannelsen fungerer dermed som et forsvar mot den ubehagelige følelsen av sosial inkompetanse. Andre forsvarsmekanismer som kan hindre individer med APD i å få innsikt i hva de faktisk føler er eksternalisering eller projeksjon. Eksternalisering og projeksjon kjennetegnes av at personens egne følelser, tanker, eller impulser plasseres på andre mennesker (Perry, Defence Mechanism Rating Scales. 5 ed., p. 42). Dette kommer til uttrykk hos individer med APD ved at de ofte opplever at andre mennesker tenker negativt om dem, eller ser på dem som mindreverdige. Individer med APD sine psykiske vanskeligheter kan ifølge den psykodynamiske forståelsen skyldes en blokkering eller undertrykking av deres affekter gjennom forsvarsmekanismer (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 186).

I oppgavens etiologiske del argumenter vi for at emosjonene angst og frykt ikke nødvendigvis behøver å anses som å være maladaptive, men tvert imot adaptive (jf. 3.2.1). Problematikken hos individer med APD kan ut fra den psykodynamiske forståelsen skyldes en uhensiktsmessig håndtering av disse emosjonene. De overnevnte forsvarsmekanismene kan anses som en maladaptiv håndtering av emosjonene angst og frykt, og i denne sammenheng kan det argumenteres for at en psykodynamisk behandling deler denne forståelsen, da målet med terapi er å hjelpe individer til å benytte seg av mer adaptive forsvarsmekanismer. Forståelsen av angst kan derimot fremstå å være ulik forståelsen som presenteres i oppgavens evolusjonistiske avsnitt. I den dynamiske terapien antas det at angst aktiveres som følge av en skjult følelse som igangsetter forsvarsmekanismer (Malan, 2002, p. 14). I oppgavens evolusjonistiske syn blir angsten derimot forstått som en frykt mot en fremtidig trussel, uten at det nødvendigvis finnes en eksisterende fare. Disse motstridende forståelsene kan samtidig kombineres dersom man ser på angst ut fra Anna Freud (1984/1965) sin forståelse av angst (ibid., pp. 48-52).

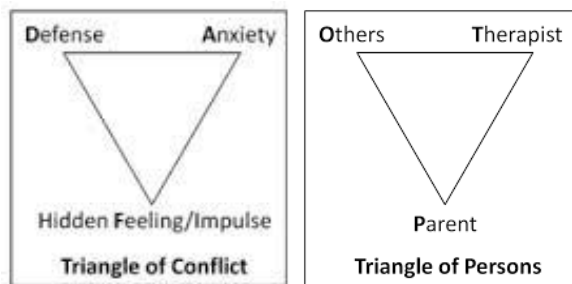
Anna Freud (1984/1965) differensierer mellom realangst og angst for overjeget (ibid.). Angsten et barn opplever kan skyldes frykten for straff fra foreldrene, hvorav

angsten en voksen person opplever kan skyldes den integrerte psykiske strukturen overjeget, som består av normer og idealer fra foreldre og samfunnet. Ifølge Freud blir individets forsvarsmekanismer aktivert som følge av konflikten mellom ubevisste drifter og samfunnets krav (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 43). Angst kan dermed i psykodynamisk teori forstås som å være et resultat av konflikter etablert i en tidlig alder, som kan komme til uttrykk i en attribuert truende situasjon. Individer med APD kan ha opplevd en realangst eller en reell frykt. Benjamin (2003) beskriver for eksempel hvordan barn av foreldre med en intensiv kontroll kan påpeke synlige feil og mangler hos barnet (ibid., p. 296, & jf. 3.3.3.2). Opplevelser av denne typen kan bli integrert i form av en psykisk struktur som overjeget, som deretter utøver konsekvent kontroll over individets følelser og drifter, og skaper angst (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 43).

4.2.4 Behandling

4.2.4.1 Etablere innsikt og forståelse i individets ubevisste psykodynamikk

Fortiden blir ansett som vesentlig i forståelsen av et individs psykiske dynamikk i den psykodynamiske terapien. Dette er også noe vi har argumentert for i den etiologiske beskrivelsen av APD. Vi har tatt utgangspunkt i tilknytningsteorien, hvor det antas at individer med APD har en ambivalent tilknytningsstil. Det mest vesentlige i denne teorien i forhold til en psykodynamiske behandling er personens indre arbeidsmodeller som preger hvordan personen interagerer med andre. Dette synet kan også ligne objektrelasjonsteorien, hvor individets indre objekter påvirker hvordan personen ser på seg selv og andre (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 55). I den psykodynamiske terapi opereres det med en forståelse av at fortidige dynamikker som har blitt etablert med personens tilknytningsfigur kan gjenta seg i relasjonen med terapeuten, eller andre nåtidige relasjoner. Innsikt og forståelse av en slik dynamikk kan anses som forandringsgrunnlaget i terapien. Et eksempel på en teknikk som brukes i psykodynamisk terapi for å oppnå denne innsikten finnes i Malans (2002) person- og konflikttrekant (ibid., p. 90). Disse illustreres under i figur 4:



Figur 4. The two triangles (Malan, 2002, p. 90).

Konflikttrekanten illustrerer hvordan personer med APD sine skjulte følelser eller impulser kan skape angst, og denne angsten igangsetter et forsvar. Angsten kan ha opprinnelse i en tidlig barndom, hvor for eksempel barnet lærte at det å uttrykke en spesifikk følelse ovenfor omsorgspersonen medførte negative konsekvenser (ibid., p. 91). Gjennom den overnevnte integreringen av denne realangsten, eller en integrert arbeidsmodell kan angsten fortsatt fremstå som en frykt mot en potensiell trussel. Et eksempel kan være en skjult skyldfølelse for individer med APD. Når individet med APD opplever skyldfølelse trigger dette en angst, fordi følelsen er uhåndterlig, og denne aktiverer deres forsvarsmekanismer, gjennom for eksempel unngåelse av sosiale relasjoner. Persontrekanten illustrerer hvordan individets konflikt utspiller seg ovenfor andre mennesker. Den har ofte forbindelse til et fortidig objekt, og utspiller seg ovenfor andre nåværende signifikante personer. I tillegg utspiller konflikten seg ovenfor terapeuten i en overføringssituasjon. Konflikten hos individer med APD kan ha en opprinnelse i en mors autoritære og ydmykende oppdragelsesstil (jf. 3.3.3.2). Det overordnede målet i denne terapiteknikken, er å hjelpe individet til å oppnå erkjennelse og forståelse om at deres psykiske dynamikker har en opprinnelse i fortiden, og hvordan denne utspiller seg i nåværende interpersonelle relasjoner. Dette blir blant annet synlig gjennom overføringsforholdet mellom terapeut og klient. Et problem med denne behandlingen av APD er at de muligens ikke er mottakelige for en slik innsikt eller forståelse av seg selv. I den overnevnte teknikken skal terapeuten blant annet tolke på overføringen, og her igjennom hjelpe klienten med å forstå hvordan hans konflikter også utspiller seg blant andre mennesker. Med tanke på individer med APD sin manglende affektregulering og skjøre mentaliseringsevne kan en slik tolkning medføre at klienten oppfatter terapeuten som kritikk, og på grunn av personens høye affektnivå kan klienten trekke seg fra terapeuten, eller distansere seg i form av pseudomentalisering. En

vektlegging av innsikt og forståelse er ikke nødvendigvis den rette intervensjonen ovenfor individer med APD. Til tross for terapeutens gode intensjoner om å hjelpe klienten med å forstå dynamikken, kan muligens vektleggingen av fortiden og tolkninger på overføringen virke mot sin hensikt, da et individ med APD ikke nødvendigvis har evnene for å prosessere en slik innsikt. Ut fra oppgavens etiologiske redegjørelse fremstår det som mer hensiktsmessig at man i større grad fokuserer på individer med APD sine nåværende vanskeligheter, fremfor å fokusere for mye på opprinnelsen til deres psykiske problemer.

4.2.4.2. Forståelse og innsikt i uhåndterbare følelser hos individer med APD

En dysfunksjonell håndtering av et høyt affektnivå kan forstås som en mulig etiologisk faktor for lidelsen APD. Som tidligere nevnt er et av målene i psykodynamisk terapi å utvikle en bedre evne til å håndtere angst gjennom forsvarsmekanismer. En dysfunksjonell håndtering av angst kan føre til lav mestringstro, hvilke igjen kan bidra til å opprettholde de psykiske problemene ved lidelsen. Individer med APD kan oppleve at de ikke klarer å regulere angsten på en hensiktsmessig måte. I psykodynamisk terapi forstås angst som en respons på en trussel enten i form av en reell trussel, eller en indre trussel i form av en truende følelse. Målet i terapien er å gi klienten en større innsikt i disse truende følelsene, hvilket igjen kan utvikle en evne til å håndtere følelsene på en mer hensiktsmessig måte. Overordnet kan det argumenteres for at psykodynamisk terapi har som mål å få individer med APD til å håndtere sine følelser bedre, og på denne måten skape en bedre mestringstro. Individer med APD kjennetegnes også ved problemer med å håndtere følelsen vrede (Busch et al, 2012, p. 124). De kan frykte at deres vrede fører til at andre personer tar avstand fra dem, eller at vreden ikke er velbegrunnet. Individer med angstproblematikk kan ha fantasier om at uttrykkelse av vrede kan resultere i at de blir forlatt (ibid., p. 90). En annen emosjon som kjennetegner personer med lidelsen APD er skyldfølelse (Kantor, 2010, p. 125). Opplevelsen av skyldfølelse kan blant annet være et resultat av at personen ikke klarer å leve opp til sine egne standarder og forventninger. Skyldfølelse kan også være et resultat av forekomsten av emosjonelle vredesutbrudd ovenfor andre mennesker. Individer med

APD kan ifølge Kantor (2010) oppleve det som skamfullt å føle sinne, eller føle seg avhengig av andre mennesker, hvilket medfører at individer med APD ubevisst ofte anvender forsvarsmekanismer som benektelse, reaksjonsdannelse eller tilbaketrekning-/unngåelsesatferd (Busch, 2012, p. 92). Kantor (2010) påpeker også at skyldfølelse kan resultere i angstanfall eller redusert selvtillit i sosiale situasjoner. Utover dette kan individer med APD som kjennetegnes ved skyldfølelse også velge å være i intime forhold, hvor relasjonen er preget av ubalanse og sårende adferd fra den andre parten (ibid., p. 93). Dette kan forklares ved at individer med APD søker forhold som bekrefter deres allerede negative selvbylde og opplevelsen av seg selv som mindreverdige og lite elskbare (ibid.). Individer med APD kan også oppleve en konflikt mellom følelsen av autonomi og separasjon, ved at de ønsker nærhet til andre mennesker, men samtidig frykter ydmykelse og avvisning (Millon & Davis, 1996, p. 268). Denne konflikten kan føre til at de søker nære forhold, men når de inngår i et forhold kan de fremstå som uinteresserte, eller saboterende ovenfor forholdet (Procacci et al. 2007, p. 154). Mennesker som opplever en slik konflikt vil ofte frykte å være alene, samtidig som de er redde for å fremstå som avhengige av andre (Busch, 2012, p. 88).

Individer med APD kjennetegnes videre også av affektfobi og overdrevent affektkontroll, som ifølge den psykodynamiske tradisjonen kan forstås som en indre unngåelse av affekt, og skyldes deres maladaptive bruk av forsvarsmekanismer. Individer med APD anvender unngåelsesatferd som en affektiv regulator for å håndtere deres uhåndterbare smertefulle følelser. Målet i psykodynamisk terapi er å undersøke disse skjulte følelsene, og gjennom innsikt og forståelse medfører det psykoterapeutisk forandring hos individer med APD. For personer med APD vil det i denne sammenheng handle om konfliktfylte følelser basert på vrede, skyld, separasjon og autonomi etablert i en tidlig alder, som stadig påvirker dem. Overføringsforholdet i psykodynamisk terapi kan i denne sammenhengen anses som vesentlig, da pasienten får innsikt i sin dynamikk i forhold til hvordan denne utspiller seg ovenfor terapeuten. Igjen kan det spekuleres i om denne innsikten vil ha like stor nytte i forhold til behandlingen av APD. Med tanke på den store sosiale angsten individer med APD opplever, er det mulig at denne bør være utgangspunktet i en behandling, og det terapeutiske arbeidet med APD derfor først bør ta utgangspunkt i reguleringen av denne angsten, fremfor å undersøke deres konfliktfylte følelser.

4.2.4.3 Psykodynamisk gruppeterapi i behandling av APD

Psykodynamisk gruppeterapi kan være en setting som muliggjør oppnåelse av innsikt og forståelse for interpersonelle problematikker (Rutan & Stone, 2007, p. 138). På grunn av deres reduserte evne til å forstå interpersonelle samspill kan en gruppeterapeutisk setting være fordelaktig. Ved å eksponeres for interpersonelle relasjoner og situasjoner i gruppeterapien kan individer med APD få øvelse i å håndtere angst i her-og-nå situasjoner med de andre gruppemedlemmene og gruppeterapeuten. Individer med APD kan for eksempel oppnå en korrigerende emosjonell opplevelse, ved at deres negative forventninger til interpersonelle samspill blir avkreftede. Til tross for en etablert psykisk struktur preget av en forsvarsmessige atferd kan gruppeterapien gjøre at konfliktene individer med APD opplever blir utfordret i gruppeterapien. Deres psykodynamikker får mulighet til å utspille seg blant flere mennesker, og de kan etablere innsikt i hvordan deres interpersonelle opptreden kan medføre visse negative konsekvenser, som at andre tar avstand. Terapeuten i den tradisjonelle psykodynamisk gruppeterapi er mindre styrende, og det er fokus på dynamiske prosesser og overføringer i gruppen (Rutan & Stone, 2007, p. 169). Årsaken til dette begrunnes ofte i at terapeuten skal finne en balanse mellom annerkjennelse og frustrasjon, da for mye annerkjennelse kan redusere den nødvendige angsten til forandring (ibid., p. 174). På en annen side kan for mye frustrasjon medføre brist i den terapeutiske alliansen (ibid.). Det argumenteres også videre for at terapeuten i den psykodynamiske gruppeterapien skal være reaktiv fremfor proaktiv, hvilket vil si at terapeuten skal reagere på det som skjer i gruppen, fremfor å initiere til aktivitet (ibid., p. 170). Dette kan gjøre at terapeuten fremstår som mindre styrende i den psykodynamiske gruppeterapi. I forbindelse med et terapeutisk arbeide med individer med APD som kjennetegnes ved et hypersensitivt temperament og hypermentalisering kan dette imidlertid være problematisk. I det terapeutiske arbeidet med lidelsen APD fremstår det som avgjørende at terapeuten er aktivt deltakende og strukturerer det interpersonelle samspillet mellom gruppemedlemmene. På bakgrunn av disse overveielser kan det argumenteres for at psykodynamisk gruppeterapi muligvis er mindre egnet i behandlingen av lidelsen APD. Dette vil det bli diskutert mer inngående i senere diskusjonsavsnitt (jf. 5.1.2).

4.2.5 Oppsummering av en psykodynamisk forståelse og behandling av APD.

Det har følgende blitt beskrevet en psykodynamiske forståelse og behandling av APD. Vi har også redegjort for likheter og forskjeller mellom etiologiske aspekter i den psykodynamiske forståelsen av lidelsen, og oppgavens etiologiske forståelse i oppgavens Del 3. Den psykodynamiske forståelsen tar hensyn til oppgavens evolusjonistiske perspektiv, ved at den ser på hva som er adaptivt for individet i forhold til forsvarsmekanismer. Den psykodynamiske forståelsen vektlegger også i likhet med oppgavens utviklingsmessige perspektiv fortidige dynamikker, og hvordan disse utspiller seg i dag, og kan føre til psykiske vanskeligheter.

En ulempe ved bruken av en psykodynamisk tilgang i behandlingen av lidelsen APD, er at tilgangen til dels er i uoverensstemmelse med funnene i oppgavens etiologiske del. En psykodynamisk behandling vil etterstrebe innsikt og forståelse i klientens psykodynamikk. Da individer med APD ser ut til å ha en redusert mentaliseringsevne, er det mulig at de ikke evner å se eller oppdage en slik innsikt. Det argumenteres for at overføringsrelasjonen mellom terapeuten og klienten kan gi innsikt i klientens dynamikker, da disse også kan oppstå i den terapeutiske relasjonen. Et problem i denne forbindelse er at personer med APD ikke nødvendigvis er mottakelige for tolkninger i overføringsrelasjonen, på bakgrunn av deres nedsatte mentaliseringsevner. De kan oppleve vanskeligheter med å håndtere to parallelle virkeligheter, i forbindelse med at personens opplevelser i overføringsrelasjonen henger sammen med fortiden (Jørgensen, 2009, p. 387). Dersom personen fungerer i psykisk ekvivalensmodus kan personen oppleve overføringen som en virkelig opplevelse, og har vanskeligheter med å se paralleller til tidligere opplevelser. Den psykodynamiske tilgangen vektlegger videre individer med APD sine biologiske predisposisjoner i mindre grad. Den psykodynamiske forståelsen vektlegger også individer med APD sine kognitive aspekter i mindre grad, og når metakognitive problemer anses å være en stor del av etiologien til individer med APD kan dette være en ulempe i psykodynamisk terapi, på grunn av

en mer passiv tilgang i terapien, hvor pasienten selv skal oppdage sin egen dynamikk.

Med utgangspunkt i oppgavens etiologiske del, kan det argumenteres for at en innsiktsgivende terapiform som psykodynamisk terapi er mindre gunstig i behandlingen av APD. Dette skyldes at de trolig ikke har de metakognitive evnene til å håndtere mer innsiktsgivende tolkninger, og hvordan tidlige relasjoner og hendelser kan være en årsak til individets psykiske problemer, på bakgrunn av deres nedsatte mentaliseringsevner og affektregulering.

4.3 Kognitiv Atferdsterapi

4.3.1 Innledning

Følgende avsnitt vil gi en kort redegjørelse for hovedprinsippene i behandlingen av APD med kognitiv atferdsterapi, og vurdere brukbarheten av en kognitiv forståelse og behandling ut fra de funnene vi har gjort i oppgavens etiologidel. Avsnittet starter med en kort oversikt over hva kognitiv atferdsterapi er, og behandlingseffekten av kognitiv atferdsterapi ved APD. Det vil deretter bli presentert en kognitiv forståelse av APD, med fokus på at individer med APD sitt informasjonsprosesseringsystem er overbelastet, som påvirker hvordan de bearbeider innkommende informasjon, og hvilke skjemaer eller kjerneoppfatninger personer med APD har om verden omkring seg, seg selv og andre. Det vil deretter diskuteres likheter og forskjeller i en kognitiv sykdomsforståelse, sammenlignet med våre funn i oppgavens etiologiske del. Etterfølgende vil det bli redegjort for hovedfokuset i behandlingen av APD med kognitiv atferdsterapi, hvor det vil bli presentert teknikker som tankeregistrering, den sokratiske dialog, sosial ferdighetstrening, eksponeringsterapi, og kognitiv atferdsterapi i gruppe. Avsnittet avsluttes med en generell oppsummering av behandlingsformen, samt fordeler og ulemper ved kognitiv atferdsterapi i behandlingen av APD.

4.3.2 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv terapi fokuserer i stor grad på hvordan individet bearbeider informasjon. Hvordan vi tolker innkommende informasjon påvirkes av våre tidligere erfaringer, og våre forventninger til den aktuelle situasjonen. Våre tanker påvirkes også av hvilke følelser som er knyttet til situasjonen (Neenan & Dryden, 2006, p. 9). Ved APD vil for eksempel en sosial situasjon kunne frembringe tanker som fører til følelser som angst og skam, på grunn av at personen kan ha negative tidligere erfaringer og forventninger om at disse følelsene kan oppstå. Det er således tenkningen som er det sentrale målet for terapeutisk intervensjon ved kognitiv terapi (Mørch & Rosenberg, 2005, p. 17).

4.3.2.1 Studier som undersøker effekten av en kognitiv behandling av lidelsen APD

Det er per i dag lite forskning vedrørende behandlingseffekten av kognitiv terapi ved APD. De studiene som har blitt utført viser dog gode behandlingsresultater, men det er mangel på studier som måler langtidseffekten av kognitiv atferdsterapi i behandlingen av APD. Et studie utført av Strauss et al. (2006) med 30 pasienter, viser for eksempel en god behandlingseffekt, ved at 67 % av pasientene ikke lenger kvalifiserte for diagnosen etter endt behandling med kognitiv terapi (ibid., p. 343). Et annet studie av Emmelkamp et al. (2006) viste at pasienter med APD viste signifikant større bedring etter behandling med kognitiv atferdsterapi sammenlignet med psykodynamisk terapi (ibid., p. 60).

4.3.3 En kognitiv forståelse av APD

Den kognitive tradisjonen argumenterer for at individer med APD sitt informasjonsprosesseringsystem er overbelastet, på bakgrunn av at de ofte er svært fokuserte på mulige kilder til kritikk eller avvisning i interpersonelle situasjoner og relasjoner. Dette påvirker hvordan de bearbeider innkommende informasjon. Menneskets informasjonsbearbeidingsystem har en begrenset kapasitet, og når oppmerksomheten blir splittet eller avledet, vil essensielle faktorer ved den innkommende stimulusen bli neglisjert, og informasjonen blir prosessert mer

overfladisk (Millon et al., 2004, p. 206). I overensstemmelse med oppgavens tidligere avsnitt om Millon & Davis (1996) sin modell, vil individer med APD for eksempel være ekstremt oppmerksomme på signaler i miljøet som kan indikere fare, som resulterer i at deres informasjonsprosesseringsystem blir overveldet, og de fokuserer utelukkende på mulige faresignaler i en sosial situasjon (Millon et al., 2004, p. 207). Personer med APD har videre også muligens en veldig høy baseline forventning om fare, som fører til at selv mindre hendelser blir vurdert som truende. Når systemet overveldes på denne måten blir det overbelastet, og derfor prosesseres ikke den innkommende informasjonen grundig nok. Dette fører til at deres angstnivå stiger, og personen blir enda mer sensitiv ovenfor signaler som kan indikere fare, som igjen fører til at prosesseringen av informasjon blir enda mer forringet. Til slutt blir personer med APD sitt prosesseringsystem så overbelastet at alt kan utgjøre en fare, og personen må trekke seg fra situasjonen for å føle seg trygg igjen, og unngå den truende stimulusen (ibid.). Dette fører til en ond sirkel, som det kan være vanskelig å løsrive seg fra. Nedenstående figur illustrerer denne onde sirkelen hos personer med APD:



Figur 5, Millon et al. (2004), revidert modell, p. 207

4.3.4 Skjemaer

I tillegg til å argumentere for at individer med APD sitt informasjonsprosesseringssystem er overbelastet, fokuserer det kognitive perspektivet også på hvilke oppfatninger personer med APD har om verden omkring seg, seg selv og andre (ibid., p. 209). Disse antagelsene kan være kritiske for individets atferd. Individets skjema, som er organiserte mønstre av tanker og handlinger har stor innflytelse på individets atferd (jf. 3.4.2). Individets skjemaer, eller kjerneoppfatninger påvirker personens såkalte conditional beliefs, som omhandler hvilke konsekvenser en gitt atferd kan føre til. Conditional beliefs kan igjen påvirke individets instrumental beliefs, som omhandler deres oppfatning av

hvilken innflytelse de har på miljøet rundt dem. Et eksempel på dette kan være at en person med APD tenker: *"Jeg er verdiløs, utilstrekkelig og mindreverdig (kjerneoppfatning) – på grunn av dette vil andre avvise eller kritisere meg dersom jeg forsøker å interagere med dem (conditional belief) – derfor burde jeg unngå å bli involvert med andre, med mindre jeg er helt sikker på at de liker meg" (instrumental belief)"* (ibid.).

4.3.5 Adskiller den kognitive forståelsen seg fra vår forståelse, basert på funnene i oppgavens etiologiske del?

Den kognitive sykdomsforståelsen vektlegger i stor grad at feil i individets informasjonsprosesseringsystem er årsaken til psykiske vanskeligheter. Vi har i oppgavens etiologiske del også argumentert for dette, ved å se på hvordan individets selv, selvbevissthet, selvbekreftende atferd, mestringstro og hvordan nevrobiologiske faktorer kan innvirke på individets metakognisjon, kan være faktorer som er med på å bidra til at en person utvikler APD. Sykdomsforståelsen i denne oppgaven adskiller seg derimot fra den kognitive, ved at vi i større grad argumenterer for en biopsykososial modell, hvor utviklingen av APD er et resultat av flere faktorer, som nevrobiologiske-, utviklingsmessige- og sosialpsykologiske faktorer, hvor spesielt utviklingen av mentaliseringsevnen vurderes som en særlig viktig sårbarhetsfaktor. Vi argumenterer videre for at alle disse forklaringsdimensjonene bør inndras for å oppnå en komplett forståelse av fenomenet APD. Oppgavens etiologiske del vektlegger også i større grad hvordan negative erfaringer i tidlig alder kan være en viktig risikofaktor for utviklingen av APD, hvor den kognitive forståelsen vektlegger dette i mindre grad. Oppgavens etiologiske del fokuserer også i stor grad på hvordan et høyt affekt- og angstnivå i stor grad er en risikofaktor, men også en opprettholdende faktor i lidelsen APD. Den kognitive forståelsen vil i større grad vektlegge tankene som er forbundet med denne angsten, og at det er individets kognitive fortolkning som skaper angsten. Å arbeide med prinsippet om at tankene leder til angsten kan være problematisk dersom personens angst og affektnivå gjør det vanskelig å arbeide på et metakognitivt plan. Med tanke på det vi har kommet frem til i oppgavens etiologiske del, vil det trolig være mer hensiktsmessig å arbeide

med den underliggende affekten, på grunn av at individer med APD har bruk for å få fokus på deres affektive tilstand i forhold til tilbaketrekningsatferden. Individer med APD kjennetegnes som tidligere redegjort for av affektfobi og nedsatt affektregulering, og det innebærer at fokus på emosjoner i de aktuelle øyeblikkene er nødvendige for å få en forståelse av seg selv, andre og hva som fører til at personen velger å trekke seg tilbake. Deres overdrevne kognitive avlesning av andre mennesker fungerer trolig også som en indre unngåelse av affekt, hvor de ikke riktig har kontakt med den underliggende affekt og virkeligheten, hvor pseudomentalisering muliggjør en form for avstand. Individer med APD kjennetegnes som nevnt tidligere også av en hypersensitivitet ovenfor andre menneskers mentale verden. En mulig forklaring til at individer med APD har et stort behov for å vite hva som foregår i andres sinn, er fordi de ønsker å unngå gjentakelse av tidligere traumatiske opplevelser av å bli kritisert, ydmyket og latterliggjort (jf. 3.3.3). Utover dette kan negative tilknytningserfaringer føre til at individet opplever det som risikofylt å komme i kontakt med egne følelser, følelsen av nærhet med andre mennesker, samt danne meningsfylte dype relasjoner. Dette går også på bekostning av individets evne til å mentalisere over sin egen mentale og affektive tilstand. Intellektualisering og pseudomentalisering hindrer en opplevelse av nærhet, kontakt med egne følelser og til å utvikle nære relasjoner. Individets unyanserte forståelse av seg selv og av andres intensjoner, kan føre til at individet opplever situasjonen som kaotisk og uoverskuelig, og som en direkte trussel mot selvet, hvor individer med APD kan tenke at den eneste utvei er å handle seg ut av situasjonen, i form av tilbaketreknings- og fluktatferd (Jørgensen, 2009, p. 386). Dersom man i behandlingen kun fokuserer på atferden, blir ikke personen oppmerksom på den underliggende affekten, noe som kan gjøre behandlingseffekten mindre.

4.3.6 Behandling

I den kognitive behandlingen av APD er det fokus på å identifisere og modifisere personens negative automatiske tanker og maladaptive skjema, gjennom bruk av tankeregistrering, den sokratiske dialog, eksponering, sosial ferdighetstrening, og direkte -, og indirekte korrigerende av klientens kognitive misoppfattelser, eller maladaptive skjema (Matusiewicz et al., 2010, p. 10).

4.3.6.1 Skjemaer

Beck (1993/1990 i: Coon, 1994) vektla viktigheten av å arbeide med klientens skjemaer i kognitiv terapi med personlighetsforstyrrelser. Fokuset i kognitiv terapi er å endre skjemaene til en person med APD slik at de ikke blir så styrende i personens liv (ibid., p. 244). I terapien forsøker terapeuten å identifisere disse skjemaene gjennom tankeregistrering, skjemaenes opprinnelse, og ved å gjøre klienten oppmerksom på hvordan deres skjema har en innvirkning på personens atferd, psykiske velvære og mestringsstrategier (ibid.). Et individ med APD sine skjemaer om at de er sosialt inkompetente og vil bli ydmykede i sosiale situasjoner kan for eksempel føre til tilbaketrekningssatferd, og etterfølgende ensomhet. Da er det viktig at terapeuten fokuserer på hvordan individets skjema er med på å utvikle og opprettholde den sosiale angsten (Gråwe, Cabrera & Eriksen, 2008, p. 7). Oppgavens etiologidel har allerede ut fra Markus (1977) beskrevet hvordan individer med APD sine selvskjema bærer preg av en generell sjenenhet og en følelse av sosial mindreverd, og hvordan disse skjemaene opprettholdes gjennom Swann (1983) sin teori om selvbekreftelse. Ved å arbeide med gyldigheten av klientens skjema kan dette hjelpe klienten med å identifisere hvordan skjemaene har en innvirkning på deres atferd, i form av for eksempel selvbekreftende atferd. Ut fra disse redegjørelsene vil det å arbeide med deres selvskjema være en god intervensjon, nettopp fordi våre antakelser er at disse skjemaene er en av faktorene som er med på å bidra til deres psykiske vanskeligheter, ved at det for eksempel fører til usikkerhet i sosiale situasjoner, som kan føre til tilbaketrekningssatferd, og at det kan gjøre det vanskeligere å skape og opprettholde sosiale relasjoner. En ulempe i arbeidet med negative skjema er at det krever at individet har kapasiteten til å kunne tenke på et metakognitivt plan, noe som ikke alltid er tilfelle i det terapeutiske arbeidet med APD, grunnet at de både kan ha en genetisk sårbarhet som gjør metakognitiv tenkning vanskeligere på grunn av deres overaktive stressresponssystem, og på grunn av at de ved mentaliseringssvikt kan tendere til å gå inn i et psykisk ekvivalensmodus (Bateman & Fonagy, 2007, p. 120).

4.3.6.2 Tankeregistrering

Når man bruker tankeregistrering blir klienten ofte bedt om å registrere sine negative tanker gjennom en uke, og samtidig være oppmerksom på konsekvensene av disse tankene. Formålet er å gjøre individer med APD mer oppmerksomme på hvor ofte tankene oppstår, og hvor mye de egentlig påvirker personen. Man arbeider deretter med hvordan man kan endre deres negative automatiske tanker og skjema, blant annet gjennom den sokratiske dialog (Gråwe, Cabrera & Eriksen, 2008, p. 7). Registreringen og undersøkelsen av negative tanker i spesifikke situasjoner kan fremme alternative måter å tenke over hendelser på, og kan dermed forsterke opplevelsen av flere mentale perspektiver (ibid.). I forbindelse med individer med APD kan dette ut fra tidligere funn i oppgaven muligens oppleves som problematisk, spesielt dersom individet opplever stor affekt når tankene oppstår, noe som kan påvirke deres evne til å registrere tankene objektivt. Det kan også forsterke rumineringen som individer med APD ofte opplever, som innebærer at de har større problemer med å stoppe seg selv i å tenke emosjonelt ladede tanker, som kan føre til at de emosjonene tankene er forbundet med kan bli svært dominerende (jf. 3.4.2.2).

4.3.6.3 Sokratisk dialog

Ved at terapeuten anvender sokratiske spørsmål som har som formål å undersøke og avdekke informasjon, er målet å hjelpe personer med lidelsen APD å komme frem til alternative tenkemåter og forståelser. Man forsøker å hjelpe klienten med å se sine egne opplevelser ut fra flere perspektiver ved å undersøke bevis, vurdere alternativer, fordeler og ulemper ved de forskjellige perspektivene (Beck, 2011, p. 22). Et eksempel på dette kan være at en person med APD beskriver en situasjon hvor han følte at han ble avvist av en kollega, fordi kollegaen virket distraheret, og måtte forlate samtalen etter kort tid. Terapeuten forsøker å finne ut mest mulig om situasjonen, for å se om det finnes alternative forklaringsmåter, som for eksempel at kollegaen var stresset fordi han hadde en viktig deadline han måtte nå innen arbeidsdagen var omme (ibid.). Det som kan være problematisk ved teknikken den sokratiske dialog, er fokuset på å finne alternative løsninger og forklaringer på opplevde problemer i sosiale situasjoner. Dette krever at individet er i stand til å arbeide på et metakognitivt plan, noe som ikke alltid er tilfelle i det terapeutiske arbeidet med

APD, grunnet at de både kan ha en genetisk sårbarhet som gjør metakognitiv tenkning vanskeligere, på grunn av deres overaktive stressresponssystem, og grunnet at de ved mentaliseringssvikt kan tendere til å gå inn i et psykisk ekvivalensmodus (Bateman & Fonagy, 2007, p. 120). Som det allerede har blitt gjort rede for, vil individet ha vanskeligheter med å sette spørsmålstegn og generere alternative forklaringer for andres atferd i sosiale situasjoner når de er i psykisk ekvivalensmodus. Et annet problem som kan oppstå ved bruk av teknikken den sokratiske dialog, er dersom personen med APD føler seg kritisert, eller misforstått. Individer med APD er svært sensitive ovenfor tegn på negativ evaluering, kritikk og avvisning. En mulig forklaring til dette er at personer med APD kjennetegnes ved at tilknytningspersonen i oppveksten har vært avvisende, kritisk evaluerende eller utilgjengelig, hvilket har resultert i en forventning om at andre personer og interpersonelle relasjoner også er kilder til smerte, avvisning og ydmykelse (jf. 3.3.3). For å avkrefte individer med APD sine negative skjemaer og tanker, kan man også ta i bruk eksponeringstrening.

4.3.6.4 Eksponeringstrening

Målet med eksponeringstrening er å gjøre de situasjonene som individer med APD er redd for mindre fryktinngydende, og at personen skal kunne håndtere situasjonen bedre. Et eksempel på dette kan være en sosial situasjon, hvor målet er at personen med APD ikke skal ta i bruk tilbaketrekkingsatferd, men bli værende i situasjonen. Eksponeringen starter som regel med at klienten sammen med terapeuten forestiller seg aktiviteten, for deretter å gjennomføre en faktisk fysisk eksponering når klienten er klar for dette (Coon, 1994, p. 246). En fordel ved denne teknikken er at det kan være med på å modifisere individer med APD sin angstrespons, som er med på å blant annet svekke individets mentaliseringsevne, og kan bidra til mentaliseringssvikt. En ulempe ved denne intervensjonen er den kognitive tradisjonens fokus på tanker, fremfor affekt. Som det tidligere har blitt gjort rede for karakteriseres individer med APD av en affektfobi, på bakgrunn av deres redsel for å oversvømmes av emosjoner, og derfor velger de ofte å benytte seg av tilbaketrekkingsatferd. Det vil derfor være en fordel om terapeuten hadde fokusert på affekten og ikke kun tankene personen opplever i situasjonen, på grunn av at dette kan hjelpe individet med å bli værende i affekten, fremfor å unngå den.

4.3.6.5 Kognitiv Atferdsterapi i gruppe

Kognitiv atferdsterapi i gruppe i behandlingen av APD, bygger på behandlingsstrategier som har vist seg å være effektive i behandlingen av sosial fobi, og klienter med interpersonelle problemer (Matusiewicz et al., 2010, p. 10). Intervensjonene involverer gradvis eksponering, kognitiv restrukturering og sosial ferdighetstrening. Eksponeringsdelen i behandlingen omhandler gradvis eksponering, hvor klienten blir oppfordret til å utsette seg for situasjoner som personen frykter, og har en tendens til å unngå. I gruppesesjonen forbereder deltakerne seg på kommende eksponeringssituasjoner, og de kan sammen med de andre deltakerne undersøke tidligere opplevelser. Gruppesituasjonen gir også en god mulighet for å trene på sosial interaksjon. Enkelte former for kognitiv atferdsterapi i gruppe fokuserer også på sosial ferdighetstrening, på bakgrunn av antakelsen om at individer med APD mangler nødvendige sosiale ferdigheter (ibid.). Fordelen ved gruppeterapi er at individet opplever at andre opplever de samme utfordringene, noe som kan modere deres negative selvilde. Det kan også oppleves som en positiv korrigerende erfaring at opplevelsen av å fortelle andre om sine problemer ikke nødvendigvis vil bli møtt med latterliggjørelse, men med forståelse (Gråwe, Cabrera & Eriksen, 2008, p. 20). En ulempe ved bruken av kognitiv gruppeterapi i behandlingen av APD er at de ofte kan oppleve et høyt affektnivå i sosiale situasjoner, som kan påvirke deres utbytte av terapien, ved at det svekker deres metakognisjon og mentaliseringsevner. Dette kan igjen føre til at de går inn i psykisk ekvivalensmodus, hvor de har vanskeligheter med å anerkjenne at andre mennesker kan tenke annerledes om en interpersonell situasjon, eller om dem som person, enn det de selv tenker. For eksempel kan individer med APD oppleve at de andre gruppe medlemmene evaluerer dem negativt og er avvisende. Dersom terapeuten i denne situasjonen kun tar utgangspunkt i personens negative tanker og skjemaer, vil dette ha liten hensikt, på grunn av at selve evnen til refleksiv tenkning er såpass lav på grunn av personens høye affektnivå.

4.3.7 Oppsummering - en kognitiv forståelse og behandling av APD.

Kognitiv atferdsterapi bidrar med en spesifikk behandling for APD. Den kognitive tilgangen vektlegger forbindelsen mellom implisitte automatiske tanker og individets underliggende skjema, som trolig er dysregulerte og maladaptive hos individer med APD. Den kognitive behandlingen fokuserer på korrigeringen av individer med APD sine maladaptive skjemaer, gjennom tankeregistrering og den sokratiske dialog, og gjennom eksponering i sosiale situasjoner. Fordelen ved kognitiv terapi i behandlingen av APD er terapiens praktiske anvendelighet, blant annet i form av manualisering av behandlingen, og at terapien er evidensbasert. Det er også flere studier som har vist god effekt i behandlingen av APD, og som har vist rask symptomreduksjon. Kognitiv terapi har dog fått kritikk for å være for ensidig fokusert på klientens tankeinnhold og å vektlegge klientens emosjoner i mindre grad. Dette kan være problematisk dersom personen for eksempel opplever et høyt affektnivå, som kan føre til mentaliseringssvikt, og klienten mangler ressursene for å arbeide på et metakognitivt nivå (Nordahl, 2010, avsnitt 8). Vi ser også at den kognitive sykdomsforståelse og behandlingsform i større grad vektlegger tanker, fremfor emosjoner. For individer med APD kan dette være problematisk, på grunn av deres affektfobi, hvor deres overdrevne kognitive avlesning av andre mennesker fungerer trolig som en indre unngåelses av affekt, hvor de ikke riktig har kontakt med den underliggende affekten og virkeligheten, hvor pseudomentalisering muliggjør en form for avstand. Kognitiv atferdsterapi setter relativt store krav til en fungerende mentaliseringsevne, ved at en stor del av terapien omhandler å fortolke seg selv og andre. Det er derfor en risiko for at individer med en mangelfullt utviklet mentaliseringsevne som individer med APD, vil få et mindre utbytte av kognitiv atferdsterapi. Et annet kritikkpunkt ved kognitiv atferdsterapi for APD er at terapien vektlegger den terapeutiske allianse i mindre grad enn for eksempel Mentaliseringsbasert terapi, Interpersonell terapi og Psykodynamisk terapi. I arbeidet med APD er dette trolig en viktig faktor for behandlingsutfallet, grunnet deres interpersonelle problemer. Ved at individer med APD for eksempel frykter å bli kritisert, og ved at de hele tiden er oppmerksomme på mulige signaler hos andre som kan bekrefte dette, kan dette påvirke relasjonen mellom terapeut og klient. Det vil

derfor være fordelaktig med et større fokus på denne relasjonen, enn hva den kognitive terapi vektlegger.

4.4 Interpersonell terapi

4.4.1 Innledning

Følgende avsnitt vil gi en kort redegjørelse for hovedprinsippene ved en interpersonell terapiform i behandlingen av APD. Avsnittet starter med en oversikt over hva interpersonell terapi er, og hvilke teorier terapien bygger på. Det vil deretter bli presentert behandlingseffekten av interpersonell terapi ved APD. Etterfølgende redegjøres det for en interpersonell forståelse av APD, med fokus på hvordan personer med APD opplever stor angst i interpersonelle relasjoner, og hvordan dette er en sentral opprettholdende del i deres psykiske vanskeligheter. Det vil deretter bli redegjort for hovedfokuset i behandlingen av APD gjennom interpersonell terapi, hvor det vil bli beskrevet hvordan man arbeider med interpersonelle forventninger og handlemåter, relasjonen mellom klient og terapeut, og hvordan korrigerende emosjonelle opplevelser i denne relasjonen er en viktig del av behandlingen. Avsnittet avsluttes med en generell oppsummering av behandlingsformen, samt fordeler og ulemper ved interpersonell terapi i behandlingen av APD.

4.4.2 Interpersonell terapi (IPT)

Interpersonelle teorier, og interpersonell terapi ser på individets personlighet som å være relasjonelt konstituert, gjennom interaksjon med andre mennesker i en sosiokulturell kontekst (Hougaard, 2004, p. 431.). Det sentrale fokuset i interpersonelle teorier er interaksjonen mellom mennesker, og psykiske lidelser oppfattes som et uttrykk for personenes relasjonelle problemer i interpersonelle relasjoner (ibid., p. 432). Fokuset er på at vanskeligheter i interpersonelle relasjoner skaper og opprettholder psykiske problemer, ved for eksempel at personen isolerer seg, og dermed kan miste viktig sosial støtte (Lipsitz & Markowitz, 2013, p. 1137).

Interpersonell terapi (IPT)² bygger på relasjonell teori, og Harry Stack Sullivan (1940) (i: Lipsitz & Markowitz, 2013) sin interpersonelle teori. Sullivan (1940) vektla hvordan interpersonelle relasjoner er et basalt menneskelig behov, og at individets psykiske helse er avhengig av gode interpersonelle relasjoner. Sullivan (1940) argumenter også for at et individs selv er avhengig av interpersonelle relasjoner, fordi individets selvfølelse formes gjennom feedback og bekreftelse av andre (ibid., p. 1138). Viktigheten av interpersonelle relasjoner ser vi også i oppgavens utviklingsavsnitt hos Bowlby (1988) sine teorier om tilknytning, og hvordan et spedbarn er født med en biologisk motivasjon til å søke etter kontakt og relasjoner (jf. 3.3.1).

4.4.2.1 Studier som undersøker effekten av en interpersonell behandling av lidelsen APD

Det finnes i dag få randomiserte kontrollerte studier vedrørende effekten av interpersonell terapi i behandlingen av APD. Et studie av Borge et al. (2008) som undersøkte effekten av kognitiv og interpersonell terapi hos 77 pasienter med dependent og engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse, viser gode resultater for interpersonell terapi i reduksjonen av symptomer knyttet til sosial fobi (Borge et al., 2008, p. 90). Det er også funnet gode resultater gjennom kasus og enkeltstudier, blant annet av Gilbert & Gorden (2012), hvor deres enkeltstudie undersøkte effekten av interpersonell terapi i behandlingen av APD (Gilbert & Gorden, 2012, p. 111f). Resultatene, som ble målt gjennom en MMPI-2 test og gjennom SCL-90, viste en reduksjon i symptomene lav selvtillit, somatiske plager, stress og engstelighet, angst og depresjon (ibid.).

4.4.3 En interpersonell forståelse av APD

Individer med APD opplever ofte stor angst i sosiale situasjoner og interpersonelle relasjoner, blant annet på grunn av deres hyperoppmerksomhet ovenfor andres reaksjoner. Et møte med en annen person kan aktivere en intens frykt for ydmykelse

² Interpersonell terapi vil også omtales som IPT

og avvisning, noe som kan føre til at de i situasjonen forsøker å gjøre seg selv usynlige, og at de ofte leser andres atferd som et uttrykk for at den andre personen kritiserer eller avviser dem. Etter hvert som frykten eskalerer kan dette påvirke deres talemåte, ved at de kan stamme eller snakke usammenhengende (Millon et al., 2004, p. 204). Et resultat av dette er at individer med APD trolig vil agere på en måte som vekker visse reaksjoner hos andre, som for eksempel at personer med lidelsen APD oppfattes som å være avvisende eller ikke interesserte i kontakt, som fører til at den andre personen distanserer seg (ibid.). Dette kan være med på å bekrefte individer med APD sine forventninger om avvisning i interpersonelle relasjoner. Angsten personer med lidelsen APD opplever i interpersonelle relasjoner blir ofte for overveldende, og det er måten de håndterer denne angsten på som blir dysfunksjonell. De håndterer den ofte gjennom tilbaketrekningsatferd, for å unngå avvisning eller kritikk. Denne isolasjonen fører dessverre ofte til at deres problemer forverres (ibid., p. 205). Isolasjonen fører til en mangel på såkalte positive korrigerende opplevelser, som kan lære dem nye måter å interagere interpersonelt på, og være med på å styrke deres selvtillit. Som tidligere beskrevet kan slike opplevelser være særdeles viktige for individer med APD, på grunn av deres lave mestringstro. Isolasjonen fører videre til at de mister viktig sosial støtte, og er med på å opprettholde deres negative selvilde om at de er sosialt inkompetente og mindreverdige (ibid., p. 206).

4.4.4 Hvordan adskiller den interpersonelle forståelsen seg fra vår forståelse, basert på funnene i oppgavens etiologiske del?

Den interpersonelle forståelsen av APD har mange likhetstegn med våre funn i oppgavens etiologiske del. Som det har blitt gjort rede for i oppgavens etiologiske del karakteriseres individer med APD ofte av en aversjonspreget interpersonell opptreden, hvor de ofte benytter seg av unngåelse og tilbaketrekning ved konflikter og problemer (ibid., p. 261). De ønsker ikke å inngå i nære relasjoner, med mindre de er helt sikre på at de er akseptert (ibid.). De kan være sjenerte i sosiale situasjoner, som ofte medfører en klossete interpersonell opptreden. Procacci et al. (2007) beskriver at personer med APD er tilbøyelige til å føle emosjonene angst og

forlegenhet (ibid., p. 154). Disse emosjonene kan være årsaken til en aversjonspreget relateringssevne, da de kan frykte en aktivering av disse emosjonene. Funnene i oppgavens etiologiske avsnitt tyder også på viktigheten av å arbeide med individer med APD sitt tilknytningsmønster og deres arbeidsmodeller, på grunn av at individer med APD ofte er karakterisert av arbeidsmodeller av seg selv som mindreverdige, defekte, sosialt inkompetente, en følelse av utilstrekkelighet og manglende personlig tiltrekning, som vil påvirke hvordan de agerer i interpersonelle relasjoner. I likhet med den kognitive forståelsen av APD, kan man argumentere for at behandlingen i IPT har et relativt snevert syn, ved at det i stor grad kun fokuserer på vanskeligheter i interpersonelle problemer. Som tidligere beskrevet argumenterer vi for at APD er et mer sammensatt fenomen, hvor både biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske faktorer spiller en viktig rolle for utviklingen og behandlingen av lidelsen. Det interpersonelle perspektivet vektlegger for eksempel de biologiske aspektene ved angst i mindre grad, noe som strider i mot funnene i oppgavens biologiske del. Ifølge en interpersonell forståelse vil angsten som oppstår i interpersonelle relasjoner føre til psykiske vanskeligheter, hvorav vi også argumenterer for at individer med APD i større grad er mer disponerte for å oppleve angst, på grunn av deres forhøyede stressrespons. Det er med andre ord ikke kun interpersonelle relasjoner som fører til angst, men en kombinasjon av biologiske, utviklingsmessige og sosialpsykologiske faktorer. Vi argumenterer videre for at angsten individer med APD opplever i interpersonelle relasjoner også kan skyldes karakterologiske problemer, som lavt selvverd og stor skamfølelse. Individets mentaliseringsevner vil også påvirke deres problemer i interpersonelle relasjoner, med tanke på evnen til å forstå andre og seg selv.

4.4.5 Behandling

Interpersonell terapi er en tidsbegrenset terapiform, hvor behandlingsforløpet vanligvis strekker seg over 12-16 ukentlige sesjoner, men ved mer alvorligere lidelser som APD kan forløpet forlenges (Lipsitz & Markowitz, 2013, p. 1134). Behandlingen ved bruk av IPT er inndelt i tre faser. Den første fasen består av 1-3 sesjoner, hvor terapeuten oppretter en caseformulering, basert på klientens fortellinger om tidligere og nåværende interpersonelle relasjoner. I det terapeutiske arbeidet med APD er det her viktig å fokusere på å etablere en god terapeutisk

allianse. Den andre fasen, terapiens 4-13 sesjoner fokuserer på å arbeide med klientens interpersonelle problemer, med fokus på symptomreduksjon. Terapiens siste fase vektlegger avslutningen av terapien, klientens fremgang i terapien, og veien videre etter behandlingsforløpet (ibid., p. 1136). Fokuset i IPT er å endre individer med APD sine interpersonelle vanskeligheter ved å forbedre deres sosiale fungering, grunnet at vanskelighetene skaper en stor del av klientens psykiske problemer (ibid., p. 1138). Terapiformen vektlegger at det ikke er personen selv som er problemet, men de problemene som personen opplever i interpersonelle relasjoner som skaper personens psykiske problemer, og derfor ligger fokuset i å løse personenes interpersonelle problemer (ibid.). Terapeuten undersøker personen med APD sine tidligere og nåværende relasjoner, og hvordan deres psykiske problemer henger sammen med interaksjonene i disse relasjonene (ibid., p. 1136). I behandlingen er det fokus på å identifisere hva som skjer i en gitt interpersonell situasjon, og hvilke følelser og forventninger personen med APD har til seg selv og den andre personen i relasjonen (Hougaard, 2004, p. 464). Som det allerede har blitt beskrevet i avsnittet om likheter og forskjeller mellom en interpersonell forståelse og vår forståelse av APD, kan det være problematisk å kun arbeide med personens interpersonelle problemer, dersom man ikke også arbeider med deres mentaliseringsevner og affektregulering. Individer med APD har forstyrrelser i deres selvfølelse og affektregulering, og er preget av maladaptive tankemønstre hvor de har en tendens til forvrengte og rigide fortolkninger av seg selv, andre mennesker, sosiale situasjoner og interpersonelle relasjoner. Dette innebærer at når personen deltar i nye interpersonelle eller intime relasjoner, forfaller individet hurtig til ikke-mentaliserende modus som psykisk ekvivalensmodus, forestillingsmodus eller teleologisk modus.

4.4.5.1 Interpersonelle forventninger og reaksjonsmønstre

Det er viktig å inndra personer med APD sine motiver og forventninger i analysen av interaksjon og interpersonelle relasjoner. Dette henger sammen med individer med APD sine arbeidsmodeller, som kan være preget av forventninger om kritikk, ydmykelse og avvising. U hensiktsmessige interpersonelle forventninger kan trolig spille en viktig rolle i forbindelse med individer med APD sin psykopatologi, på grunn av at interpersonlige forventninger også kan være selvforsterkende i kraft av at

de medvirker til å fremkalle en atferd fra andre, som bekrefter forventningene (ibid., p. 458). En person med APD vil trolig agere på en måte som vekker visse reaksjoner hos andre, som for eksempel at individer med APD oppfattes som å være avvisende eller ikke interesserte i kontakt, som fører til at den andre personen distanserer seg, noe som er med på å bekrefte individer med APD sitt negative selvbylde. Repetisjoner som går igjen i flere av individer med APD sine narrativer om relasjoner er en god indikator for å vurdere deres sentrale relasjonsmønstre (ibid., p. 468).

Ifølge Luborsky (1997) består dysfunksjonelle relasjonelle mønstre, eller onde sirkler av tre komponenter:

- 1. Et underliggende ønske – hva personen håper at den andre personen kan bidra med (for eksempel nærhet eller omsorg).
- 2. En karakteristisk respons fra andre – deles opp i 2 subkomponenter: forventet respons og faktisk respons. Forventet respons: Individer med APD forventer at den andre personen vil avvise dem. Dette er ofte basert på deres utviklingshistorie og relasjonelle mønstre. Den faktiske respons: den andre personen avviser dem.
- 3. En karakteristisk måte å forholde seg til seg selv på – består av individets forventninger til andres respons og til den faktiske responsen. Personen blir for eksempel selvkritisk eller føler skam (Luborsky, 1997, p. 109).

Undersøkelsen av forventninger og følelser forbundet med tidligere og nåværende relasjoner kan være hensiktsmessig, på grunn av at personer med APD sitt symptombylde ofte er preget av negative forventninger på bakgrunn av tidligere negative erfaringer, med blant annet omsorgsgiver. Et problem som kan oppstå i forbindelse med denne intervensjonsformen i behandlingen av individer med APD, er dersom de opplever et høyt affektnivå når man forsøker å identifisere deres relasjonelle mønstre. Et høyt affektnivå kan igjen påvirke deres refleksive evner, og deres evne til å objektivt beskrive relasjonelle mønstre, samt forstå hvordan dette kan føre til de vanskelighetene de opplever i interpersonelle relasjoner.

Individer med APD, hvor deres interpersonlige forventninger ofte er en sentral del av deres problematikk, vil ha bruk for å endre slike forventninger og dermed bryte deres

negative interpersonelle interaksjonsmønstre (Hougaard, 2004, p. 459). En måte å arbeide med deres interpersonlige forventninger er gjennom relasjonen mellom klient og terapeut.

4.4.5.2 Relasjonen mellom klient og terapeut

Individer med APD kan ha alvorlige problemer med å forholde seg til andre mennesker, grunnet tidlige negative erfaringer i tilknytningsrelasjonen, en usikker ambivalent tilknytning og negative indre arbeidsmodeller. I IPT arbeider terapeuten også med relasjonen mellom klient og terapeut, den terapeutiske alliansen. Den terapeutiske alliansen i IPT bygger på Bowlbys (1988) tenkning om tilknytning, hvor det mest basale prinsippet er at tapsopplevelser og endringer i sosial rolle er knyttet til nedstemthet og tristhet, og at denne effekten svekker den mellommenneskelige fungeringen (Hougaard, 2004, p. 468). Relasjonen mellom klient og terapeut er svært viktig i IPT, da et av de sentrale temaene i terapien er å forbedre klientens kommunikasjon rundt følelser og behov, slik at den mellommenneskelige fungeringen og kommunikasjonsevnen restitueres (ibid.). Den terapeutiske alliansen blir særdeles viktig i arbeidet med individer med APD, fordi de ofte har problemer med å stole på andre mennesker, og en god terapeutisk allianse kan også fungere som en korrigerende emosjonell opplevelse hos individer med APD. Ut fra oppgavens tidligere funn er det her viktig å fokusere på eventuelle tidligere etablerte dysfunksjonelle interpersonelle sirkler, og eventuelle brudd i den terapeutiske allianse som indirekte representerer en gjentakelse av svikt og avvisning personen kan ha opplevd tidligere i livet (jf. 3.3.3). Det er videre viktig å ha et stort fokus på etableringen av den terapeutiske alliansen i arbeidet med individer med APD, på grunn av deres tendens til tilbaketrekning, som kan føre til at de avslutter terapiforløpet for tidlig. Individer med APD er også preget av frykt for kritikk, og av å bli misforstått, derfor er det svært viktig å være oppmerksom på alliansebrudd eller spenninger i den terapeutiske alliansen.

4.4.5.3 Korrigerende emosjonell opplevelse

Millon et al. (2004) argumenterer for at relasjonen mellom klient og terapeut kan innebære en korrigerende emosjonell opplevelse for individer med APD, som

klienten kan generalisere til andre interpersonelle relasjoner utenfor terapien (ibid., p. 261). En korrigerende emosjonell opplevelse består av 4 følgende komponenter:

- 1. En aktivering av følelser i forholdet til terapeuten, som knytter seg til klientens interpersonelle problemer, ved at de for eksempel føler seg kritisert når de forteller om vanskelige følelser.
- 2. Terapeuten reagerer på en måte som fasiliterer avlæring av personer med APD sin uhensiktsmessige tendens, ved at terapeuten unngår å kritisere personen. Klientens forventede reaksjon fra terapeutens uteblir, og viser på denne måten klienten at hans følelser er ubegrunnede.
- 3. Klienten opplever en uoverensstemmelse mellom egne følelser og terapeutens reaksjon, og det oppstår på denne måten en realitetskorrigering hos klienten. Klientens negative forventninger blir for eksempel avkreftet, ved at de opplever at de ikke blir kritisert, eller sviktet av terapeuten.
- 4. En gradvis generalisert virkning som kan resultere i at individer med APD agerer mer hensiktsmessig utenfor terapien, og konfliktfylte relasjoner til andre avtar (Hougaard, 2004, p. 301)

Ut fra funnene i oppgavens etiologiske del, så kan en emosjonelt korrigerende opplevelse være særdeles viktig i det terapeutiske arbeidet med individer med APD, grunnet deres bakgrunn med interpersonelle erfaringer som avvisning og ydmykelse, hvilke har ført til at de ofte forventer at smerte og ydmykelse også kan forekomme i andre relasjoner (jf. 3.3.3). I likhet med arbeidet med dysfunksjonelle relasjonelle sirkler kan det være en ulempe i den interpersonelle terapien, at terapeuten ikke regulerer klientens affektnivå. Individer med APD er som tidligere beskrevet kjennetegnet av et høyt affektnivå i interpersonelle situasjoner, noe som kan påvirke i hvilken grad de evner å internalisere eventuelle emosjonelt korrigerende opplevelser.

4.4.6 Oppsummering

Ved en interpersonell behandling av APD vil fokuset være på personenes interpersonelle problemer. Terapeuten utforsker gjennom 3 faser i terapien klientens interpersonlige forventninger og reaksjonsmønstre, og tidligere og nåværende

erfaringer i interpersonelle relasjoner. Gjennom relasjonen mellom klient og terapeut kan klienten oppleve en emosjonelt korrigerende opplevelse, hvor klientens negative interpersonlige forventninger og erfaringer kan bli avkreftet, som kan resultere i at personen agerer mer hensiktsmessig utenfor terapien, og konfliktfylte relasjoner til andre avtar. På grunn av det store fokuset på interpersonlige problemer, har terapiformen vist god og relativt hurtig symptomreduksjon. En annen fordel ved IPT som behandlingsform ved APD, er at den har et stort fokus på den terapeutiske allianse. Flere studier viser at den terapeutiske allianse er en av de viktigste faktorene for fremgang i psykoterapi (Gilbert & Gorden, 2012, p. 112). I likhet med kognitiv terapi arbeider man heller ikke spesifikt med å utvikle klientens mentaliseringsevner i IPT, noe som kan være gunstig i arbeidet med APD, hvor deres mentaliseringsevner er mangelfullt utviklet. Det er for eksempel flere av teknikkene i IPT hvor man arbeider med affekter, som krever at klienten ikke er emosjonelt overveldet, fordi det minsker personens evne til mentalisering, og til å kunne arbeide med affekten. Når dette skjer kan klienten projisere de negative følelsene over på terapeuten, og da er det viktig at terapeuten er oppmerksom på dette. Behandlingen er også tidsavgrenset, noe som kan være problematisk i arbeidet med mer alvorlige lidelser, som APD (ibid.). Det er også, som tidligere nevnt, lite forskning omkring effekten av interpersonell terapi i behandlingen av APD.

Interpersonell terapi er på den ene siden gunstig i behandlingen av individer med APD, grunnet terapiens fokus på å utforske interpersonelle hendelser, kontekstualisere disse, utforske og skape balanse i de emosjonelle tilstander som fremkalles. Men, ut fra funn i oppgavens etiologiske del, vil et ensidig fokus på vanskeligheter i interpersonelle relasjoner trolig ikke være tilstrekkelig i behandlingen av APD. Dette skyldes at problemene deres ofte er mer sammensatte, og er et resultat av biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske faktorer. Anvendelsen av en interpersonell behandling kan muligvis også kritiseres for at behandlingsmetoden utelukkende fokuserer på det interpersonelle samspillet, og dermed kan bidra til å opprettholde intellektualisering og forekomsten av forestillingsmodus, hvilket kjennetegner individer med APD. Individer med APD karakteriseres også som nevnt tidligere av affektfobi og hypersensitivitet ovenfor andre menneskers mentale verden. Det kan derfor være problematisk å kun fokusere på interpersonelle relasjoner, uten å undersøke individets indre mentale verden, og

affekt og følelsesopplevelser kan bidra til å opprettholde den intellektualiserende måten å være på, hvor individet befinner seg i forestillingsmodus. Intellektualisering hindrer en opplevelse av nærhet, kontakt med egne følelser og til å utvikle nære relasjoner. Dersom individet befinner seg i forestillingsmodus, uten kobling til den underliggende affekt kan dette føre til liten fremgang i behandlingen. Det store fokuset på interpersonlige problemer kan også komme til å neglisjere viktige andre symptomer ved lidelsen, som for eksempel personens lave selvbilde, og store skamfølelse. Et problem som kan oppstå i denne forbindelse, er at fokuset på de interpersonelle problemene kan bli en slags tilbaketrekking for å unngå å merke den underliggende affekten. Det blir en form for pseudomentalisering, for å unngå å komme i kontakt med den underliggende affekten, og de følelsene som er forbundet med dette, som blant annet skamfølelsen. En annen problematikk i forhold til å anvende interpersonell terapi er at personer med APD kan ha vanskeligheter for å snakke om hvordan deres forventninger bidrar til problemer i interpersonelle relasjoner, på grunn av at de har nedsatte mentaliseringsevner som vanskeliggjør refleksjon omkring seg selv og andre.

4.5 Mentaliseringbasert terapi (MBT)

4.5.1 Innledning

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)³ er et manualisert evidensbasert psykodynamisk langvarig behandlingsprogram, forbeholdt behandlingen av individer med borderline personlighetsforstyrrelse, men hvor anvendelsesområdet senere har blitt utvidet til behandling av andre lidelser som blant annet spiseforstyrrelser, depresjon og rusmiddelrelaterte lidelser (Karterud & Bateman, 2010, p. 31). Ut fra oppgavens etiologiske redegjørelse (jf. 3) argumenter vi for at MBT også kan anvendes som et behandlingstilbud for individer med APD. Ifølge Allan, Bateman & Fonagy (2010) er MBT ikke en ny terapeutisk retning, og mange av de terapeutiske intervensjonene som anvendes i MBT er hentet fra andre teoretiske og terapeutiske behandlingstilganger (ibid., p. 16). Det kan argumenteres for at MBT er en integrert behandlingsmodell, hvor integrasjonen består av en sammenkobling av psykodynamisk-, interpersonelle-, og kognitive behandlingsmodeller, men hvor

³ Mentaliseringsbasert terapi vil også omtales som MBT

MBT er tilpasset til å hjelpe personer med borderline personlighetsforstyrrelse som er sårbare for å miste mentaliseringskapasiteten i relasjoner hvor tilknytningssystemet aktiveres. Med referanse til ovenstående avsnitt om psykodynamisk-, interpersonell-, og kognitiv behandling, kan enkelte av behandlingstilgangene kritiseres for å ikke ta hensyn til den psykiske lidelsens beskaffenhet. Muligvis er problemet at de eksisterende terapeutiske retningene er utviklet innenfor forskjellige skoledannelser, som har bestrebet seg på å avgrense seg skarpt fra de andre terapiretningene, hvilket har medført at de har utviklet deres egenart i form av bestemte strategier, holdninger og terapeutiske intervensjoner som er utviklet til å behandle spesifikke lidelser, men hvor man etterfølgende har generalisert behandlingsmodellene til å gjelde andre mulige lidelser, herunder behandlingen av APD (Hougaard, 2004, p. 79). Hermed oppstår det en risiko for at bryte forbindelsen mellom utredning, diagnostikk og etiologi på den ene siden, og behandling på den andre siden. Det kan ut fra dette perspektivet argumenteres for at en modifikasjon av de eksisterende behandlingstilgangene er nødvendig i det terapeutiske arbeidet med APD. MBT kan nettopp forstås som en slik modifikasjon, og vi har derfor valgt å undersøke hvorvidt MBT kan anvendes i behandlingen av individer med lidelsen APD. I følgende avsnitt vil vi med utgangspunkt i oppgavens redegjørelse for risikofaktorer vedrørende utviklingen av APD (jf. 3), vurdere hvorvidt MBT kan anvendes i behandlingen av individer med APD.

4.5.1.1 Avsnittets hensikt og oppbygning

Følgende del av oppgaven redegjør for et forslag til en Mentaliseringsbasert behandlingsmodell (MBT) tilpasset for behandlingen APD. Vi redegjør for hovedprinsippene til MBT, forslag til et eventuelt behandlingsforløp og behandlingsveiledning, samt hvorfor mentaliseringsbaserte intervensjonsprinsipper er effektive i behandling av individer med APD. Med utgangspunkt i erkjennelsen av den viten vi har redegjort for i den biopsykososiale modellen for utviklingen av APD (jf. 3), har vi identifisert etiologien, sykdomsforløpet og fått en forståelse for selve fenomenet APD og den problematikken individer med APD opplever i hverdagen, hvilket vi anvender som evidens i følgende del av oppgaven. Vi undersøker hvorvidt MBT kan anvendes som en behandlingsmodell for individer med APD, hovedprinsippene ved MBT, herunder en redegjørelse for et forslag til et eventuelt behandlingsforløp, terapeutiske teknikker, holdninger og strategier som fremmer

mentaliserings hos individer med APD, betydningen av den terapeutiske relasjon og eventuelle utfordringer i forhold til overføring/motoverføring i arbeidet med APD. Avsnittet avsluttes med en oppsummering av MBT i behandling av APD og overveielser i forhold til implementering av MBT i psykoterapeutiske dagavdelinger, og på poliklinisk DPS-nivå i behandlesystemet i dag.

4.5.2 MBT og mentalisering

MBT er en psykodynamisk psykoterapi som bygger på teorien om mentalisering. Mentalisering innebærer en selvreflekterende og en interpersonell komponent. Mentalisering viser til individets evne til å implisitt og eksplisitt forstå egne og andres handlinger som å være forbundet med mentale fenomener, som for eksempel antakelser, ønsker, følelser og behov (Bateman & Fonagy, 2007, p. 20). Enkelt forklart er mentalisering individets evne til å fortolke og forstå seg selv utenfra og andre innenfra (jf. 3.3.6.1). Individet mentaliserer kontinuerlig, hvor individet danner representasjoner og legger seg selv og andre intensjoner. Mentalisering foregår både implisitt og eksplisitt. For det meste mentaliserer man implisitt, hvor personen automatisk danner representasjoner av interpersonelle fenomener og legger andre intensjoner, basert på tidligere erfaringer og indre arbeidsmodeller (Bateman & Fonagy, 2007, p. 20). Eksplisitt mentalisering referer til en mer kontrollert mentalisering, hvor individet gjennomtenker og reflekterer over hva som motiverer andre personer eller en selv til å gjøre det personen vil gjøre (ibid.). I forbindelse med et terapeutisk arbeid med individer med APD, forsøker man å stimulere deres eksplisitte mentalisering gjennom å sette ord på følelser, tanker, antakelser og motiver, for å fremme evnen til refleksjon og mentalisering. Individets evne til eksplisitt mentalisering avhenger blant annet av individets sekundære tilknytningsstrategier som aktiveres under affektivt press (Karterud & Bateman, 2010, p. 15). Individer med en nedsatt mentaliseringsevne kan ofte misforstå interpersonelle samspill, og styres i større grad av ytre påvirkninger, stimulus respons og av instinkter (ibid.).

4.5.3 Mentaliseringsbasert terapi (MBT) for APD

4.5.3.1 *Den praktiske bruken av MBT, terapiens forskjellige faser*

Allan, Bateman & Fonagy (2010) har utviklet to varianter av MBT. Den første varianten er en langtidsbehandling i regi av daghospitaller, som består av kombinert individuell- og gruppeterapi, hvor klienten deltar fem ganger om uken i 18-24 måneder (ibid., p. 316). Den andre modellen er et intensivt poliklinisk eller ambulant tilbud, kombinert individuell- og gruppeterapi med en varighet på 18 måneder, hvor individet inngår i ukentlige individuelle terapitimer og gruppeterapisesjoner (ibid.). Behandlingsforløpet ved MBT er overordnet inndelt tre hovedfaser, uavhengig om klienten deltar i daghospitalltilbudet eller det intensive ambulante tilbudet. Hver behandlingsfase har spesifikke mål, og omfatter spesifikke prosesser (Bateman & Fonagy, 2007, p. 75). Den innledende fasen har som formål å foreta en klinisk vurdering av individets personlighetsfunksjon og mentaliseringskapasitet. Fasen innebefatter diagnostisering, enighet om de terapeutiske rammene herunder enighet om de terapeutiske arbeidsoppgaver og mål, utarbeidelse av en skriftlig redegjørelse, caseformulering, stabilisering av eventuelle sosiale og atferdsmessige problemer, utarbeidelse av en kriseplan og tilbud om psykoedukasjon. Den innledende fasen beskrives som tilknytningsfasen, hvor formålet er å utvikle en god terapeutisk relasjon og tilknytningsrelasjon til klienten, samt engasjere klienten i behandlingen (ibid.).

Det aktive terapeutiske arbeidet i den andre fasen retter seg mot å stimulere individets mentaliseringskapasitet, gjennom kombinerte individuelle- og gruppeterapisesjoner (ibid.). Individuellterapeuten og gruppeterapeuten er forskjellige terapeuter, hvilket forutsetter en kontinuerlig kommunikasjon, utveksling av informasjon og samarbeid mellom terapeutene gjennom regelmessig felles supervisjon for å diskutere hovedtemaene i de aktuelle terapitimene (Allan, Fonagy & Bateman, 2010, p. 318). MBT-gruppeterapi har til formål å fungere som ”mentalisering i praksis”. Gruppeterapien stimulerer individer med APD til å blant annet utforske interpersonlige hendelser av mentaliseringssvikt, utforske og skape balanse i de emosjonelle tilstandene som fremkalles, trening i å håndtere angst, og

utvikle og opprettholde mentaliseringen i ”her og nå”- belastende situasjoner (ibid., p. 85). Gruppeterapien kan oppleves som angstprovoserende og belastende av mange personer med APD, fordi den krever at personen er bevisst om seg selv, samtidig som personen får øvelse i å mentalisere over andre menneskers mentale tilstand i en dynamisk prosess (ibid.). Erfaringene fra gruppeterapien og andre livserfaringer utenfor terapien kan individet bearbeide mer detaljert i den individuelle terapien. Det er ved gjennomgang av hendelser hvor individet føler seg misforstått, ydmyket, kritisert, tilsidesatt og/eller oversett at individets mentaliseringsevner kan utfordres, stimuleres eller bekreftes (Karterud & Bateman, 2010, p. 44). Hvorfor nettopp kombinasjonsbehandlingen er effektiv i behandlingen av individer med lidelsen APD, vil bli diskutert i senere diskusjonsavsnitt (jf. 5.1.3).

Den avsluttende behandlingsfasen starter når klienten har 6 måneder tilbake. De overordnede målene er å styrke interpersonelle og sosiale funksjonsaspekter, slik at personen kan etablere og opprettholde meningsfulle interpersonelle relasjoner (Bateman & Fonagy, 2007, p. 76). I overensstemmelse med psykodynamisk teori anser MBT behandlingsavslutningen og individets separasjonsreaksjoner som avgjørende i bestrebelsen på å opprettholde og konsolidere fremskrittene som har blitt oppnådd i behandlingen. I den avsluttende fasen skal det terapeutiske arbeidet rette seg mot separasjonsreaksjoner og individets bearbeidelse av tap, herunder de følelser klienten kan oppleve etter mange års påvirkning av lidelsen, og de følelser klienten kan oppleve som følge av at terapien opphører. Terapeuten skal hjelpe klienten med å reflektere over hvordan personen kan fastholde utbyttet fra terapien (Allan et al. 2010, p. 318). Her fokuseres det på å øke individets ansvar og selvstendighet, integrasjon og konsolidering av tidligere terapeutisk arbeid, utarbeidelse av eventuelle oppfølgende avtaler, og å forberede klienten på å avslutte terapiforløpet (ibid.).

4.5.3.2 Klinisk utredning av individets mentaliseringsevner

MBT er i dag forbeholdt behandlingen av personer med et lavt funksjonsnivå. I vurderingen av hvorvidt personen er en kandidat for MBT skal det normalt i forbindelse med anamneseoppgagelsen utføres en klinisk vurdering og assessment av individets funksjonsnivå, personlighetsvurdering og mentaliseringsevne. Følgende

avsnitt inneholder en redegjørelse for hvordan man kan utrede individets mentaliseringsevne i behandlingen av APD.

I det innledende evalueringsintervju og assessment vurderer terapeuten klientens mentaliseringsevner og kartlegger forekomsten av mentaliseringssammenbrudd, og i hvilke kontekster mentaliseringsevnen bryter sammen. Dette er nødvendig i det terapeutiske arbeidet, grunnet at terapeuten skal tilpasse intervensjonene etter klientens mentaliseringskapasitet og sårbarhet. Den kliniske utredningen av individets mentaliseringsevner nedskrives i en individuell caseformulering, hvor terapeuten på bakgrunn av de utførte tester og evalueringsintervju beskriver klientens eksplisitte mønstre av mentaliseringssvikt og vellykkede mentalisering (Allan, Fonagy & Bateman, 2010, p. 199). Caseformuleringen representerer terapeuten sin vurdering og oppfattelse av klientens problematikk. Den inneholder en beskrivelse av dominerende objektrelasjoner og samspillsmønstre, herunder klientens ønsker og behov i samspill med andre mennesker, hvordan vedkommende opplever og forventer at andre agerer i samspill med personen, samt hvordan personen selv agerer i samspill med andre (Jørgensen, 2009, p. 437). Mentalisering er i høy grad kontekstavhengig, hvilket betyr at det foreligger variasjon i mentaliseringskapasiteten på tvers av situasjoner, og i forskjellige relasjoner. I enkelte sammenhenger kan mentaliseringsevnen være intakt, mens den i andre sammenhenger hvor affektnivået er høyt, eller i interpersonelle relasjoner hvor tilknytningssystemet er aktivert, kan være redusert eller mangelfull (Bateman & Fonagy, 2007, p. 103). Bateman & Fonagy (2004) anbefaler anvendelsen av tilknytningssamtalen Adult Attachment Interview (AAI), som er et semistrukturert intervju til klassifisering av tilknytningssystemet hos voksne, til vurdering av individets mentaliseringsevne, grunnet at intervjuguiden inneholder flere spørsmål som krever at individet reflekterer over egne og andres mentale tilstander (ibid., p. 107). I forbindelse med vurderingen av individer med APD sin mentaliseringskapasitet, kan terapeuten for eksempel spørre inn til interpersonelle samspill hvor individet har vært følelsesmessig involvert. Eksempler på slike samspill eller situasjoner kan være en konflikt eller en hendelse hvor personen har opplevd mentaliseringssvikt, i forbindelse med å føle seg sviktet, negativt evaluert eller ydmyket (Jørgensen, 2009, p. 438). Mens individet løpende beskriver en hendelse, kan terapeuten spørre inn til hvordan individet selv oppfattet og forsto sin

egen atferd, samt hvordan individet forsto den andre personens atferd. Terapeuten skal likeledes også utfordre klientens forklaringer, ved for eksempel å spørre inn til om den aktuelle hendelsen kan forstås på andre måter, og hvorvidt individet tror andre mennesker kan forstå hendelsen på en annen måte (ibid., p. 438). I vurderingen av individets mentaliseringskapasitet vurderes individets evne til å reflektere over egne og andres mentale tilstander, forekomsten av mentaliseringssvikt, individets evne til å sette seg inn i et annet perspektiv, og individets evne til refleksiv tenkning, og til å danne meningsfulle koblinger mellom mentale tilstander og atferd (ibid.).

4.5.4 Intervensjonsprinsipper ved MBT

Gjennom en integrasjon av utviklingspsykologi, tilknytningsteori, og nevropsykologi beskriver Bateman & Fonagy (2007) forskjellige terapeutiske teknikker som er særlig egnede til å fremme mentaliseringsevnen, både i forhold til klienten og til terapeuten selv (Bateman & Fonagy, 2007, p. 147ff). MBT vektlegger at terapeuten skal inngå i en kontinuerlig reflekterende terapeutisk prosess, hvor terapeuten skal fastholde både seg selv og klienten i et mentaliserende modus (Allan, Bateman, Fonagy, 2010, p. 192). Kjennetegn ved intervensjoner som fremmer mentalisering er at intervensjonene skal være enkle og presise, affektfokuserte og rette seg mot individets aktuelle bevisste subjektive tankeprosesser, affektive tilstander og individets aktuelle mentaliseringsnivå (ibid.). I følgende avsnitt gjennomgås noen av de grunnleggende intervensjonsprinsippene ved MBT, og hva terapeuten skal være oppmerksom på i det terapeutiske arbeidet med lidelsen APD, med utgangspunkt i den biopsykososial modellen vi har redegjort for i Del 3 (jf. 3).

4.5.4.1 Betydningen av den terapeutiske relasjon i arbeidet med APD

MBT vektlegger utviklingen og opprettholdelsen av en terapeutisk relasjon som avgjørende i det terapeutiske arbeidet (Bateman & Fonagy, 2007, p. 147). Individer med APD kan ha alvorlige problemer med å forholde seg til andre mennesker, grunnet tidlige negative erfaringer i tilkynningsrelasjonen, en usikker ambivalent tilknytning, negative indre arbeidsmodeller og patologisk skam. MBT vektlegger

betydningen av terapeutens funksjon som en trygg base, hvor individet i en kontekst hvor tilknytningssystemet blir aktivert kan utforske deres indre verden som tanker, følelser, behov og drømmer, og hvordan den relateres til den ytre verden (Jørgensen, 2009, p. 395). En god terapeutisk allianse fungerer som den beste analogien til en sikker tilknytning, hvor individet kan utvikle evnen til å mentalisere, med utspring i en opplevelse av å bli forstått gjennom terapeuten som en trygg base. Terapeuten skal ved MBT innta en nysgjerrig, rommende og aksepterende holdning, være aktivt spørrende, ikke-påtrengende, ikke-vitende, samt ha en evne til å bekrefte og motivere klienten til å selv undersøke subjektive følelsesmessige opplevelser (Allan, Bateman & Fonagy, 2010, p. 212). Dette elementet henviser til tilknytningsteorien, hvor terapeutrollen har visse likhetstrekk med foreldrerollen (Karterud & Bateman, 2010, p. 79). Dette er nødvendig i det terapeutiske arbeidet med APD, på grunn av at mange individer har vokst opp i et miljø hvor deres følelser kontinuerlig har blitt negativt evaluert, kritisert og avvist, hvilket har resultert i stabile måter å tolke og oppleve interpersonelle relasjoner som å være farefulle, og som individet er nødt til å forsvare seg mot. Det terapeutiske arbeidet skal ved APD konsentrere seg på om å hjelpe klienten med å verbalisere sine meninger, tanker og følelser, men også forbindelser mellom egen atferd og andres reaksjoner (Perris & Perris, 2000, p. 232).

Den terapeutiske relasjon fremstår som tidligere nevnt viktig i arbeidet med APD, fordi relasjonen kan inkorporere en korrigerende emosjonell opplevelse hos klienten. MBT vektlegger at terapeuten skal innta en mentaliserende posisjon i et her-og-nå perspektiv, hvor terapeuten selv skal mentalisere over individets indre affektive tilstand, og kontingent markert tilbakespeile klientens følelser, tanker og meninger i en modifisert form, slik at klienten selv kan bli bevisst på sin indre mentale tilstand gjennom terapeutens speiling (Bateman & Fonagy, 2007, p. 137). Terapeuten skal imidlertid ikke verbalisere det som om terapeuten vet hva klienten føler og tenker, men i stedet fremstå som utforskende og interessert (ibid.). Dette fremstår som viktig i det terapeutiske arbeidet med APD, grunnet at mange individer med APD kommer fra et følelsesmessig dårlig oppvekstmiljø, som har vært kjennetegnet av mange negative tilknytningserfaringer, preget av avvising, ydmykelse, lite stimulerende og uintegrerte emosjonelle reaksjoner, som har lært individer med APD å ikke kunne stole på signifikante andre. Det er viktig at terapeuten er observant på eventuelle tidligere etablerte dysfunksjonelle interpersonelle sirkler, overføringsreaksjoner og

eventuelle brudd i den terapeutiske alliansen som indirekte representerer en gjentakelse av svikt og avvisning klienten kan ha opplevd tidligere i livet. MBT vektlegger at terapeuten skal overvåke og være åpen om egne feiltolkninger, og kommunisere disse til klienten (Allan, Bateman & Fonagy, 2010, p. 196). Overordnet kan det argumenteres for at den terapeutiske relasjon er avgjørende i arbeidet med APD, fordi den forebygger at individet avbryter terapien på et tidlig stadium. Dannelsen av en god terapeutisk relasjon kan også være utslagsgivende for terapeutisk endring hos klienten, grunnet at en god terapeutisk relasjon kan bidra til å rekonstruere personens uhensiktsmessige relasjonelle skjemaer og mentale representasjoner av seg selv i relasjon til andre mennesker.

4.5.4.2 Terapeutens holdning

Terapeuten skal som tidligere nevnt opprettholde en nysgjerrig, spørrende og ikke-vitende innstilling, som fremmer en opplevelse av terapien som en trygg base, og som stimulerer klientens utforskning av egen og andres mentale tilstander (Karterud & Bateman, 2010, p. 79, 82). Individer med APD kjennetegnes ved en mangel på refleksiv kapasitet, som er preget av presise andre-ordensrepresentasjoner av indre tilstander, som innebærer rigide og forvrengte bilder av at andre personer er avvisende og negativt evaluerende. Individer med APD er derfor svært sensitive ovenfor tegn på negativ evaluering, kritikk og avvisning (jf. 3.3.9). En mulig forklaring til dette er at individer APD kjennetegnes ved at tilknytningspersonen i oppveksten har vært avvisende, kritisk evaluerende eller utilgjengelig, hvilket har resultert i en forventning om at andre personer og interpersonelle relasjoner også er kilder til smerte, avvisning og ydmykelse (jf. 3.3.3). Temperamentsmessig kjennetegnes individer med APD også av et hypersensitivt temperament, med et overaktivt oppmerksomhetssystem (jf. 3.2.2). I forbindelse med det terapeutiske arbeidet med personer med APD, som er uttalt sensitive ovenfor kritikk og avvisning, fremstår det som viktig at terapeuten er svært påpasselig med intervensjoner som kan oppfattes som kritikk (Perris & Perris, 2000, p. 232). MBT vektlegger at terapeuten skal være empatisk og støttende, for å minke risikoen for et høyt spenningsnivå og en overaktivering av klientens tilknytningssystem. Terapeutens holdning skal i det terapeutiske arbeidet med APD være preget av å være nysgjerrig, aktivt spørrende og undrende, samtidig som terapeuten skal være

oppmerksom på, og erkjenne egne feil (ibid.). Terapeutens holdning fremstår som viktig i det terapeutiske arbeidet med APD, fordi terapeutens holdning kan fremme en god interpersonell samhandling og kommunikasjon, som fungerer som emosjonelt korrigerende i forhold til individets tidligere implisitte forventninger til interpersonelle samspill (Karterud & Bateman, 2010, p. 79, 82).

4.5.4.3. Regulering av spenningsnivået

MBT vektlegger at terapien skal foregå i en atmosfære hvor klienten befinner seg på et optimalt spenningsnivå og emosjonell aktivering (Karterud & Bateman, 2010, p. 92). I behandlingen av klienter med APD skal terapeuten imidlertid være oppmerksom på graden av spenningsnivået, slik at klientens følelsesnivå ikke blir for høyt. Som det fremgår i avsnittet om biologiske risikofaktorer (jf. 3.2.2) kan det antas at mange individer med APD har det medfødte temperamentstrekket Behavioral Inhibition, som har innvirkning på deres impulskontroll, reaksjonsberedskap, følsomhet mot emosjonell stimuli, endringer og intensitet i sinnsstemning (jf. 3.2.2). Et medfødt hypersensitivt temperament har innvirkning på individets stress-, arousal-, og affektregulering. I forbindelse med det terapeutiske arbeidet med APD er det viktig at terapeuten regulerer spenningsnivået, grunnet at individer med APD har et nedsatt affekt-, og selvreguleringssystem, hvilket kan føre til at de overveldes av følelser, som kan oppleves som meget diffuse, angstpregede og kroppslige (jf. 3.3.6.1). Dette kan skyldes at personen har en manglende bevissthet om egen emosjonell tilstand, i sammenheng med en mangel på symbolsk representasjon av emosjoner. Klienter med APD sitt svekkede mentaliseringsnivå har en innvirkning på affektreguleringen, og deres evne til å håndtere emosjonell aktivering i sosiale og interpersonelle situasjoner. Et affektnivå som overstiger personens selvkontroll, kan aktivere tilbaketrekningssatferd som en affektiv regulator for å beskytte dem mot en opplevelse av fragmentering (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002, p. 339). Dersom klientens følelsesnivå i terapien blir for høyt, kan det øke sannsynligheten for forekomsten av før-mentaliserende subjektivitetsmodus, som påvirker klientens evne til å oppstille alternative hypoteser. Karterud & Bateman (2010) anbefaler imidlertid at terapien ikke skal foregå ved et for lavt følelsesnivå, fordi det da ikke har lik terapeutisk effekt (ibid., p. 92). Overordnet er det i MBT

viktig at terapeuten regulerer spenningsnivået i arbeidet med klienter med lidelsen APD.

4.5.4.4 Intervensjoner tilpasset klienter med APD sin mentaliseringskapasitet

I avsnittet om mentaliseringssvikt i forbindelse med APD har vi redegjort for hvordan personer med APD kan fungere innenfor en av de tre førmentaliserende funksjonsformene. I følgende avsnitt vil vi redegjøre for APD ut fra mentaliseringsteorien, og hvilke utfordringer mentaliseringssvikt kan ha i behandlingen av lidelsen APD, samt hvordan terapeuten kan håndtere forekomsten av førmentaliserende modus. Formålet med avsnittet er å oppnå en bedre forståelse for personer med APD sin mentale funksjon, når deres tenkning og affektive opplevelser kan bli alvorlig desorganisert i den kliniske situasjonen (Skårderud, Sommerfelt, Fonagy, 2012, p. 27).

4.5.4.5 Håndtering av psykisk ekvivalensmodus

Psykisk ekvivalensmodus er en form for brudd i personens symboliseringsevne, og viser til en form for tenkning hvor personen sidestiller indre mentale fenomener og forestillinger med den ytre virkelighet (Karterud & Bateman, 2010, p. 106). For eksempel kan individer med APD som befinner seg i denne modusen ha vanskelig for å innse at andre mennesker kan tenke annerledes om en interpersonell situasjon, eller om dem som person, enn det personen selv tenker. Psykisk ekvivalensmodus kan beskrives som en form for konkret tenkning, hvor personen setter likhetstegn mellom den indre og den ytre verden. Symbolisering og evnen til re-representasjoner bryter sammen, og opplevelsen får en sterk virkelighetskarakter, som oppleves som et ikke-diskuterbart fakta i den aktuelle situasjon (Skårderud, Sommerfelt, Fonagy, 2012, p. 27). I det terapeutiske arbeidet med APD, kan for eksempel enkelte situasjoner hvor affektnivået blir for høyt medføre at individets refleksive evner bryter sammen, og opplevelsen av selvet og andre forvrenges av blant annet kjernekonflikter og projektiv identifikasjon. Dette betyr at personer med APD ikke er i stand til å se den aktuelle situasjonen eller opplevelsen på avstand av deres

umiddelbare opplevelse. For eksempel kan individer med APD oppleve at terapeuten eller de andre gruppemedlemmene evaluerer dem negativt og er avvisende; *"Ingen liker meg, jeg er ikke elskbar, og jeg er sosialt inkompetent"*. Individets unyanserte forståelse av seg selv og av andres intensjoner, kan føre til at individet opplever situasjonen som kaotisk og uoverskuelig, og som en direkte trussel mot selvet, hvor individer med APD kan tenke at den eneste utvei er å handle seg ut av situasjonen, i form av tilbaketrekning- og fluktatferd (Jørgensen, 2009, p. 386). I en terapeutisk situasjon kan en slik isomorfisme mellom indre og ytre virkelighet, komme til uttrykk i absolutte begreper og generaliseringer, som; *"Du...alltid"*, *"Du...aldri"*, men også i individets tendens til selvbebreidelse og sort-hvit-tenkning (Karterud & Bateman, 2010, p. 106). I denne forbindelse er det viktig at terapeuten er bevisst på etiologien bak lidelsen. Personer med APD har ofte arbeidsmodeller som er utviklet på grunnlag av avvisning og ydmykelse, som har ført til at personen forventer at denne smerten og ydmykelsen kan forekomme i andre relasjoner (jf. 3.3.3). Dersom individet opplever terapien, terapeutens intervensjoner eller gruppeterapien i psykisk ekvivalensmodus, innebærer det at individet opplever den aktuelle erfaringen som virkelighet, og ikke kun som representasjoner (Skårderud, Sommerfelt & Fonagy, 2012, p. 27). I arbeidet med APD er det viktig at terapeuten regulerer affektnivået, både i individuell-, og gruppeterapisesjonene, for å forhindre at individet forfaller til ikke-mentaliserende modus. Terapeuten skal anvende MBT intervensjonsprinsipper som utfordrer psykisk ekvivalens, og hjelper personen ut av denne modusen. Terapeuten kan i arbeidet med psykisk ekvivalensmodus hos individer med APD oppleve frustrasjon med å ikke nå frem til personen, og vanskeligheter med å bygge en god arbeidsallianse (ibid.).

4.5.4.6 Håndtering av forestillingsmodus

En annen form for mentaliseringssvikt som kan forekomme hos personer med APD er pseudomentalisering, hvor personen fungerer i forestillingsmodus. Opplevelsen av selvet i forestillingsmodus er i motsetning til psykisk ekvivalensmodus, en splittelse mellom indre og ytre realitet (Bateman & Fonagy, 2007, p. 116). I det terapeutiske arbeidet med APD er det viktig at terapeuten er bevisst på at en dårlig mentaliseringsevne kan være dekket over av en velfungerende intellekt, og en evne til å si de riktige tingene (Skårderud, Sommerfelt & Fonagy, 2012, p. 26). Når

personen fungerer i forestillingsmodus, vil klienten kunne snakke om mentale fenomener på en relativt god måte som tilsynelatende virker mentaliserende, men hvor ordene ikke har noen kobling til den underliggende affekten, og dermed ikke fører til den ønskede virkningen (Karterud & Bateman, 2010, p. 102). I det terapeutisk arbeidet med APD kan en av de største utfordringene være å oppdage forekomsten av pseudomentalisering, grunnet at individet kan snakke eksplisitt om mentale tilstander, men uten forbindelse til den aktuelle virkelighet (ibid.). Personer med lidelsen APD kjennetegnes som nevnt tidligere av affektfobi og hypersensitivitet ovenfor andre menneskers mentale verden. En mulig forklaring til at personer med APD har et stort behov for å vite hva som foregår i andres sinn, er fordi de ønsker å unngå gjentakelse av tidligere traumatiske opplevelser av å bli kritisert, ydmyket og latterliggjort (jf. 3.3.3). Utover dette kan negative tilknytningserfaringer føre til at individet opplever det som risikofylt å komme i kontakt med egne følelser, følelsen av nærhet med andre mennesker, samt danne meningsfulle dype relasjoner. Dette går også på bekostning av deres evne til å mentalisere over sin egen mentale og affektive tilstand. Intellektualisering og pseudomentalisering hindrer en opplevelse av nærhet, kontakt med egne følelser og til å utvikle nære relasjoner (Skårderud, Sommerfelt & Fonagy, 2012, p. 26). En mulig hypotese er at intellektualisering fungerer som en indre unngåelse av affekt, hvor individet ikke riktig har kontakt med deres følelser. For å oppdage forekomsten av pseudomentalisering og forestillingsmodus hos personer med APD skal terapeuten være oppmerksom på diskursformer hvor klienten snakker om temaet på en overfladisk, distansert, uengasjert eller følelseslabil måte (Allan, Fonagy & Bateman, 2010, p. 230). Dersom klienten snakker uengasjert og distansert, kan dette være et tegn på at personen befinner seg i forestillingsmodus. Utover dette kan terapeuten selv reagere på klientens pseudomentalisering, i form av motoverføringsreaksjoner som at terapeuten mister konsentrasjonen, kjeder seg og ikke engasjerer seg følelsesmessig i klientens fortellinger, hvilket det vil bli gjennomgått mer inngående i senere avsnitt. Det er viktig at terapeuten oppdager, påpeker og utfordrer den distanserte og fremmedgjørende kommunikasjonen, med forbehold om at dette utføres i overensstemmelse med en nysgjerrig, undrende og ikke-vitende holdning (Skårderud, Sommerfelt & Fonagy, 2012, p. 26).

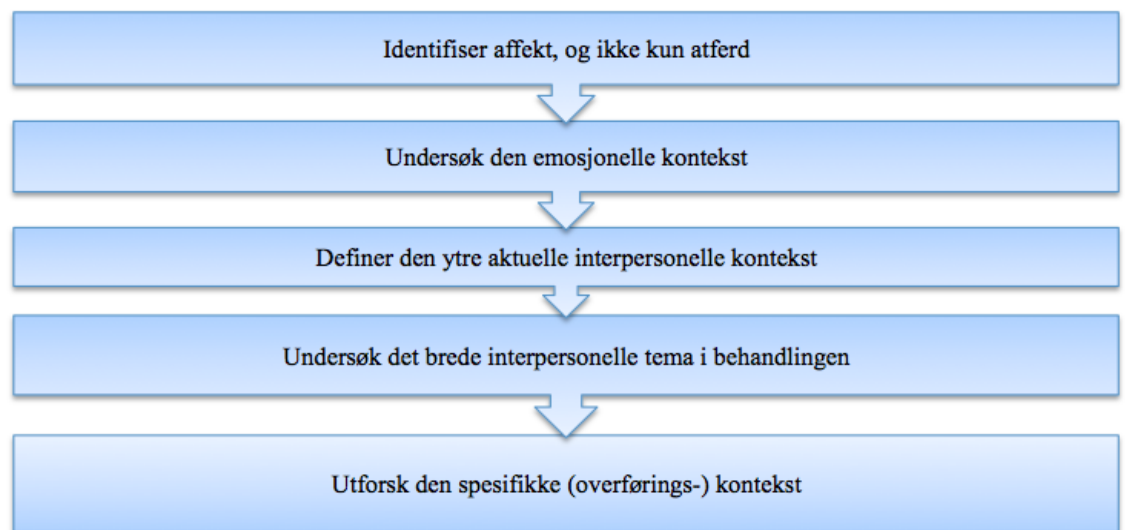
4.5.4.7 Håndtering av teleologisk modus

En tredje form for prementale modus som kan forekomme hos individer med APD er et teleologisk funksjonsmodus. Teleologisk modus er et relevant begrep i forståelsen av det vedvarende mønsteret av tilbaketrekningsatferd vi kan se hos personer med APD. Teleologi viser til en utviklingsfase hvor barnet utvikler en evne til fysisk avlesning og en opplevelse av seg selv og andre som intensjonelle aktører, men hvor denne oppfattelsen utelukkende er forankret i den fysiske verden (Skårderud, Sommerfelt & Fonagy, 2012, p. 26). Opplevelsen av selvrepresentasjonen i teleologisk modus kan være en mulig forklaring til det vedvarende mønsteret av tilbaketrekningsatferd vi ser hos personer med APD, hvor atferden fungerer som en fysisk handlingsstrategi i interpersonelle situasjoner individet opplever som angstfremkallende. Som det fremgår i tidligere avsnitt kjennetegnes personer med APD av maladaptive tankemønstre med forvrengte og rigide fortolkninger av seg selv som mindreverdige, og attribuerer andre mennesker som kritiske, avvisende og negativt evaluerende. Dette kan føre til at deres affektnivå kan overstige personens selvkontroll i interpersonelle situasjoner, hvilket medfører at individet forfaller til psykisk ekvivalensmodus. I psykisk ekvivalensmodus bryter individets evne til symbolisering sammen og får en sterk virkelighetskarakter, og individet kan oppleve den aktuelle situasjonen som meget angstfull, kaotisk og uoverskuelig (jf. 4.5.6.4.1). Grunnet deres manglende bevissthet om egne emosjonelle tilstander i sammenheng med en manglende symbolsk representasjon av emosjonene, er individet kun i stand til å forestille seg en fysisk slutttilstand, hvor de velger å handle og fysisk trekke seg ut av den interpersonelle relasjonen. Tilbaketrekningsatferd fungerer som individer med APD sin teleologiske løsning på problemet, hvor personen opplever at den eneste løsningen er å fysisk handle seg ut av situasjonen (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002, p. 339). Fonagy et al. (2002) påpeker hvordan forutgående intensjoner og personens arbeidsmodeller er representasjoner, som foreligger før den motoriske handlingen (ibid.). Dersom individer med APD befinner seg i teleologisk modus i terapien, kan det blant annet komme til uttrykk ved at de har behov for fysiske bevis på at terapeuten bryr seg om dem. Et eksempel på dette kan være at terapeuten skal være tilgjengelig på telefon, inngå i fysisk kontakt og bevilge ekstra timer, hvor terapeuten gjennom fysisk handling viser at han er villig til å strekke rammene. Ifølge Bateman & Fonagy (2007) kan dette imidlertid føre til grenseoverskridelse i

terapien, motoverføringsreaksjoner hos terapeuten, og flere utfordring i det terapeutiske arbeidet med klienten. MBT vektlegger viktigheten av fastlagte rammer i den innledende fasen av behandlingen, hvor klient og terapeut sammen blir enige om rammene, arbeidsoppgavene og målsetningene for terapien (ibid. p. 79).

4.5.4.8 Klinisk intervensjonsforløp, 5 nivåer

Intervensjonsforløpet i MBT består av fem overordnede nivåer av intervensjoner som terapeuten kan anvende fleksibelt i det terapeutiske arbeidet med klienten. Terapeuten skal kontinuerlig vurdere og tilpasse intervensjonene etter klientens emosjonelle tilstand og affektnivå (ibid., p. 154). I følgende del vil vi gjennomgå de fem intervensjonsnivåene, hvorfor de er effektive i behandlingen av APD, samt hva terapeuten skal være oppmerksom på i det terapeutiske arbeidet med individer med APD. Nedenstående figur viser et visuelt bilde av de fem nivåene;



Figur 6: Modell av klinisk intervensjonsforløp (Bateman & Fonagy, 2007, p. 154).

4.5.4.9 Identifiser affekt, og ikke kun atferd

MBT vektlegger fokus på individets mentale tilstand, fremfor deres atferd. I forbindelse med APD er det viktig at terapeuten ikke utelukkende fokuserer på detaljer ved tilbaketrekningsatferden, men i stedet utforsker individets indre mentale og emosjonelle tilstander. Et eksempel på dette er ”Hva følte du på det tidspunktet?”

fremfor *"Hva gjorde du så?"* (ibid., p. 155). Dialogen i MBT bør gjennomgående legge vekt på følelser fremfor atferd. Dette fremstår som nødvendig i det terapeutiske arbeidet med APD, på bakgrunn av at diagnosen kjennetegnes ved affektiv dysregulering, affektfobi og lav affekttoleranse (jf. 3.2.2). I arbeidet med APD skal terapeuten kontinuerlig fokusere på følelser for å øke individets bevissthet om egne følelsesmessige tilstander, øke toleransen for opplevelsen av følelser, samt utvikle en evne til å adaptivt gi uttrykk for følelser, hvilket fremmer en opplevelse av egne emosjoner som legitime (Karterud & Bateman, 2010, p. 109).

4.5.4.10 Undersøk følelser og interpersonelle hendelser

I forbindelse med det terapeutiske arbeidet med APD kan identifiseringen av følelser og interpersonelle samspill individet opplever som belastende, samt deres emosjonelle opplevelse av disse utenfor det terapeutiske rommet anvendes. Personer med APD kan for eksempel komme i terapien og fortelle om situasjoner hvor personen følte seg ydmyket, latterliggjort eller negativt evaluert (ibid. p. 110). Retrospektiv refleksjon kan hjelpe individet med å få en forståelse for egne følelsesmessige reaksjoner i konkrete interpersonelle hendelser. Retrospektive hendelser kan anvendes som basis for en felles utforskning og mentalisering av interpersonlige hendelser, uten at det er stor risiko for forekomsten av høyt affektnivå og etterfølgende mentaliseringssvikt. Identifikasjon, utforskning og refleksjon av interpersonelle samspill utenfor terapien kan anvendes som et terapeutisk verktøy i arbeidet med APD, som muligvis stimulerer deres evne til å reflektere og handle mer konstruktivt i senere interpersonelt samspill. Utforskningen skal gjennomgående være begrenset til konkrete aktuelle interpersonlige opplevelser utenfor den terapeutiske situasjon, eller i her og nå situasjoner i terapien (ibid.).

4.5.4.11 Bruken av "stans opp, spol tilbake og undersøk"

Bateman & Fonagy (2007) foreslår to overordnede strategier i arbeidet med å gjenetablere mentaliseringen når den svikter, enten hos terapeuten eller hos klienten; *"Stans opp, lytt og se"* og *"Stans opp, spol tilbake og undersøk"* (ibid., p. 179ff). Terapeuten skal i individuell- og gruppeterapien være særlig oppmerksom på, og avbryte ikke-mentaliserende prosesser og samspill, gjennom å fokusere på

bruddøyeblikket, for å gjenetablere mentaliseringen. Ved å stoppe opp, spole tilbake og aktivt utforske den aktuelle situasjonen eller alliansebrudd i en felles utforskning, kan individet oppnå forståelse for sammenbruddet av mentalisering hos individet, i gruppen eller hos terapeuten. Terapeuten skal markere sin interesse for å finne ut av hva klienten, eller hva deltakerne i gruppeterapisesjonen tenker og føler om den aktuelle situasjon, og hvordan samspillet utfoldet seg (Allan, Bateman & Fonagy, 2010, p. 289). Utforskning av ikke-mentaliserende samspill kan anvendes som et redskap hvor klienten med APD kan utforske og mentalisere i den aktuelle situasjonen de befinner seg i. I MBT forsøker man å få individet til å rette sin oppmerksomhet mot en annens indre verden, og bistå og hjelpe klienten med å få en forståelse for seg selv, i kontrast til hvordan individet oppfattes av andre, herunder av terapeuten eller de andre medlemmene i psykoterapigruppen. Gjennom å oppdage, utforske og gjenforhandle ulike situasjoner i terapien, kan dette føre til at klienten oppgir den aktuelle ikke-mentaliserende subjektivetsmodi, hvilket også stimulerer klientens mentaliseringsevner (ibid.).

4.5.4.12 Utforskning av overføring og motoverføring

I likhet med tradisjonell psykodynamisk terapi vektlegger MBT at overførings- og motoverføringsreaksjoner er en unngåelig del av psykoterapi. MBT anvender imidlertid ikke overføringen med henblikk på å oppnå innsikt, gjennom å forklare individets aktuelle atferd som en ubevisst gjentakelse av tidligere relasjonsmønstre. I arbeidet med individer med APD, som ikke tilstrekkelig har utviklet evnen til å mentalisere, kan personen ha vanskelig for å håndtere to parallelle virkeligheter, i forhold til at deres opplevelser i overføringen henger sammen med fortiden (Jørgensen, 2009, p. 387). Dersom personen utover dette fungerer i psykisk ekvivalensmodus, opplever ikke personen overføringen ”som-om”, som er nødvendig i tradisjonell utforskning av overføringsreaksjoner, men som virkelige representasjoner (ibid.). Terapeuten skal i MBT aktivt utforske overføring i terapilokalet sammen med klienten, for å stimulere og oppfordre klienten til å være oppmerksom på den aktuelle relasjonen de befinner seg i. Formålet er ikke å forsyne personen med forklaringer for å oppnå innsikt, men derimot å skape nysgjerrighet rundt hvorfor klienten velger å holde fast i en bestemt fortolkning, ved å rette individets oppmerksomhet mot et annet sinn, herunder terapeuten eller de andre

medlemmene i psykoterapigruppen, for å stimulere individets mentaliseringsevne (Allan, Bateman & Fonagy, 2010, p. 217). Allan, Bateman & Fonagy (2010) fremhever at det er viktig at terapeuten er bevisst på etiologien bak lidelsen og mulige dysfunksjonelle patologiske interpersonelle sirkler for å oppdage forekomsten av overføringsreaksjoner som kan forekomme i det terapeutiske arbeidet med klienter med APD (ibid.). Dette forutsetter at terapeuten oppdager og utvider persepsjonen og sensitiviteten ovenfor overføringsreaksjoner, for å unngå å agere på egne motoverføringsreaksjoner (ibid.).

En mulig overførings-, og motoverføringsreaksjon som kan forekomme i det terapeutiske arbeidet med APD er for eksempel at de føler seg kritisert og terapeuten opplever kjedsomhet og likegyldighet. Personer med APD kan ofte ha vanskeligheter med å beskrive følelser, hvilket kan medføre at personen distanserer seg fra terapeuten og fremstår som lite engasjert i deres uttalelser. Dette kan trigge en følelse av irrelevans og kjedsomhet hos terapeuten. Overordnet er det nødvendig at terapeuten er i stand til å oppdage og identifisere den interpersonelle markøren, og håndtere dem hensiktsmessig i arbeidet med individer med APD (ibid.).

4.5.4.13 Fokus på her-og-nå hendelser og interpersonelle relasjoner

Selv om MBT betrakter tidlige hendelser i individets fortid som betydelige, skal intervensjonene rette seg primært mot nåværende hendelser og interpersonelle relasjoner. MBT skiller seg fra tradisjonell psykodynamisk behandling ved at MBT nedtoner fokuset på innsiktfokuserte intervensjoner, ubevisste prosesser og konflikter hos klienten, unngår kompliserte tolkninger og metaforer og legger mindre vekt på hvordan fortiden har innvirkning på personens nåtidige problemer (Bateman & Fonagy, 2007, p. 148). Ifølge Bateman & Fonagy (2007) er fokuset på dype ubevisste konflikter hos individer med en nedsatt mentaliseringsevne lite effektivt, fordi det skaper mulighet for intellektualisering, også omtalt som pseudomentalisering (ibid.). I forbindelse med behandlingen av individer med APD kan anvendelsen av kompliserte tolkninger og innsiktsfokusert intervensjoner øke forekomsten av ikke-mentaliserende forestillingsmodus gjennom

pseudomentalisering, hvor individet fører en samtale om mentale tilstander på en intellektualiserende måte, men uten forbindelse til underliggende affekt og følelsetilstand (Karterud & Bateman, 2010, p. 119). Dette fremstår som lite effektivt i behandlingen av personer med APD, der symptombildet nettopp kjennetegnes av en overaktiv pseudo-mentalisering, hvor individet overdrevent kognitivt avleser andre menneskers mentale tilstander og vurderinger, som går på bekostning av deres evne til å mentalisere over sin egen mentale- og affektive tilstand (jf. 3.3.9). Utover dette kan anvendelsen av kompliserte tolkninger i arbeidet med APD ha negativ terapeutisk verdi, på grunn av at tolkningene kan fungere som selvoppfyllende i forhold til deres allerede eksisterende negative selvbylde. Individer med APD er svært selvkritiske og sensitive, hvilket kan medføre at de opplever terapeutenes tolkninger som kritikk og angrep, hvilket indirekte kan oppleves som en gjentakelse av tidligere dysfunksjonelle interpersonelle samspill. Vi anbefaler at terapeuten unngår enhver intervensjon som kan undergrave personer med lidelsen APD sitt allerede skrøpelige selvbylde. Anvendelsen av tolkninger, metaforer og analogier om komplekse mentale konflikttilstander og ikke-bevisste motiver som intervensjoner hos individer som befinner seg i ikke-mentaliserende modus kan også fremkalle inkoherens og uro fremfor integrasjon, på grunn av at intervensjonene krever et høyt mentaliseringsnivå (Bateman & Fonagy, 2007, p. 148). En mer produktiv fremgangsmåte i det terapeutiske arbeidet med APD er å ta utgangspunkt i opplevelser i aktuelle interpersonelle samspill i terapilokalet her og nå, eller aktuelle interpersonelle relasjoner utenfor den terapeutiske situasjonen (Allan, Fonagy & Bateman, 2010, p. 194).

4.5.5 Hvorfor MBT for APD?

Etiologien bak utviklingen av APD er trolig et resultat av et løpende komplekst dialektisk samspill og transaksjoner mellom risikofaktorer på den ene siden, og individets sårbarhet på den andre siden. Både medfødte biologiske risikofaktorer, tidlig interaksjon og tilknytningserfaringer, traumer i tilkynningsrelasjonen, en usikkert ambivalent tilknytning og dannelsen av negative indre arbeidsmodeller er risikofaktorer som fører til at barnet ikke blir adekvat speilet, hvilket underminerer individets mentaliseringsevne, affektregulering og opplevelsen av et koherent og sammenhengende selv. Selvopplevelsen kan som resultat være preget av en manglende evne til å gjenkjenne, regulere og identifisere egne og andres indre tanker

og følelser, hvilket kan føre til en opplevelse av verdenen som skremmende, kaotisk og pinefull (jf. 3.3.8). Individer med APD kjennetegnes ved en nedsatt mentaliseringsevne, affektfobi og lav affekttoleranse, hvor de som konsekvens danner et vedvarende mønster av unngåelsesatferd fra sosiale, interpersonelle eller intime relasjoner (ibid.).

Anvendelsen av MBT fremstår som effektiv i behandlingen av individer med APD, fordi MBT arbeider målbevisst med å fremme og utvikle individets mentaliseringsevne, refleksive funksjon og affektbevissthet. Dette kan bidra til å stabilisere individets selvstruktur, og fremmer en opplevelse av egne emosjoner som legitime (Karterud & Bateman, 2010, p. 26). Dysfunksjonell mentalisering er sentralt i forståelsen og forekomsten av lidelsen APD. Individer med APD har forstyrrelser i deres selvfølelse-, og affektregulering, og er preget av maladaptive tankemønstre hvor de har en tendens til forvrengte og rigide fortolkninger av seg selv, av andre mennesker, av sosiale situasjoner og interpersonelle relasjoner (ibid.). En person med APD tolker for eksempel interpersonelle-, og intime relasjoner som kilder til kritikk, ydmykelse, avvisning og negativ evaluering, selv om dette ikke nødvendigvis er tilfellet. Individets forvrengte og rigide fortolkninger av seg selv som mindreverdige og sosialt inkompetente, og av andre mennesker som kilder til avvisning, latterliggjørelse og kritikk, er eksempler på individets svekkede mentaliseringsevner som vanskeliggjør interpersonelle samspill. Mentaliseringsteorien kan anvendes til å forstå problematikken og symptombildet til individer med APD, gjennom det teorien betegner som prementale tankeformer. I forbindelse med APD, er det tale om en kronisk mindreverdighet-, og skamfølelse, et fremmedgjort selvbylde og projektiv identifikasjon (jf. 3.3.9). Individer med APD kjennetegnes ved hypermentalisering, hvor de i sosiale situasjoner og interpersonelle- og intime relasjoner overdrevent kognitivt avleser andre menneskers sinnstilstander, og attribuerer andre menneskers atferd som å være avvisende, dømmende og kritiske. Dette innebærer at når personen møter opplever nye interpersonelle eller intime relasjoner hvor tilknytningssystemet aktiveres, forfaller individet hurtig til ikke-mentaliserende modus som psykisk ekvivalensmodus, forestillingsmodus eller teleologisk modus. I psykisk ekvivalensmodus kan personen for eksempel bli rigid og urimelig, og insisterer på at interpersonelle relasjoner er direkte farefulle for selvet (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 175). Opplevelsen av selvrepresentasjon i ikke-mentaliserende modus kan

oppleves som skremmende for selvet, skape sterk angst og fryktsomhet og en opplevelse av indre kaos, hvilket igangsetter et vedvarende mønster av tilbaketrekning og isolasjon som en affektiv regulator. I MBT arbeider man med å identifisere og uttrykke individets indre emosjonelle opplevelser, for å forbedre deres evne til å gjenkjenne, forstå og håndtere vanskelige følelser i relasjon til andre mennesker, og i situasjoner hvor individet er emosjonelt påvirket. Fokus på personens indre mentale verden kan bidra til å bevisstgjøre hvordan ”feil” i oppfattelse av seg selv og andre, er et forsøk på å finne stabilitet og mening i individets uforståelige følelser (Bateman & Fonagy 2007, p. 75). Økt affektregulering kan også bidra til å redusere det vedvarende mønsteret av tilbaketrekning som har umiddelbar effekt gjennom opplevd kontroll, men som imidlertid bidrar til å opprettholde problematikken til APD. Kombinasjonen av individuell terapi og gruppeterapi er ifølge Karterud & Bateman (2010) effektiv fordi den skaper en synergieffekt, der de supplerer hverandre, og dekker ulike komplementære behov. I individuellterapien kan individet utforske og arbeide med intrapsyriske problemer, mens i gruppeterapien kan individet utforske interpersonelle problemer (Karterud & Bateman, 2010, p. 43). I MBT samarbeider terapeuten og klienten med å identifisere klientens indre opplevelser og aktuelle mentale tilstander, men også med å rekonstruere individets rigide forestillinger om andres indre mentale tilstander i det øyeblikkelige samspillet i terapien. Det terapeutiske hovedfokuset ved MBT er å fremme mentaliseringsevnen, hvilket kan føre til at individer med APD utvikler evnen til å verbalisere og forstå sine indre mentale tilstander og følelsesmessige reaksjoner, subjektive tankeprosesser og reaksjoner, men også evnen til å verbalisere og forstå andre mennesker og mellommenneskelig samspill i en kontekst av samspillet med terapeuten og med de andre pasientene i gruppeterapien (ibid.). MBT kan gjennom dette redusere personer med lidelsen APD sine symptomer og plager, øke individets funksjonsnivå, affektregulering, sosial og interpersonell fungering, bedre deres selvforståelse og føre til en mer positiv selvfølelse.

4.5.6 Prognose for anvendelsen av MBT i behandlingen av APD, og mulige utfordringer ved behandlingsapparatet

For at MBT skal ha vitenskapelig substans i behandlingen av individer med APD, skal terapiformen relatere seg til vitenskapelig teorier, og være gjenstand for empiriske undersøkelser (Hougaard, 2004, p. 77). Det kan med utgangspunkt i redegjørelsen for den biopsykososiale modell for utviklingen av APD, argumenteres for at MBT lever opp til kravet om at MBT er forankret i relevante psykologiske vitenskapsteorier. MBT lever imidlertid ikke opp til kravet om gjenstand for empiriske undersøkelser, som dokumenterer at behandlingstilgangen er virksom i behandlingen av APD. Det finnes i dag ingen empiriske undersøkelser som dokumenterer prognosen for MBT i behandlingen av lidelsen APD. Det er imidlertid flere pågående utprøvelser som arbeider med å utvikle et mentaliseringsbasert behandlingsprogram tilrettelagt behandlingen av individer med APD. Blant annet utprøves et eget behandlingsprogram for APD ved Ambulatorium for Personlighetsforstyrrelser i Psykoterapeutisk Center Stolpegård i Danmark (Simonsen & Nørgaard, 2014), og avdeling for Personlighetspsykiatri ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål i Norge (MBT kvalitetslaboratorium Oslo universitetssykehus).

I henhold til oppgavens problemformulering er et av de overordnede målene å undersøke hvorvidt individer med APD kan behandles ved bruk av MBT, og hvorledes dette kan praktiseres i psykoterapeutiske dagavdelinger, og på poliklinisk DPS-nivå i behandler systemet i dag. Dette forutsetter en undersøkelse av hva som finnes i dag, og hvorledes dette kan la seg gjøre i praksis. Allan, Bateman & Fonagy (2010) har utviklet to varianter av MBT; den første er en langtidsbehandling i regi av daghospitaller, kombinert individuell- og gruppeterapi, hvor klienten deltar fem ganger om uken i 18-24 måneder (ibid., p. 316). Den andre modellen er et intensivt poliklinisk eller ambulant tilbud, kombinert individuell- og gruppeterapi med en varighet på 18 måneder, hvor personen inngår i ukentlige individuelle terapitimer og gruppeterapisesjoner (ibid.). Det fremstår som vanskelig å vurdere hvilket helsetjenestenivå og behandlingsmodell som egner seg best i behandlingen av

lidelsen APD, grunnet at det ikke har blitt utført noen empiriske effektstudier som viser prognostiske faktorer for behandling og forløp ved MBT dagbehandlingstilbud, eller ved et intensivt poliklinisk eller ambulant tilbud i behandlingen av lidelsen APD. Resultater fra en undersøkelse utført av Karterud & Wilberg (2007) viser imidlertid at APD er den mest forekomne diagnosen i de norske psykiatriske daghospitalene, med en forekomst på 38 % (ibid., p. 42). I behandlingen av personlighetsforstyrrelser opererer det norske nettverket for psykoterapeutiske dagavdelinger ofte med flere behandlingsformer. I likhet med Bateman & Fonagy sin MBT modell, praktiserer de norske dagbehandlingsprogrammer med en kombinert individuell- og gruppeterapi, i behandlingen av klienter med moderat eller alvorlig personlighetspatologi (ibid.). Enkelte av dagavdelingene opererer med en todelt behandlingsmodell, hvor den første delen er et 18 ukers intensivt dagbehandlingsprogram, kombinert individuell terapi og gruppesesjoner, etterfulgt av et lengre vedvarende ambulant behandlingsprogram som er mindre intensivt, med kombinert poliklinisk gruppe- og individuell terapi (Karterud, Wilberg, Pedersen, Friis, Urnes, Irion & Brabrand, 1998, p. 17). Sammenlignet med dagbehandlingsprogrammet utviklet av Bateman & Fonagy (i: Allan, Bateman & Fonagy, 2010) som varer mellom 18-24 måneder, er de intensive dagbehandlingsprogrammene ved enkelte av de norske psykoterapeutiske dagavdelingene med en varighet på 18 uker, med et etterfølgende mindre intensivt ambulant behandlingsprogram (Karterud et al. 1998, p. 18). En mulighet kan være å integrere en mentaliseringsbasert individuell- og gruppeterapi i behandlingen av klienter med APD i Dagavdelingsnettverk og på poliklinisk DPS-nivå i behandler-systemet. Ifølge Karterud & Bateman (2010) skal de individuelle terapitimene og gruppeterapisesjonene ikke adskilles på grunn av at en kombinasjonsbehandling er avgjørende i det terapeutiske arbeidet med alvorlig personlighetspatologi, hvilket det vil bli drøftet mer inngående i senere avsnitt (ibid., p. 43). Tett samarbeid, felles veiledning og debriefing-samtaler, samt før- og ettersamtaler tilknyttet de aktuelle terapi- og gruppeterapitimene mellom individuellterapeuten og gruppeterapeuten bør inngå som en sentral del av MBT behandlingsprogrammet for APD (ibid.). Overordnet kan det argumenteres for at de norske psykiatriske dagavdelingene for personlighetspsykiatri og poliklinisk behandling trenger å etablere et spesialutviklet behandlingsprogram for individer med lidelsen APD, med tanke på at klienter med APD utgjør en av de største

pasientgruppene i behandlersystemet. Integreringen av MBT særlig tilrettelagt behandlingen av individer med APD fremstår her som en god kandidat.

5. Diskusjon

Følgende del av oppgaven omhandler oppgavens diskusjonsavsnitt. I forlengelse av oppgavens problemformulering undersøker vi overordnet hvorfor en mentaliseringsbasert behandlingsmodell er effektiv i en terapeutisk behandling av individer med lidelsen APD. Diskusjonsavsnittet innledes med en diskusjon om hvorvidt en kombinasjon av mentaliseringsbasert individuell terapi og gruppeterapi er tilpasset den psykiske lidelsens beskaffenhet, og hvorfor nettopp en kombinasjonsbehandling er effektiv i arbeidet med lidelsen. Etterfølgende redegjør vi for våre overveielser, herunder fordeler og ulemper i forhold til å anvende MBT i behandlingen av lidelsen APD. Deretter diskuterer vi begrepet evidens, og drøfter hvilke betydning kravet om evidensbasert psykologisk praksis har i behandlingen av lidelsen, før vi diskuterer hvorvidt MBT egner seg i behandling av individer med APD med utgangspunkt i Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell. Vi vil deretter redegjøre for hvordan psykodynamisk-, kognitiv-, interpersonell- og mentaliseringsbasert behandlingsmodeller arbeider med angst, før vi diskuterer hvorfor MBT er effektiv i behandlingen av angst hos individer med APD. Diskusjonsavsnittet avsluttes med en overordnet oppsummering av de enkelte deldiskusjonene, som til sammen utgjør fem argumenter som taler for utviklingen og implementering av en MBT behandlingsmodell særlig tilpasset behandlingen av lidelsen APD.

5.1 Hvorfor er kombinasjonen av individuell og gruppeterapi i MBT effektiv i behandlingen av APD?

I henhold til oppgavens problemformulering argumenterer vi gjennomgående for at det i det terapeutisk arbeidet med APD er avgjørende å utvikle et behandlingstilbud

som er tilpasset individets problematikk og etiologi, hvilke retter seg mot å redusere deres intrapsyiske og interpersonelle vanskeligheter, gjennom å øke deres mentaliseringsevner og affektintegrasjon. MBT vektlegger betydningen av at individet deltar i et kombinert individuelt og gruppeterapeutisk forløp. Vi ønsker å undersøke hvorvidt en kombinasjonsbehandling er effektiv i det terapeutisk arbeidet med APD, og vil derfor med utgangspunkt i etiologiavsnittet (jf. 3) og aktuelle behandlingsmodeller for APD (jf. 4) diskutere i hvilken grad en kombinasjonsbehandling er tilpasset individets vanskeligheter, og hvorfor nettopp en kombinasjonsbehandling er effektiv i det terapeutisk arbeidet med APD.

Det foreligger i dag ingen empiriske studier som har undersøkt hvorvidt en MBT kombinasjonsbehandling er særlig effektiv i det terapeutisk arbeidet med APD. I henhold til redegjørelsen for aktuelle behandlingstilganger for APD (jf. 4) inkluderer imidlertid både en psykodynamisk og kognitiv behandlingsmodell for APD individuell-, og gruppeterapi. Ut fra dette perspektivet kan det argumenteres for at de eksisterende behandlingsmodellene erkjenner viktigheten av både individuell terapi og gruppeterapi i arbeidet med lidelsen APD. Forskjellen mellom MBT og de eksisterende behandlingstilgangene er imidlertid at MBT vektlegger at individuell terapi og gruppeterapi ikke skal adskilles, fordi en kombinasjonsbehandling blir antatt å ha en synergieffekt, hvor de to komponentene supplerer hverandre og dekker ulike komplementære behov (Karterud & Bateman, 2010, p. 43). Selv om individet i realiteten i behandler systemet som regel enten deltar i separat individuell terapi eller gruppeterapi, vektlegger samtlige av behandlingsmodellene viktigheten av å kombinere individuellterapi med gruppeterapi i et terapeutisk arbeid med APD. Argumenter som taler for MBT i behandlingen av APD, er at behandlingsmodellen kombinerer gruppe- og individuellterapi som en unik behandlingsform, hvilket innbefatter egne terapeutiske mekanismer, utviklingsstadier og terapeutiske prosesser. I vurderingen av hvilken behandlingsmodell som er særlig tilpasset problematikken til lidelsen APD, fremstår det som viktig å diskutere hvorfor nettopp MBT gruppeterapi er effektivt i behandlingen av lidelsen, og hvorvidt en kombinert individuell- og gruppeterapi med fokus på økt mentaliseringskapasitet og affektintegrasjon kan redusere omfanget av interpersonelle vanskeligheter.

5.1.1 Hvorfor er gruppeterapi særlig effektivt i arbeidet med APD?

Deltakelse i gruppepsykoterapi mener vi er effektivt i det terapeutisk arbeidet med lidelsen APD, fordi gruppeterapien utgjør en eksponerings- og treningsarena for mentalisering. Kjerneproblematikken til individer med APD kommer til uttrykk i individets samspill med andre mennesker. Individer med APD kjennetegnes ved at de ofte har nedsatte refleksive evner og nedsatte mentaliseringsevner, hvor de preges av maladaptive tankemønstre med presise andre-ordensrepresentasjoner dominert av rigide og stabile bilder av andre personer som avisende, dømmende og negativt evaluerende. Individer med APD kan som konsekvens av dette føle seg lite tilpass i interpersonelle relasjoner og kjennetegnes ved liten kontakt, med lav evne til å beskrive egne og andres mentale tilstander, og med manglende tilgang til egne følelser (jf. 4.5.3). Lidelsen preges av et hypersensitivt temperament og et overaktivt oppmerksomhetssystem, hvor individet overdrevent kognitivt avleser andre menneskers sinnstilstander og handlinger etter tegn på kritikk og avvisning. Dette fører til at personer med APD har vanskeligheter med å danne og opprettholde mellommenneskelige relasjoner, grunnet forvrengte forestillinger om seg selv, av andre mennesker og samspillet som foregår. Argumenter som taler for anvendelsen av gruppeterapi i behandlingen av individer med APD er at gruppen kan fungere som et slags mikrokosmos, en biopsi av virkeligheten individet lever i til daglig, hvor individets interpersonelle problemer aktiveres, eksponeres og hvor individet i en kontekst av en trygg relasjon kan utforske disse i ”her og nå” situasjoner i gruppeterapien, hvilket stimulerer individets mentaliseringsevner (Hougaard, 2004, p. 483). Således fungerer gruppeterapien som en slags eksponerings- og treningsarena for mentalisering, hvor personen både kan fokusere på mentale tilstander hos seg selv og hos andre personer i gruppen. I gruppeterapien kan individet blant annet utforske interpersonelle hendelser av mentaliseringssvikt, deres subjektive forståelse av andres motiver, og reflektere over sine egne patologiske forestillinger om seg selv og av andre (Bateman & Fonagy, 2007, p. 194). Deltakelse i gruppeterapi gir mulighet for å utforske og skape balanse i de emosjonelle tilstandene som fremkalles, trening i å håndtere angst i ”her og nå”-situasjoner, øke individets refleksive evner og utfordre eventuelle maladaptive tankemønstre og rigide andreordensrepresentasjoner, samt trening i å opprettholde mentaliseringen i

aktuelle belastende situasjoner i gruppeterapien (ibid., p. 195). For eksempel kan personer med APD få øvelse i å skape balanse mellom emosjonelle tilstander som oppstår i komplekse interpersonelle situasjoner, fordi gruppesettingen gjør det mulig for individet å utforske emosjoner i ”her og nå”-relasjoner med de andre medlemmene og terapeuten i gruppen. Dette fremstår som avgjørende i et terapeutisk arbeid med APD, fordi lidelsen nettopp kjennetegnes ved kronisk mindreverdighets- og skamfølelse, hypermentaliserings, affektfobi, nedsatt affektregulering og interpersonelle vanskeligheter (jf. 3.3.8). Ved gjennomgang av hendelser i gruppeterapien hvor klienten føler seg misforstått, tilsidesatt, avvist, kritisert eller negativt evaluert, kan deres svekkede mentaliseringsevner utfordres og stimuleres. Fokus på deres indre mentale tilstand og følelser i aktuelle situasjoner i gruppeterapien, kan også bidra til å integrere representasjoner av indre opplevelser hos klienten gjennom speiling fra terapeuten, og interpersonell feedback fra de andre medlemmene i gruppeterapien (Jørgensen, 2009, p. 475). Argumenter som taler for bruken av gruppeterapi i behandlingen av lidelsen APD, er at deltakelse i gruppeterapi kan stimulere til en bedre mental kontroll, øke individets selvforståelse og følelsesregulering, samt forbedre individets evne til å forstå andres handlinger og uttalelser i lys av deres indre mentale verden som følelser, behov og ønsker, fremfor tegn på kritikk og negativ evaluering. I en velfungerende gruppe har klienten mulighet for å både motta og selv gi interpersonell feedback, bli speilet og anerkjent, hvilket kan styrke den sosiale realitetstesting, mentaliseringsevnen, modere individets patologiske forestillinger om seg selv og av andre mennesker, som sammen kan bidra til styrke personer med APD sine evner til å inngå i meningsfulle interpersonelle relasjoner med andre mennesker utenfor terapien (ibid.).

5.1.2 Hvorfor en mentaliseringsbasert gruppeterapi i behandling av APD?

I forbindelse med et gruppeterapeutisk arbeid med APD kan det imidlertid oppstå flere utfordringer i gruppen. Personer med APD kan for eksempel oppleve utfordringer med å håndtere kommunikasjon i gruppen. I forlengelse av etiologien bak lidelsen kjennetegnes individer med APD av et usikkert ambivalent tilknytningsmønster, dominert av negative erfaringer i tilknytningsrelasjonen, preget

av et følelsesmessig fattig oppvekstmiljø (jf. 3.3.9). Dette har resultert i stabile måter å oppleve interpersonelle relasjoner som kilder til avvisning, ydmykelse og negativ evaluering, og som individet er nødt til å holde seg på avstand fra, for å unngå den smerten som oppstår som følge av utilgjengeligheten. I forbindelse med et gruppepsykoterapeutisk arbeid med klienter med APD kan dette imidlertid påvirke deres evner til å danne en tilknytning til gruppen, og til de andre gruppemedlemmene. En annen utfordring i et gruppeterapeutisk arbeid med individer med APD er at lidelsen kjennetegnes ved en svekket mentaliseringsevne, hvilket gjør det vanskelig for personen å forstå seg selv, men reduserer også evnen til å sette seg inn i og forstå problematikken til de andre medlemmene i gruppen. Manglende evne til speiling og spontan feedback kan medføre at gruppemedlemmene har problemer med å kommunisere med hverandre i gruppen (Jørgensen, 2009, p. 475). Argumenter som taler for anvendelsen av MBT gruppeterapi i arbeidet med klienter med APD, er at terapeuten ved MBT gruppeterapi til forskjell fra psykodynamisk gruppeterapi er langt mer aktiv, støttende og bidrar til å strukturere samspillet i gruppen. MBT vektlegger viktigheten av at terapeuten inndrar alle medlemmene i gruppeprosessen, og ikke tillater lange pauser med stillhet, fordi lange perioder med stillhet muligvis kan føre til høye nivåer av angst hos gruppemedlemmene. Terapeuten skal ved MBT gruppeterapi også eksplisitt italesette forekomsten av ikke-mentaliserende prosesser og mikroskopiske non-verbale uttrykk for emosjoner i her og nå-situasjoner i gruppeterapien, hvilket kan bidra til å stimulere individets refleksive evner, og maladaptive tankemønstre (Bateman & Fonagy, 2007, pp. 196ff & Simonsen & Nørgaard, 2014, p. 11). Dette fremstår som nødvendig i et terapeutisk arbeid med APD, fordi lidelsen kjennetegnes ved en hypersensitiv mentalisering, hvor personen overdrevent kognitivt avleser andre menneskers atferd etter tegn på kritikk, negativ evaluering eller avvisning. Gjennom å eksplisitt italesette ikke-mentaliserende prosesser, stoppe opp og spole tilbake, og aktivt utforske situasjonen i et "her og nå"-perspektiv kan det bidra til å øke individets refleksive evner, mentalisering og korrigere individets maladaptive tankemønstre og rigide forvrengte opplevelser av andre personers atferd som tegn på kritikk, avvisning og latterliggjørelse.

En annen utfordring som kan forekomme i et gruppeterapeutisk arbeid med personer med APD er at personen ikke tør å verbalisere, eller dele sin problematikk med gruppen fordi de opplever angst og engstelse (Simonsen & Nørgaard, 2014, p. 10).

Individer med APD kan også være redde for å bli ”avslørt” for hvem de egentlig er, og at de andre gruppemedlemmene skal se dem på samme måte som de ser seg selv. I forlengelse av etiologien (jf. 3) kan dette skyldes at personen har indre arbeidsmodeller hvor de forventer at interpersonelle relasjoner er forbundet med opplevelsen av blant annet kritikk, negativ evaluering, avvisning, latterliggjørelse, ydmykelse og skam (jf. 3.3.3). Patologisk skam, angst og frykt for interpersonelle relasjoner kan også hemme individets mentaliseringsevner i interpersonelle relasjoner. Argumenter som taler for bruken MBT gruppeterapi i behandling av lidelsen APD, er at MBT vektlegger at terapeuten skal være aktivt deltakende, og bidra til å strukturere samspillet i gruppen. Dette fremstår som nødvendig i en homogen gruppe av klienter som er diagnostisert med APD (Bateman & Fonagy, 2007, p. 196). Utover dette kan det i likhet med individuellterapien også forekomme episoder med motoverføringer i gruppeterapien. I forbindelse med et terapeutisk arbeid med individer med APD kan en mulig motoverføring i gruppen være tvil og forvirring, hvilket kan smitte i gruppen og føre til tilbakeholdenhet gruppemedlemmene. En annen mulig motoverføringsreaksjon i et gruppeterapeutisk arbeid med APD er at individet kan oppleve følelsen av utilstrekkelighet, hvor gruppeterapien som opprinnelig har som formål å fungere som en eksponerings- og treningsarena for mentalisering, i stedet forfaller til en arena hvor gruppemedlemmene vurderer hverandre fremfor å mentalisere (Simonsen & Nørgaard, 2014, p. 11). Det er i denne sammenheng viktig at terapeuten avbryter forekomsten av ikke-mentaliserende prosesser, stopper opp, spoler tilbake og utforsker den aktuelle situasjonen. Formålet med gruppeterapien er for personer med lidelsen APD å skape en ny positiv selvopplevelse i samvær med andre mennesker, hvilke kan fungere som en korrigerende emosjonell opplevelse av individets indre arbeidsmodeller og negative interpersonelle forventninger til samvær med andre mennesker.

5.1.3 Hvorfor kombinasjonen mellom individuellterapi og gruppeterapi?

MBT vektlegger betydningen av at terapien skal foregå i en kontekst med optimal aktivisering av tilknytningsmønsteret, spenningsnivå og emosjonell aktivisering, uten at

individets mentaliseringsevne skal svikte (jf. 4.5.6.3). I et gruppeterapeutisk arbeid med individer med APD, hvor personlighetsstrukturen kjennetegnes ved patologisk angst og engstelse, et hypersensitivt temperament og et overaktivt oppmerksomhetssystem, kan det skje uforutsette hendelser i gruppeterapien som terapeuten ikke kan håndtere, men som kan føre til en opplevelse av sterk angst, fare, krenkelse og avvisning hos det enkelte gruppemedlem. For eksempel kan en sterk aktivering av angst eller skam hos individet, føre til at affektnivå overstiger individets evne til å håndtere den emosjonelle aktiveringen i den interpersonelle situasjonen i gruppeterapien, hvilket medfører forekomsten av ikke-mentaliserende modus hvor individet enten overveldes av følelser (psykisk ekvivalensmodus), eller at individet fungerer i forestillingsmodus gjennom dissosiering. Når personen fungerer i forestillingsmodus foregår det en splittelse mellom indre og ytre realitet, som kan medføre at personen opplever meningsløshet, fremmedgjorthet og isolasjon (jf. 4.5.5.4.2 & Mikalsen & Normann, p. 18). I denne sammenheng kan det argumenteres for at dersom individet overlates til seg selv etter gruppeterapisesjonene kan personens voldsomme angstpregede opplevelse være utilstrekkelig gjennomarbeidet, hvilke kan resultere i utagering etter gruppeterapisesjonen i form av tilbaketrekningssatferd, eller at personen tidlig dropper ut av terapiforløpet. I overensstemmelse med MBT anbefaler vi at klienter med APD deltar i et parallelt individuelt behandlingsforløp, hvor individet kan stabilisere og reflektere over prosesser som aktiveres i gruppeterapien. Kombinert individuell og gruppeterapiforløp fremstår som effektivt i et terapeutisk arbeid med APD, fordi individet kan reflektere over og få hjelp til å romme situasjoner og prosesser som forekommer i gruppeterapien. For eksempel er det ved gjennomgang av episoder hvor personen føler seg tilsidesatt, kritisk evaluert, avvist eller oversett at individets maladaptive tankemønstre kan utfordres, hvilke igjen kan stimulere individets affektregulering og mentaliseringsevne. Ifølge Karterud & Bateman (2010) kan kombinasjonen av MBT individuell og gruppeterapiforløp redusere forekomsten av ikke-mentaliserende subjektivitetsmodus, samtidig som kombinasjonsbehandlingen kan redusere tidlig avslutning av terapiforløpet, fordi de to komponenter supplerer hverandre og dekker ulike komplementære behov (ibid., p. 43).

I forlengelse av avsnittet om den biopsykososiale modell for utviklingen av APD (jf. 3), kan det argumenteres for at lidelsens beskaffenhet kjennetegnes ved en manglende balanse mellom følelser og fornuft, hvor individet både har en redusert affektregulering og reduserte kognitive evner, hvilket medfører at individer med APD mangler balanse mellom ytterpunktene, hvilket tilsier at personen enten overveldes av følelser, eller overveldes av kognisjon. Dette fører til at deres evne til å fortolke, forstå og skape mening av andres handlinger i gruppeterapisituasjonen er redusert. Selv om gruppeterapien på den ene siden virker stimulerende for individets mentaliseringskapasitet, kan mange individer med APD grunnet tidlige negative erfaringer i tilknytningsrelasjonen og svekket mentaliseringsevne, oppleve gruppeterapisettingen som belastende og angstfremkallende. En mulig årsak til dette er at gruppeterapien stiller større krav til individets mentaliseringsevne ved at individet både skal være bevisst på seg selv, samtidig som individet får øvelse i å mentalisere over de andre gruppemedlemmenes mentale tilstander i en dyadisk prosess. Gruppeterapisituasjonen kan også oppleves som mer belastende for den enkelte klient, grunnet at det hyppig kan forekomme episoder hvor individet opplever sterk angst, krenkelse og avvisning (Bateman & Fonagy, 2007, p. 44). Hyppig forekomst av psykisk ekvivalensmodus og forestillingsmodus i gruppeterapisesjonene motvirker også psykologisk endring hos klienten. Gjennom å kombinere gruppeterapien med parallell individuellterapi, kan individet få hjelp til å reflektere, romme og forstå prosesser som forekommer i gruppeterapien, og dermed redusere opplevelsen av angst og ubehag. MBT vektlegger betydningen av en faglig dialog og løpende supervisjon mellom individuell- og gruppeterapiterapeuten, for å skape en systematisk, trygg og stabil ramme, samt sikre sammenheng i behandlingen (jf. 4.5.4.1)

Et annet argument som taler for kombinasjonen av individuellterapi og gruppeterapi, er at dersom personen deltar alene i individuellterapi, kan terapien muligvis være preget av intellektualisering, tilbakeholdenhet av informasjon og hypermentalisering gjennom et overdrevent fokus på terapeutens indre sinn (Mikalsen & Normann, p. 20). Individer med APD kjennetegnes som nevnt tidligere av rigide og stabile selvpplevelser av andre mennesker, hvilket kan medføre at personen responderer i overensstemmelse med hva personen tror at terapeuten forventer. En negativ konsekvens av hyppig forekomst av hypermentalisering og kognitiv avlesning av

terapeutens indre sinn, er at individets egne dysfunksjonelle interpersonelle relasjonelle mønstre ikke blir tilstrekkelig eksponert og bearbeidet. Dersom individet deltar i et parallelt gruppeterapiforløp blir individet imidlertid eksponert for lidelsens interpersonelle problematikk, samtidig som gruppeterapisettingen bidrar til å synliggjøre de interpersonelle problemene, som individet kan arbeide med mer inngående i individuellterapien. Gjennom å aktivt snakke om retrospektive hendelser som forekommer i gruppeterapien i den individuelle terapien, kan det bidra til å stimulere klientens autobiografiske hukommelse og mentaliseringskapasitet, hvilket igjen kan minke forekomsten av intellektualisering og rigide maladaptive generaliserte forvrengte forventinger av interpersonelle relasjoner (jf. 4.5.6.6.2). Gruppeterapien representerer som nevnt tidligere en eksponerings- og treningsarena for mentalisering, hvor klienter med APD kan arbeide direkte med relasjonell problemer i den interpersonelle situasjon i her og nå - perspektiv i gruppeterapien. For eksempel kan man som nevnt tidligere arbeide med lidelsens hypersensitivitet ovenfor kritikk og avvisning, ved å direkte italesette forekomsten av ikke-mentaliserende prosesser, samt eksplisitt italesette mikroskopiske non-verbale uttrykk for emosjoner i her og nå-situasjoner i gruppeterapien, hvilke kan fungere som korrigerende ovenfor individets negative indre arbeidsmodeller av andre mennesker som kilder til kritikk, avvisning, ydmykelse og latterliggjørelse.

Deltakelse i gruppeterapi kan også bidra til å minke personer med APD sin patologiske skam gjennom å dele med de andre gruppemedlemmene, hvilket muligvis kan øke deres kognitive forbindelse til skammen fremfor kun den affektive forbindelse (Simonsen & Nørgaard, 2014, p. 15). I forlengelse av etiologien bak lidelsen kjennetegnes APD ved en patologisk skam som er utelukkende innadvendt, men samtidig dypt relasjonell. Individer med APD kjennetegnes ved selvbebreidelse, negativ selvevaluering og negative forestillinger om hva andre personer tenker om dem, hvilket aktiverer en følelse hos individet om å være mindre verdt og lite elskbare (jf. 3.3.4.1). Dersom terapeuten og de andre gruppemedlemmene ikke responderer i samsvar med klientens interpersonelle forventinger, kan det bidra til å rekonstruere deres relasjonelle skjemaer og mentale representasjoner av seg selv i relasjon til andre mennesker, gjennom en korrigerende emosjonell opplevelse i gruppeterapien. Individets opplevelse av varme og aksept i gruppeterapien kan oppleves som en sterk kontrast til tidligere etablerte arbeidsmodeller av andre

mennesker som avvisende og negativt evaluerende. Gruppeterapien kan også stimulere en følelse av universalitet, i forhold til at personer med APD opplever at de ikke er alene om problemene sine, men at individet likeledes kan identifisere seg i de andre medlemmene i gruppeterapien (Hougaard, 2004, p. 483).

5.1.4 Oppsummering

Overordnet kan det argumenteres for at kombinasjonen av individuell terapi og gruppeterapi er effektivt i et terapeutisk arbeid med personer som har blitt diagnostisert med lidelsen APD. Gjennom kombinasjonen av MBT individuellterapi og gruppepsykoterapi, kan individet arbeide med å integrere psykisk ekvivalensmodus og forestillingsmodus, slikt at personen danner en forståelse om at tanker og følelser kan oppleves som subjektive representasjoner som er knyttet til virkeligheten, men som samtidig ikke er direkte avspeilinger av virkeligheten (psykisk ekvivalensmodus) eller er helt frakoblet fra virkeligheten (forestillingsmodus) (jf. 3.3.7). Overordnet konkluderer vi med at MBT kombinert individuell- og gruppeterapi bidrar til å øke individer med APD sin mentaliseringsevne og affektbevissthet, hvilket kan redusere deres intrapsyriske- og interpersonelle vanskeligheter, uhensiktsmessige mestringsstrategier og symptomatologi.

5.2 Våre overveielser i forbindelse med anvendelsen av MBT i behandling av lidelsen APD

Anvendelsen av MBT i behandlingen av lidelsen APD kan på den ene siden kritiseres fordi behandlingsmodellen opprinnelig ikke er utarbeidet til behandlingen av lidelsen APD. Det er i dag kun dokumentert effekt for MBT i behandlingen av Borderline Personlighetsforstyrrelse, selv om MBT markedsføres som behandling av flere andre lidelser, herunder spiseforstyrrelser, depresjon, PTSD og rusrelaterte lidelser (Falkum, Olavesen & Hytten, 2015, p. 318). Vi kan i denne utstrekning sette spørsmålstegn ved hvorvidt mentaliseringsbaserte terapeutiske teknikker, holdninger

og strategier kan generaliseres til behandlingen av lidelsen APD. På den ene siden kan det argumenteres for anvendelsen av MBT i behandlingen av lidelsen APD, på bakgrunn av at individer med APD trolig er sårbare for å miste mentaliseringskapasiteten i situasjoner hvor affektnivået er høyt, eller i situasjoner hvor tilknytningssystemet deres aktiveres. Som det fremgår i tidligere avsnitt er nedsatte mentaliseringsevner sentrale faktorer i utviklingen og forståelsen av lidelsen APD. Diamaggio et al. (2007) beskriver individer med APD som å være kjennetegnet av få eller manglende interpersonelle relasjoner, med lav evne til å beskrive egne og andres mentale tilstander, og med begrenset tilgang til egne følelser. Dette kan tolkes som ulike former for mentaliseringssvikt (jf. 3.3.6.1). Personer med APD kjennetegnes også av en kronisk mindreverdighetsfølelse og skamfølelse, affektfobi og lav affekttoleranse, hvor de på bakgrunn av tidligere negative oppveksterfaringer og et usikkert ambivalent tilknytningssmønster har dannet negative arbeidsmodeller, som påvirker deres refleksive evner og fortolkningsgrunnlag (jf. 3.3.3). Lidelsen preges også av maladaptive tankemønstre med forvrengte og ofte rigide fortolkninger av seg selv som mindreverdige og sosialt inkompetente, og opplever andre personer som å være avvisende, dømmende og negativt evaluerende. En person med APD er derfor ekstremt sensitiv overfor tegn på kritikk og avvisning, som oppfyller deres allerede negative selvbylde. Dette medfører at når personen i interpersonelle relasjoner hvor deres tilknytningssmønster aktiveres, eller i situasjoner hvor affektnivået blir høyt, hurtig kan forfalle til psykisk ekvivalensmodus hvor angsten svekker evnen til refleksiv intersubjektiv tenkning (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 175). Selv om en svekket mentaliseringsevne fremstår som sentral i forståelsen av utviklingen av lidelsen APD, kan anvendelsen av MBT i behandlingen av APD imidlertid kritiseres for at behandlingsmodellen i likhet med psykodynamisk-, kognitiv-, og interpersonell terapi ikke opprinnelig ble utviklet til å behandle den psykiske lidelsen APD sin beskaffenhet. Vi kan i denne utstrekning diskutere hvorvidt MBT sine intervensjonsprinsipper kan generaliseres til behandlingen av APD. Det er i dag ingen empiriske undersøkelser som dokumenterer om behandlingstilgangen er virksom i behandlingen av APD. Hermed oppstår det en risiko for å bryte forbindelsen mellom utredning, diagnostikk og etiologi på den ene siden og behandlingen av lidelsen på den andre siden.

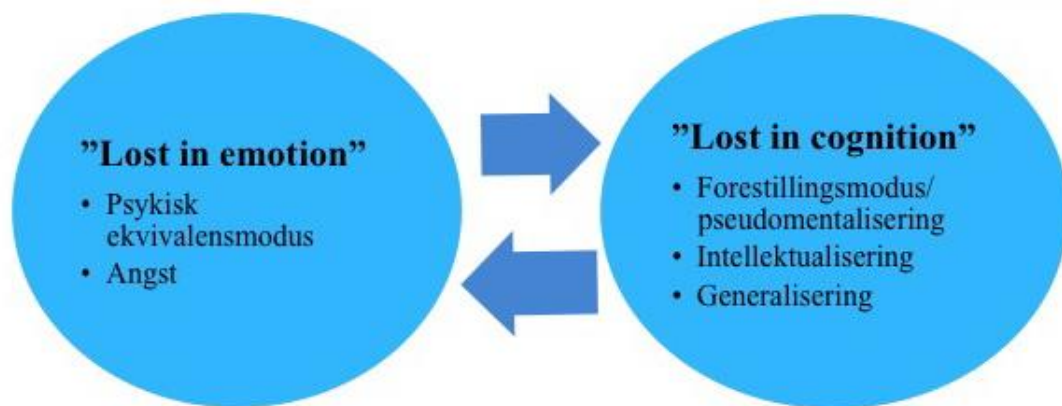
I henhold til Falkum, Olavesen & Hytten (2015) kan anvendelsen av MBT i behandlingen av individer med APD kritiseres, fordi mentaliseringsbaserte intervensjoner ikke inneholder noe nytt utover et prosessorientert fokus på å fremme individets mentaliseringsevner (ibid., p. 318). Allan, Bateman & Fonagy (2010) erkjenner at andre terapeutiske retninger som psykodynamisk-, kognitiv-, og interpersonell terapi også fremmer individets mentaliseringsevner (ibid., p. 230). Det kan ut fra dette perspektiv diskuteres hvorvidt innføringen av en ny behandlingsmodell i det terapeutiske arbeidet med APD er nødvendig, da det viser seg at både psykodynamisk-, kognitiv-, og interpersonell terapi stimulerer individets mentaliseringsevner. Innføringen av MBT kan også kritiseres for at modellen ikke er en ny tilgang i psykoterapifeltet, men derimot sammenkobler strategier og intervensjonsteknikker fra andre terapiretninger (jf. 4.5.1). På den andre siden kan psykodynamisk-, kognitiv-, og interpersonell terapi kritiseres for at de tilsynelatende bestreber seg på å avgrense seg skarpt fra de andre terapiretningene, hvilket har medført at de har utviklet deres egenart i form av terapeutiske strategier, teorier og intervensjonsprinsipper. Muligvis er problemet i dag nettopp at de eksisterende terapeutiske hovedtradisjonene er for opptatt av å ha forskjellige metodiske tilganger, hvor det i et terapeutisk arbeid med APD er viktigere å heller integrere terapeutiske teknikker, strategier og intervensjonsprinsipper på tvers av de terapeutiske forskningstradisjonene, som tar hensyn til den psykiske lidelsens beskaffenhet og etiologi. Argumenter som taler for anvendelsen av MBT i behandlingen av APD, er at behandlermodellen nettopp kan forstås som en slik integrasjon, ved at den henter intervensjonsprinsipper og strategier fra de andre terapeutiske forskningstradisjonene (jf. 4.5.1). MBT kan forstås som en eklektisk behandlermodell, hvor intervensjonsprinsippene bygger på nevrobiologiske, genetiske, utviklingspsykologiske, psykoanalytiske, kognitive og sosialpsykologiske teorier bak lidelsen. I forlengelse av oppgavens problemformulering er det viktig å identifisere etiologien, sykdomsforløpet, samt å få en forståelse for selve fenomenet og den problematikken individer med APD har i hverdagen, for å skape en behandlingsmodell som er skreddersydd i behandlingen av APD, og som tar hensyn til den psykiske lidelsens beskaffenhet. Med utgangspunkt i den biopsykososiale modell (jf. 3) og redegjørelse for MBT i behandlingen av APD, kan det gjennomgående argumenteres for at MBT er tilpasset problematikken og etiologien bak lidelsen APD. Det kan overordnet konkluderes med at det er grunnlag for å

generalisere en mentaliseringsbasert behandlingsmodell, intervensjonsprinsipper, holdninger og strategier i en terapeutisk behandling av lidelsen APD.

Selv om det er grunnlag for å påstå at MBT er effektiv i behandlingen av APD (jf. 4.5), kan kritikere potensielt argumentere for at anvendelsen av MBT i behandlingen av APD er paradoksal, på grunn av at behandlingsmodellen ikke tilfører noe nytt, eller er en ny terapeutisk tilgang i det vitenskapelige psykoterapifeltet. Falkum, Olavesen & Hytten (2015) argumenterer for at vi i dag ikke har behov for flere bevegelser i psykoterapifeltet, men fremhever at vi i større grad må integrere eksisterende terapiretninger, med utgangspunkt i individets unike problematikk og etiologien bak lidelsen (ibid., p. 319). Selv om vi ser oss enige i Falkum, Olavesen & Hytten (2015) sine synspunkter, mener vi at MBT er et godt alternativ i arbeidet med APD, fordi behandlingsmodellen inneholder strukturerte intervensjoner som er tilpasset problematikken og etiologien til lidelsen APD (jf. 4.5.3). Med tanke på at det i dag mangler et strukturert og organisert behandlingstilbud for individer med APD, fremstår innføringen av MBT som et godt alternativ. Overordnet kan det argumenteres for at MBT fremstår som en effektiv behandlingsmodell i arbeidet med APD, fordi MBT er en integrert behandlingsmodell hvor intervensjonene visker ut de eksisterende psykoterapeutiske forskningstradisjonenes avgrensninger (jf. 4.5.3).

5.2.1 Hvorfor er nedsatt mentalisering avgjørende i forståelsen av APD?

Begrepet mentalisering er avgjørende i forståelsen av APD, fordi begrepet forener en ”bottom-up” ”top-down” forståelse av lidelsen (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 175). Lidelsens beskaffenhet kjennetegnes ved en manglende balanse mellom følelser og fornuft, hvor individet både har en redusert affektregulering og en redusert kognisjon. Dette medfører at individer som er diagnostisert med lidelsen APD kan mangle en balanse mellom ytterpunktene, som medfører at de enten kan overveldes av følelser og affekt, eller at de overveldes av kognisjon. Med andre ord overveldes de enten av følelser som angst og skam, eller av kognisjon, som for eksempel hypermentalisering. Understående figur viser et visuelt bilde av dette;



Figur 7

Personlighetsstrukturen til lidelsen er grunnet tidlige negative erfaringer i oppveksten, et usikkert ambivalent tilknytningsmønster og negative indre arbeidsmodeller, organisert rundt angst og engstelse som medfører at individer med APD har mange bekymrende tanker og er svært sensitive ovenfor tegn på kritikk og avvisning. Dette kan føre til at de overdrevent kognitivt avleser andre personers handlinger og interpersonelle samspill etter tegn på farer (hypermentalisering). Ifølge mentaliseringsteorien påvirker individets følelser personen nedenfra / "bottom-up", hvor individets følelser, herunder patologisk angst og skam medfører at personens mentaliseringsevner herunder evner til å reflektere, tolke og forstå interpersonelle hendelser bryter sammen, og individet forfaller til ikke-mentaliserende subjektivitetsmodus som psykisk ekvivalensmodus eller forestillingsmodus (ibid.). I MBT arbeider man gjennomgående med å øke individets mentaliseringskapasitet og affektbevissthet, slik at individet i større grad kan reflektere og forstå følelsene som fremkalles i den affektive tilstanden. Dette medfører at individet i større grad kan forstå egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre mentale fenomener som følelser, meninger og behov (ibid.). Overordnet fremstår det som nødvendig i behandlingen av lidelsen APD å arbeide med individets mentaliseringsevner og affektbevissthet, for å forebygge hyppig forekomst av ytterpunktene; overveldet av emosjon, vs. overveldet av kognisjon, men hvor individet i stedet utvikler en balanse mellom følelser og fornuft. Dette skal igjen forhåpentlig bidra til å stabilisere personens selvstruktur og endre deres opplevelse av interpersonelle relasjoner som farefulle og angstfremkallende, og kan dermed

redusere forekomsten av tilbaketrekningsatferd. Terapeutiske teknikker som retter seg mot å øke individets mentaliseringsevner og affektbevissthet, kan det føre til at individer med APD utvikler en balanse mellom emosjoner og kognisjon, hvilket igjen forsterker deres evner til å inngå i meningsfulle relasjoner med andre mennesker.

5.3 Evidens, empiriske forløp og effektundersøkelser

Behandlingssystemet har tidligere vært dominert av en oppfattelse om at en personlighetsforstyrrelse er en kronisk uhelbredelig tilstand. Denne begrensede oppfattelsen har imidlertid endret seg i lys av de seneste ti års empiriske undersøkelser, som dokumenterer positiv effekt av målrettet psykoterapeutisk behandling for personlighetsforstyrrelser (Jørgensen, 2009, p. 513). Innenfor gruppen av personlighetsforstyrrelser er APD en meget alminnelig personlighetsforstyrrelse. Selv om statistikken viser at APD er en av de hyppigst forekomne personlighetsforstyrrelsene, får lidelsen i dag lite oppmerksomhet i helsevesenet, og det er utført relativt få behandlingsstudier som dokumenterer prognostiske faktorer ved behandling og forløp av lidelsen. Vi stiller oss undrende til dette, da undersøkelser viser at diagnosen APD er forbundet med lav livskvalitet, alvorlig psykososial hemning og interpersonelle problemer. Denne problemstillingen oppfatter vi som meget problematisk, og vi har derfor redegjort for aktuelle behandlingsmodeller som finnes i dag, samt utarbeidet et forslag til en spesialisert mentaliseringsbasert behandlingsmodell for individer med APD, som er utarbeidet i samsvar med lidelsens konkrete kjerneproblemer, individuelle forhold, funksjonsnivå, personlighet, temperament og etiologi.

For at MBT skal ha vitenskapelig substans i behandling av individer med APD, skal behandlingsmodellen relatere seg til vitenskapelige teorier, og være gjenstand for empiriske undersøkelser (Hougaard, 2004, p. 77). Med utgangspunkt i redegjørelsen for etiologien (jf. 3) og redegjørelsen for MBT i arbeidet med APD (jf. 4.5), er det grunnlag for å påstå at mentaliseringsbaserte intervensjonsprinsipper, holdninger og

strategier er skreddersydd til behandlingen av individer med APDs problematikk og etiologi. Det foreligger i dag ingen kontrollerte effektstudier som konkluderer at MBT kan anvendes i behandling av APD. Kritikere vil potensielt mene at det faktum at det ikke er utført noen systematiske effektstudier som undersøker virkningen ved MBT i behandlingen av lidelsen APD, setter spørsmålsteget ved hvorvidt mentaliseringsbaserte intervensjoner, strategier og program overhodet har noen positiv virkning i behandling av lidelsen.

Det er imidlertid dokumentert statistisk signifikante endringer hos individer med APD ved behandling gjennom psykodynamisk, kognitiv- og interpersonell terapi. Som det fremgår i tidligere avsnitt viser effektforskningen at både psykodynamisk-, kognitiv-, og interpersonell terapi har positiv behandlingseffekt for individer med APD. Psykoterapeutisk effekt defineres som en betydningsfull forandring hos klienten som er forårsaket av terapien (Hougaard, 2004, p. 88). Resultater fra en undersøkelse utført Barber et al. (1997) viser at 61,5 % av individer med diagnosen APD ikke hadde diagnosen etter et gjennomført psykoanalytisk forløp (jf. 4.2.1). Ifølge en undersøkelse foretatt av Strauss et al. (2006) om behandlingseffekten ved kognitiv terapi, viser resultatet at 67 % av pasientene med APD ikke lenger oppfylte de diagnostiske kriteriene ved avslutningen av behandlingen (jf. 4.3.1.1). Tilsvarende er det også dokumentert gode resultater vedrørende effekten av interpersonell terapi i behandlingen av APD (jf. 4.4.2.1). Selv om de overnevnte behandlingsundersøkelser dokumenterer klinisk signifikant bedring, hvor individets symptomatologi ikke lenger oppfyller diagnosekriteriene for lidelsen, kan det diskuteres hvorvidt resultatet er en akkumulerende effekt av den spesifikke behandlingsmodell, terapeutiske intervensjoner, strategier og holdninger eller ikke. Er behandlingsresultatene tilstrekkelige nok for å påvise hvilke terapeutiske teknikker og strategier som er særlig tilpasset behandlingen av lidelsen APD? Resultatene fra undersøkelsene viser nemlig at det er liten forskjell i behandlingseffekt, og man kan diskutere hvorvidt dette delvis skyldes det Rosenzweig (1975, i: Hougaard, 2004, p. 98) betegner som ”dodo-kjennelsen”. ”Dodo-kjennelsen” blir i dag brukt som en metafor for å beskrive at det er vanskelig å påvise ulikt utbytte ved behandling av forskjellige terapeutiske behandlingsmetoder. I forhold til oppgavens problemstilling kan debatten om ”dodo-kjennelsen” være en mulig kritikk for utviklingen av en MBT behandlingsmodell spesifikt tilrettelagt individer med APD. I henhold til ”dodo-kjennelsen” er det av

liten praktisk verdi å utvikle spesifikke behandlingsmetoder, intervensjonsprinsipper og strategier i behandlingen av APD, fordi det er såkalte uspesifikke fellesfaktorer på tvers av de ulike terapiretningene som har betydning for effekten og utfallet av terapien. Selv om vi på den ene siden ser oss enige i at uspesifikke fellesfaktorer som for eksempel den terapeutiske allianse spiller en avgjørende rolle for terapiens effekt, hvilket er felles på tvers av de ulike psykoterapeutiske behandlingstilgangene, argumenterer vi for at utviklingen av bestemte intervensjoner som er tilpasset den psykiske lidelsens beskaffenhet er av signifikant betydning for terapeutisk forandring hos klienten. Vi erkjenner imidlertid at det ikke er en spesifikk psykoterapiform som er den absolutte eneste riktige i behandling av APD, og at de ulike terapeutiske behandlingsmetodene er virksomme i behandlingen av lidelsen. Dette stemmer også overens med empiriske undersøkelser, som viser at velutførte psykoterapiformer resulterer i omtrent samme utbytte for klientene (Hougaard., 2004, p. 119). På den andre siden kan det argumenteres for at ”dodo-kjennelsen” er et resultat av manglende evidens på spesifikke faktorer ved de aktuelle behandlingsmodellene, som forklarer hvilke terapeutiske intervensjonsprinsipper og strategier som forklarer behandlingseffekten og utfallet ved psykoterapiretningen. Selv om både en psykodynamisk-, kognitiv-, og interpersonell behandlingstilgang viser dokumentasjon for terapeutisk virkning i arbeidet med APD, mener vi at de aktuelle terapeutiske hovedtradisjonene er for opptatt av å ha forskjellige metodiske tilganger, hvilket kan tolkes som en stagnasjon i fastholdelse av de eksisterende psykoterapiformene. Vi argumenterer for at det i et terapeutisk arbeid med APD heller er viktigere å integrere terapeutiske teknikker, strategier og intervensjonsprinsipper på tvers av de terapeutiske forskningstradisjonene, som er tilpasset individets lidelse, etiologi, problematikk og sykdomsforløp. MBT kan nettopp forstås som en slik integrasjon.

De empiriske undersøkelsene som dokumenterer behandlingseffekt ved psykodynamisk-, kognitiv- og interpersonell terapi kan også kritisere for at effekten av behandlingsmodellene er foretatt på bakgrunn av en vurdering av individets symptoml lettelse. I en psykoterapeutisk behandling av APD er formålet imidlertid å arbeide med mer komplekse psykiske strukturer som for eksempel individets maladaptive tankemønstre, affektfobi, emosjonsregulering og skam, som en kvantitativ vurdering av eliminering av overfladiske deskriptive symptomer ikke

nødvendigvis gir uttrykk for. Problemet med forskningsparadigmets krav om evidensbasert behandling, er at de kvantitative studiene baserer seg på en sykdomsmodell hvor utgangspunktet er en diagnose, og hvor resultatet av en behandling måles ved symptomlettelse (Kulbotten, 2013, p. 260). Dette fremstår som noe problematisk i forbindelse med vurdering av hvilken behandlingsmetode som er særlig effektiv i et terapeutisk arbeid med lidelsen. I henhold til avsnittet om DSM-V til diagnostisering av individer med APD (jf. 3), kan anvendelse av diagnosen APD i DSM-V kritiseres for å gi en overfladisk deskriptiv fremstilling av lidelsens symptomatologi, uten ta hensyn til lidelsens mer komplekse strukturer og etiologi. I forbindelse med et terapeutiske arbeid med APD kan det argumenteres for at det er nødvendig å undersøke mer komplekse endringer ved individet, hvilket eliminering av symptombildet ikke fullstendig gir uttrykk for (ibid.). Vi mener at det i dag er behov for å utvide evidensbegrepet til å innbefatte mer kvalitative studier og casestudier som undersøker hvilke terapeutiske prosesser som er signifikante, fremfor kun kvantitative effektstudier som måler effekten av en behandlingsmodell basert på symptomlettelse. Argumenter som taler for anvendelsen av MBT i behandlingen av individer med APD er at MBT sine intervensjonsprinsipper er tilpasset den psykiske lidelsebs beskaffenhet. MBT etterstreber å endre mer komplekse strukturer som forbedrer individets mentaliseringsevne, affektfobi og affektregulering, slik at personen i større grad kan utvikle evnen til å håndtere angst og et høyt affektnivå i interpersonelle relasjoner og situasjoner, samt utvikle evnen til å romme og holde ut angsten, fremfor å fysisk handle seg ut av situasjonen gjennom tilbaketrekningssatferd.

Til tross for at det er empirisk forskning som dokumenterer statistisk signifikant endring hos individer med APD ved behandling av psykodynamisk-, kognitiv- og interpersonell terapi, er det i dag utført lite forskning vedrørende behandlingseffekten av de forskjellige terapitilgangene, samt hvilke spesifikke faktorer som er signifikante i arbeidet med lidelsen. Spørsmål som *"Hva er det som virker?"*, *"Er det noen metoder som virker bedre enn andre?"* og *"Hvilket terapeutiske teknikker er særlig egnet i behandling av APD?"* er spørsmål som er svært relevante, men som det foreløpig ikke er empirisk fundament for å besvare. Evidensgrunnlaget for å besvare hvilken behandlingsmodell, hvilke terapeutiske intervensjoner, holdninger og teknikker som individet profiterer best av, og som fører til positive

forandringsprosesser er per i dag ikke omfattende nok, og det fremstår som nødvendig å foreta flere kontrollerte effektundersøkelser i arbeidet med APD. I henhold til oppgavens problemformulering kan det imidlertid med utgangspunkt i redegjørelsen for MBT i behandlingen av APD (jf. 4.5) argumenteres for at redegjørelsen dels kan forstås som en prosessforskning, hvor vi på bakgrunn av evidens i Del 3 samt vår forståelse for problematikken og etiologien bak lidelsen undersøker, vurderer og drøfter hvorvidt MBT sine terapeutiske intervensjonsprinsipper, strategier, holdninger og prosesser er særlig tilpasset behandlingen av APD. Som det fremgår i tidligere avsnitt er APD en alvorlig personlighetsforstyrrelse og helbredelse avhenger blant annet av lidelsens art, vanskelighetsgrad, lengde på terapien, intervensjoner, strategier og terapiprosesser. Det fremstår som nødvendig å utvikle, samt gjennomføre et langvarig strukturert behandlingsprogram som er særlig tilrettelagt for lidelsen APD. Vi konkluderer overordnet med at MBT egner seg i behandlingen av lidelsen. For det første fremstår kombinasjonen av individuell terapi og gruppeterapi effektiv i behandling av APD, fordi kombinasjonsbehandlingen skaper en synergieffekt, hvilke muliggjør to forskjellige psykoterapiformer som dekker ulike komplementære behov. Gruppeterapien representerer en eksponerings- og treningsarena hvor individet blant annet kan arbeide med interpersonelle problemer, utforske hendelser og forekomsten av mentaliseringssvikt, skape forståelse og balanse i de følelsene som fremkalles, og trene i å håndtere angst i interpersonelle relasjoner i ”her og nå”-situasjoner i terapien. Gruppeterapien synliggjør også individets problemer, hvilke individet kan arbeide med mer inngående i individualterapien (jf. 4.5.3). I MBT kan individer med APD blant annet arbeide med å utvikle evnen til å verbalisere og forstå sine indre mentale tilstander, subjektive tankeprosesser, atferd og følelsesmessige reaksjoner, men utvikler også evnen til å verbalisere og forstå andre mennesker og mellommenneskelig samspill. Dette fremstår som særlig effektivt i en terapeutisk behandling av lidelsen APD, som nettopp kjennetegnes ved affektfobi, lav selvfølelse og maladaptive tankemønstre med forvrengte og rigide fortolkninger av seg selv, av interpersonelle relasjoner og i interpersonelt samspill (ibid.).

5.3.1 Evidensparadigmets innflytelse på psykoterapifeltet

Forskningsparadigmets krav om evidensbasert behandling innenfor psykoterapiområdet kan dels sees som et svar på vitenskapelige betraktninger, men også delvis som et resultat av allmenne samfunnsmessige utviklingstendenser (Hougaard., 2004, p.161). Sentralstyret i Norsk Psykologforening vedtok i januar 2007 Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk Psykologforening, 2007, p.1). Evidensbasert praksis defineres i Prinsipperklæringen som : *”En integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål”* (ibid.). Ifølge Brinkmann & Tangaard (2007) har forskningsselskapene i dag mandat for sunnhetspleie, og det er i tiltagende grad fokus på behandlingsmodellenes omkostningseffektivitet. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hva man anser for å være den beste tilgjengelige forskning, og i hvilken grad bestemte teorier og behandlingsmetoder lar seg testes empirisk, men også økonomiske og sosiale interesser (Høstmælingen, 2010, p. 931). En mulig forklaring for MBTs popularitet i psykoterapifeltet i dag, kan skyldes at MBT oppfyller kravet om evidensbasert behandling, ved at behandlingsmodellen anvender manualer som består av konkrete behandlingsanbefalinger, retningslinjer og referanseprogrammer som terapeuten kan anvende i arbeidet med den enkelte klient. Utviklingen av en MBT behandlingsmodell for individer med APD kan være positivt, fordi den gir dynamiske terapeuter en troverdighet som de muligvis tidligere har savnet i deres terapeutiske arbeid med klienter, grunnet manglende evidens som dokumenterer betydningen av den terapeutiske relasjon, interpersonelt samarbeid og den terapeutiske prosess (Arefjord & Lossius, 2012, p. 1013). Kravet om evidensbasert behandling og empirisk dokumentasjon for behandlingsmodellenes effektivitet i behandlingen av en lidelse, kan imidlertid kritiseres for å underminere klientenes individualitet, og underkjenner også betydningen av klinikerens erfaring og praksis (Hougaard., 2004 p. 160). Økonomiske og kulturelle faktorer i samfunnet påvirker også hvilke forskningsspørsmål som blir innvilget ressurser, og Kvale (2003) argumenterer for at de teoriene med størst markedsføringsverdi er de teoriene og metodene som blir tillagt størst verdi i dagens samfunn (ibid., p. 589). I henhold til oppgavens problemformulering kan man diskutere hvorvidt kravet om evidensbasert

behandling og utviklingen av en manualisert behandlingsmodell, er den best mulige behandling i arbeidet med APD.

5.4 Bruken av manualbaserte behandlinger i det terapeutiske arbeidet med APD

I oppgavens behandlingsavsnitt har vi redegjort for ulike behandlingsmetoder i arbeidet med APD, og i det foregående avsnittet har det blitt diskutert evidensparadigmets innflytelse på psykoterapifeltet. Tre av behandlingsmetodene som det har blitt redegjort for, henholdsvis kognitiv-, interpersonell og mentaliseringsbasert terapi, er manualbaserte behandlingsformer. Følgende diskusjon vil se på fordeler og ulemper ved bruken av manualbaserte metoder i behandlingen av APD. Diskusjonen innledes med en vurdering av fordelene ved bruken av manualbaserte behandlingsformer, hvor det redegjøres for blant annet hvordan manualbaserte behandlinger kan være motivasjonsskapende for individer med APD, på grunn at manualbaserte programmer ofte fører til rask symptomlettelse. Det vil videre redegjøres for ulempene ved bruken av manualbaserte programmer, som blant annet at det kan føre til at man mister fokuset på enkeltindividet i behandlingen, og hvordan APD er en relativt kompleks lidelse som trolig vil kreve en tilpasning av terapien til enkeltindividet. Bruken av manualbaserte behandlingsmetoder er en kompleks diskusjon, som også henger sammen med generelle tendenser i samfunnet, økonomi, og hva som vurderes som evidensbasert forskning og behandling. Følgende diskusjon vil kun kort gjøre rede for fordelene og ulempene ved bruken av en manualbasert behandlingsform, for å vurdere brukbarheten av dette i behandlingen av APD.

5.4.1 Fordeler ved bruken av manualbaserte behandlinger

Som det allerede har blitt gjort rede for, vedtok Norsk Psykologforening i januar 2007 Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk Psykologforening, 2007, p.1). I denne sammenheng har manualbaserte metoder gitt

gode forskningsresultater, og har derfor ofte blitt sett på som standarden for evidensbasert behandling. Som det allerede har blitt gjort rede for i oppgavens behandlingsavsnitt er manualbaserte behandlinger behandlingsformer som er tidsbegrensete, og følger et spesifikt forløp, hvor det er et forhåndsbestemt fokus i de ulike terapitimene, og en behandlingsmanual skal angi retningslinjer for hvordan man arbeider psykoterapeutisk med en gitt type lidelser (Stafset, Gomez & Arnberg, 2011, p. 994). En psykoterapeutisk manual sitt fundamentale formål er å spesifisere behandlingen, og bidra med retningslinjer til terapeuten for hvordan manualen skal implementeres i en behandling (Carroll & Nuro, 2002, p. 399).

Den største fordelen ved en manualbasert behandlingsmodell er at den gir retning og struktur til behandlingen, noe som kan føre til en mer fokusert tilnærming i det terapeutiske arbeidet (Stafset, Gomez & Arnberg, 2011, p. 994). Ettersom APD er en lidelse som generelt har fått lite oppmerksomhet i helsevesenet, kan det være en fordel å bruke en manualbasert behandlingsform, dersom terapeuten har lite tidligere erfaring med lidelsen. Tid-, og kostnadsmessig kan det også være en fordel å bruke en manualbasert behandling, fordi behandlingen er såpass fokusert, og fører ofte til en rask symptomlettelse, noe som kan være med på å øke klientens motivasjon til å fortsette behandlingen. Et problem som dog kan oppstå i denne forbindelse er dersom symptomlettelsen ikke er varig, og klienten må gjennomgå flere terapiforløp, som kan innebære flere kostnader, enn dersom personen hadde deltatt i et lengrevarende terapiforløp. Videre kan det argumenteres for at behandlingen er kvalitetssikret, ved at den er evidensbasert og det er mulig å måle i hvor stor grad terapeutens teknikker er i overensstemmelse med de foreskrevne teknikker i behandlingsmanualen, og bruken av behandlingsmanualer gir også mulighet for å sammenligne effekten av ulike terapiformer empirisk (ibid.).

5.4.2 Ulemper i bruken av manualbaserte behandlinger

Bruken av manualbaserte programmer har dog også fått en del kritikk, som blant annet at en manualbasert behandling fører til at man mister fokuset på enkeltindividet i den kliniske praksis, og at man kan risikere å bli mindre kreativ, sensitiv, og utforskende i behandlingen. Manualbaserte tilganger kan også kritiseres for å være svært symptomfokuserende, og tar mindre hensyn til hvorfor personen opplever disse

symptomene (Caroll & Nuro, 2002, p. 396). Dette kan være en viktig faktor i behandlingen, og krever at manualen kan tilpasses fleksibelt til den enkelte klient. Det har også blitt rettet en kritikk mot at bruken av manualbaserte behandlingsformer fører til en mindre vektlegging av den terapeutiske relasjon, og et stort fokus på terapeutiske teknikker (ibid.). I forhold til oppgavens etiologiske del, ser vi at APD er et svært sammensatt fenomen, med flere årsaksforklaringer, og at symptombildet kan variere fra person til person. En standardisert behandlingsmanual kan risikere å ikke dekke hele symptombildet, eller de mange unike variasjonene av lidelsen. Individer med APD kan ofte ha like symptomer, som gjør dem like i den forstand at de oppfyller kriteriene for en diagnose, men det er imidlertid stor variasjon i de psykologiske, kontekstuelle, risiko- og beskyttelsesfaktorene som opprettholder symptomene, hvilke medfører ulike prognoser, og ulikt fokus i den individuelle behandlingen (Høstmælingen, 2010, p. 934). Det kan for eksempel være forskjeller i deres sosiale støtte, økonomiske status, utviklingserfaringer og hvilke symptomer som er mest fremtredende. Det er også ofte stor komorbiditet hos individer med lidelsen APD, blant annet depresjon og sosialfobi, noe som man også må ta hensyn til i behandlingen. Dersom behandlingsmanualen er utformet med størst fokus på de klassiske symptomene ved APD, kan det være at symptomer ved andre komorbide tilstander blir neglisjert i behandlingen. Vi har også argumentert for viktigheten av den terapeutiske relasjon i arbeidet med APD, på grunn av at problemer i interpersonelle relasjoner er dominerende i deres symptombylde. Erfaringer fra terapi med individer med APD viser at det er en lidelse som kan være vanskelig å behandle, på grunn av deres tendens til unngåelsesatferd, og at de ofte er svært mistroiske (Millon et al., 2004, p. 218). Det vil i det terapeutiske arbeidet med APD trolig kreve både tid og tålmodighet fra terapeutens side for å etablere en terapeutisk relasjon, og for å få individer med APD til å snakke åpent om seg selv, og sine tanker. Disse problemene er ofte forårsaket av deres store skamfølelse, at de er svært sensitive for negativ evaluering, og deres fremtredende følelser av mindreverdighet, som kan gjøre det svært pinefullt for dem å snakke om seg selv (ibid., p. 217). Ut fra dette kan man argumentere for at det terapeutiske arbeidet med APD krever fleksibilitet, og ikke minst tid. Det er derfor viktig i denne sammenhengen at bruken av manualbaserte programmer også tar hensyn til enkeltindividet i behandlingen. De manualbaserte behandlingene er videre også tidsavgrensede, noe som kan være problematisk i arbeidet med APD, på grunn av at de er kjennetegnet ved at de i stor

grad unngår å bli involvert med andre mennesker, med mindre de er sikre på at vedkommende liker dem, og at de ofte viser tilbakeholdenhet i interpersonelle relasjoner, grunnet skamfølelse og frykt for å bli latterliggjort (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010, p. 256f). Disse faktorene ved lidelsen kan føre til at man er nødt til å bruke lengre tid enn hva som er beregnet i behandlingsmanualen på å danne en terapeutisk allianse, og på å arbeide med alliansebrudd i terapien. Schön (2001) er blant annet en av flere som stiller seg kritisk til positivismens praksisepistemologi, og argumenterer for at terapeuten hele tiden må være oppmerksom på det unike i en behandlingssituasjon. Gjennom begrepene refleksjon i -, og over handling, fremhever Schön (2001) (i: Brinkmann & Tanggaard, 2007, p. 13) hvordan behandlerens utøvelse ikke nødvendigvis bygger på en instrumentell bruk av systematisk innsamlet, vitenskapelig viten som ved bruken av behandlingsmanualer, men i større grad bygger på refleksjon i den unike situasjonen, og refleksjon over sine handlinger (ibid., p. 13). Flere har også stilt seg kritiske til i hvor stor grad det er mulig å anvende viten som er produsert i en forskningsmessig praksis til klinisk praksis. Jean Laves (1988) (i: Brinkmann&Tanggaard, 2007, p. 14) vektlegger hvordan vitenskapelige undersøkelser har problemer med å bevise at det er mulig å overføre viten fra én kontekst til en annen. Når vi skal treffe en avgjørelse så bruker vi de ressursene som er tilgjengelige i en gitt situasjon, og vi bruker tidlige erfaringer fra blant annet tidligere terapisesjoner (ibid.). Dette kan være vanskeligere dersom man forholder seg til et bestemt terapioppsett, på bakgrunn av en manual for behandlingen av APD. Et annet viktig spørsmål i forbindelse med bruken av manualbaserte behandlinger, er hvorvidt man kan generalisere resultatene fra et klinisk studie, som ofte har blitt utført under optimale betingelser, til resten av populasjonen som manualen retter seg mot. Resultater fra internasjonal behandlingsforskning kan trolig ikke uten videre overføres til arbeidet i det ordinære helsevesenet i Norge, på grunn av at det kan være store forskjeller når det gjelder rekruttering av klienter, og de øvrige rammebetingelsene for terapeuter (Neumer, Martinsen, Gere & Villabø, 2011, p. 24). Vi finner støtte for dette i metaanalyser utført av Weisz, Jensen-Doss & Hawley (2006) som viser at populasjonene i behandlingsforskning om angstlidelser generelt sett ikke representerer populasjonen i den kliniske praksisen (ibid., p. 671).

5.4.3 En oppsummering av avsnittets refleksjoner

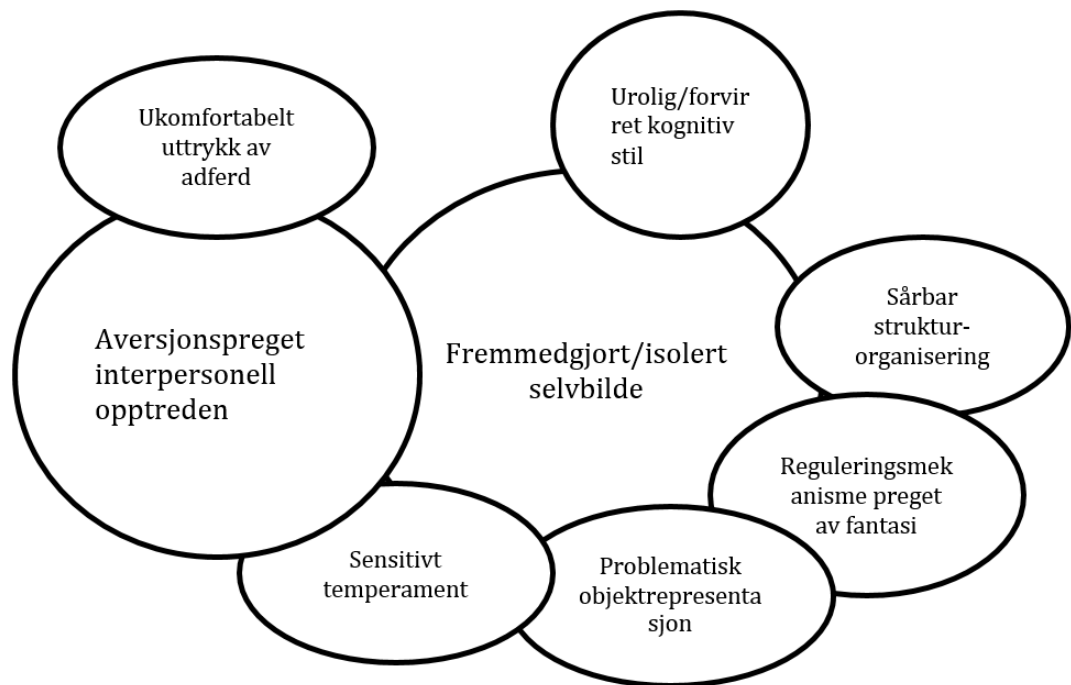
Det har de seneste årene blitt en større utbredelse av manualbaserte terapiformer. Dette kan være positivt dersom det er med på å gi klienten en kvalitetssikring, men det kan også virke negativt dersom det hindrer terapeuten i å forholde seg kritisk til sine intervensjoner, og neglisjerer viktigheten av refleksjon i-, og over handling. Kravet om evidens avvises ikke i nåværende oppgave, men det søkes en bredere forståelse av begrepet, som også tar høyde for de komplekse forhold som er involvert i arbeidet med psykoterapi hos individer med APD (Brinkmann & Tangaard, p. 15). APD er en såpass sammensatt lidelse, som også varierer fra person til person, hvor det er viktig at dersom man som terapeut benytter seg av manualbaserte behandlingsformer har evnen til å bruke manualen på en fleksibel måte, som tar hensyn til hvorfor den enkelte klient opplever psykiske vanskeligheter, og som også muliggjør refleksjon i-, og over handling. Med utgangspunkt i oppgavens etiologiske avsnitt, og i behandlingsavsnittene kan det argumenteres for viktigheten av en individuell tilgang i behandlingen av APD, fordi symptombildet er sammensatt, og kan være vanskelig å behandle dersom en følger en altfor rigid behandlingsmanual. Dette gjør seg spesielt gjeldende for arbeidet med den terapeutiske allianse, som fremstår som en sentral faktor i behandlingen av APD. Ansvarer ligger i stor grad her hos praktiseren, som må evne å integrere den unike personen i behandlingen, og å kunne reflektere i-, og over handlingene sine. Det er psykologens ansvar å være kritisk ovenfor de teorier personen bruker, og vurdere hvorvidt de er egnede til den bestemte klient, dersom man bruker manualbaserte behandlingsprogrammer. Et annet problem i forbindelse med utformingen av manualbaserte programmer, er at de ofte tar utgangspunkt i studier som har blitt utført under optimale omstendigheter, og som har vanskeligheter med å generaliseres til befolkningen i det nordiske helsevesenet. Dette er et argument for at forskning i forbindelse med utformingen av manualbaserte programmer også bør ta utgangspunkt i erfaringer fra klinisk praksis, og erfaringer fra den enkelte terapeut.

5.5 En diskusjon for valg av behandling for APD

I begynnelsen av oppgaven (jf. 2.3.1) ble Millon og Davis (1996) sin prototypiske modell for APD benyttet for å gi en beskrivelse av lidelsen APD, som adskiller seg fra den diagnostiske beskrivelsen av lidelsen. Modellen fremstiller APD i større grad som et fenomen, da det kan argumenteres for at diagnosen i DSM-V ikke nødvendigvis gir en helhetlig beskrivelse av lidelsen (jf. 2.3.1.). I oppgavens Del 3 har det blitt redegjort for mulige etiologiske faktorer som kan bidra til at en person utvikler APD, og i oppgavens Del 4 har vi presentert ulike behandlingsmetoder i behandlingen av lidelsen APD. I dette avsnittet vil vi diskutere de tre forutgående avsnittene. Vi vil diskutere om de fire behandlingsmetodene vi har brukt tar stilling til lidelsens etiologi, som vi mener bør være utgangspunktet i enhver behandling av APD. Samtidig inndrar vi Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell, da modellen gir et fenomenologisk bilde av lidelsen. Den prototypiske modell består som tidligere nevnt av 8 delområder (modellen gjengis på nytt under), og vi vil her diskutere om noen av områdene kan anses som mer relevante enn andre, i behandlingen av lidelsen APD. Dette vil diskuteres med utgangspunkt i etiologien vi har redegjort for i oppgavens Del 3. Nedenstående diskusjon vil også gi muligheter for å vurdere hvilke av behandlingsmetodene som kan anses for å være mest relevante i behandlingen av APD. Dette gjøres med en begrunnelse i at de fire terapiformene vi har beskrevet ser ut til å ha ulike intervensjonsprinsipper i behandlingen av APD. Målet er dermed å undersøke oppgavens problemformulering, Del 3; *Kan man anvende Mentaliseringsbasert terapi i behandlingen av individer med Avoidant Personality Disorder?*

Diskusjonen vil først diskutere hvilke områder eller aspekter som bør vektlegges i behandlingen, på bakgrunn av lidelsenes etiologi. Oppgavens etiologiske funn vil sammenkobles med etiologien i de ulike delområdene i Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell, og det vil diskuteres hvorvidt det er fordelaktig å inkludere alle delområdene. Deretter vil det drøftes hvorvidt de forskjellige behandlingsmetodene tar stilling til en modifisert prototypisk modell, eller om behandlingsmetodene best egner seg til den opprinnelige modellen. Avslutningsvis vil det diskuteres hvorvidt

MBT kan anses å være den mest egnede behandlingsformen for lidelsen, med grunnlag i de etiologiske og fenomenologiske delområdene i den prototypiske modellen for APD.



Figur 8. Millon og Davis sin (1996) prototypiske modell for APD, p. 262

5.5.1 Hva bør vektlegges i en behandling, med hensyn til lidelsens etiologi?

Den psykiske lidelsen APD kan anses som å ha en kompleks etiologi, hvor predisponerende, disponerende og vedlikeholdende faktorer utgjør lidelsen. I henhold til det etiologiske avsnittet kan det argumenteres for at en terapeutisk behandling bør være tilpasset etiologien til lidelsen APD, herunder individets biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer. Medfødte biologiske faktorer som for eksempel et hypersensitivt temperament, personlighetsstruktur, og et lavt stressresponssystem, kan være i resonans med individets indre psykiske struktur, og fenomenologiske opplevelse, herunder tanker, forestillinger og følelser om seg selv, av andre mennesker og i interpersonelle samspill (jf. 3.1.5). For eksempel kan et medfødt hypersensitivt temperament

forsterke individets opplevelse av sjenerthet, angst, frykt og hemning i den terapeutiske situasjon (jf. 3.2.3.1). I vurderingen av hvorvidt det er mulig å intervenere ovenfor individets biologiske disposisjoner kan det på den ene siden fremstå som noe problematisk. For eksempel kan det argumenteres for at enkelte av de biologiske risikofaktorene som for eksempel forhøyet aktivitet i HPA-aksen muligens kun kan behandles medikamentelt. På den andre siden argumenterer vi for at det er mulig å tilpasse behandlingen og intervensjonene etter klientens affektnivå. MBT vektlegger for eksempel viktigheten av at terapeuten regulerer spenningsnivået i terapien og tilpasser intervensjonene etter klientens mentalisering og affektnivå, for å unngå høy aktivering av individets angstsysteem. Ut fra dette perspektivet kan psykoterapi stimulere individets angstregulering, ved å hjelpe personen til bedre å håndtere, holde ut og regulere opplevelsen av angst. Utviklingspsykologiske risikofaktorer har også utvilsomt en avgjørende betydning for utviklingen av en sårbarhet for utviklingen av APD i voksen alder. Tidlige negative erfaringer i tilknytningsrelasjonen, utviklingen av en usikker ambivalent tilknytning og patologisk skamfølelse er risikofaktorer som underminerer individets mentaliseringsevne og affektregulering. Det fremstår som avgjørende at intervensjoner som retter seg mot å endre individer med APD sine indre arbeidsmodeller av seg selv som sosial inkompetente og av andre personer som kilder til avisning, ydmykelse og kritikk, er viktig i det terapeutiske arbeidet med APD. Både MBT, IPT og den Psykodynamiske behandlingsmodellen vektlegger for eksempel hvordan korrigering av tidligere relasjonelle opplevelser og erfaringer er avgjørende i det terapeutisk arbeidet med individer med APD. Redegjørelsen for de sosialpsykologiske risikofaktorene gir innsikt i hvordan sosialpsykologiske mekanismer fører til utviklingen og opprettholdelsen av lidelsen APD. Et eksempel på sosialpsykologiske faktorer som bidrar til å opprettholde lidelsen er individets overveldende selvbevissthet, redusert mestringsfølelse, selvverifisering. De sosialpsykologiske risikofaktorene fremhever også hvordan samfunnet i dag stiller større krav til en velfungerende mentaliseringsevne. Med utgangspunkt i de sosialpsykologiske risikofaktorene, kan det argumenteres for at de terapeutiske intervensjonene også skal være tilpasset de sosialpsykologiske risikofaktorene som vi har redegjort for i oppgaven. Overordnet kan det konkluderes med at det er viktig at terapeuten har kjennskap til den psykiske lidelsens beskaffenhet, og tilpasser

intervensjonsteknikkene etter individets biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer.

5.5.1.1 Er det nødvendig å inkludere alle de 8 delområdene i Millon & Davis (1996) sin modell i behandlingen av APD?

Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD inneholder 8 forskjellige delområder, som har som formål å beskrive lidelsen APD. På grunn av modellens mangfoldige perspektiver på lidelsen, kan intervensjoner ovenfor alle delområdene bli et omfattende arbeid, som igjen setter krav til terapeuten i form av viten om ulike intervensjonsområder. For eksempel kan en psykodynamisk behandlingsmodell anses som en god behandling ovenfor problematiske objektrepresentasjoner og reguleringsmekanismer. I forlengelse av oppgavens etiologiske avsnitt kan det dog diskuteres hvorvidt dette er en hensiktsmessig intervensjon, på bakgrunn av individer med APD sine nedsatte mentaliseringsevner. En psykodynamisk behandlingsmodell vektlegger også i mindre grad personer med APD sin urolige kognitive stil, hvor MBT og kognitiv adferdsterapi i større grad retter fokus på dette området i behandlingen av APD. På bakgrunn av alle disse delområdene argumenterer Millon & Davis (1996, p. 282ff) og Kantor (2010, p. 111ff) for at det er hensiktsmessig å behandle APD dialektisk, hvor flere behandlingsmetoder inkluderes på forskjellige stadier i behandlingen. På en annen side kan en diskutere hvorvidt alle områdene i Millon & Davis (1996) sin modell er relevante i det terapeutiske arbeidet med lidelsen APD. Med utgangspunkt i vår etiologiredegjørelse, og med tanken om at behandlingen bør gjøres ut ifra etiologien, kan det argumenteres for at ikke alle områdene i den prototypiske modellen bør å inkluderes i en terapeutisk behandling av APD. Delområdene aversjonspreget atferd, ukomfortabelt uttrykk av atferd, individets temperament, det fremmedgjorte selvbildet, og den urolige kognitive stilen er områdene i modellen vi mener svarer best til vår etiologiske redegjørelse, og som trolig utgjør en viktig del av individer med APD sitt symptombylle i dag. På bakgrunn av dette argumenterer vi for at det vil være mest hensiktsmessig å arbeide med disse delområdene i en terapeutisk behandling av APD. Nedenstående avsnitt vil

gi en beskrivelse av hvordan disse delområdene kan forklares ut fra den etiologien vi har redegjort for i oppgavens Del 3.

Individer med APD sin tidlige tilknytningsrelasjon kan påvirke dannelsen av indre arbeidsmodeller, som igjen har en innvirkning på senere interpersonelle samspill (jf. 3.3.3.1). Barnets tilknytningsrelasjon og tidlige erfaringer kan også påvirke barnets affektregulering. Personer med lidelsen APD kan være preget av et ambivalent tilknytningsmønster, og konsekvensene av en slik tilknytning kan utspille seg i flere av delområdene i den prototypiske modellen. De negative indre arbeidsmodellene har innvirkning på hvordan individet agerer med andre mennesker, og kan derfor plasseres i det interpersonelle området i den prototypiske modellen. Individets affektreguleringen påvirkes på den ene siden av medfødte biologiske disposisjoner, men samtidig også av indre arbeidsmodeller, som er dannet gjennom tilknytningsrelasjonen (jf. 3.2.4, 3.2.5 & 3.3.8). Affektreguleringen kan anses som å være svekket hos personer med lidelsen APD, som kan resultere i en aversjonspreget interpersonell opptreden, samt et ukomfortabelt uttrykk av atferd. Samtidig kan også de indre arbeidsmodellene forstås å være forbundet til mer vedlikeholdende faktorer, hvor en opprettholdelse av den tidlig etablerte tilknytningsrelasjonen opptrer som et fremmedgjort og isolert selvilde. Dette har også en innvirkning på deres generelle informasjonsprosessering, som ofte er preget av angst og hemning. I forhold til etiologiske faktorer kan dette oppstå som et resultat av en overdreven selvbevissthet. Individer med APD sin nedsatte affektregulering, og innvirkningen dette kan ha på de overnevnte delområdene passer også godt med det som kjennetegner temperamentet til individer med APD. Temperamentet til individer med APD kan anses som å være angstpreget og hemningsbasert. Gjennom å arbeide terapeutisk med deres mentaliseringsevner, kan dette muligens gjøre dette mer predisponerende delområdet mer håndterbart, siden individet blir bedre til å avlese andre mennesker, og blir bedre til å tolerere den omfattende angsten de ofte opplever. Delområdene aversjonspreget interpersonell opptreden, ukomfortabelt uttrykk av adferd, et sensitivt temperament, et isolert/fremmedgjort selvilde og en urolig kognitiv stil kan dermed anses som å være forbundet med etiologien vi har beskrevet.

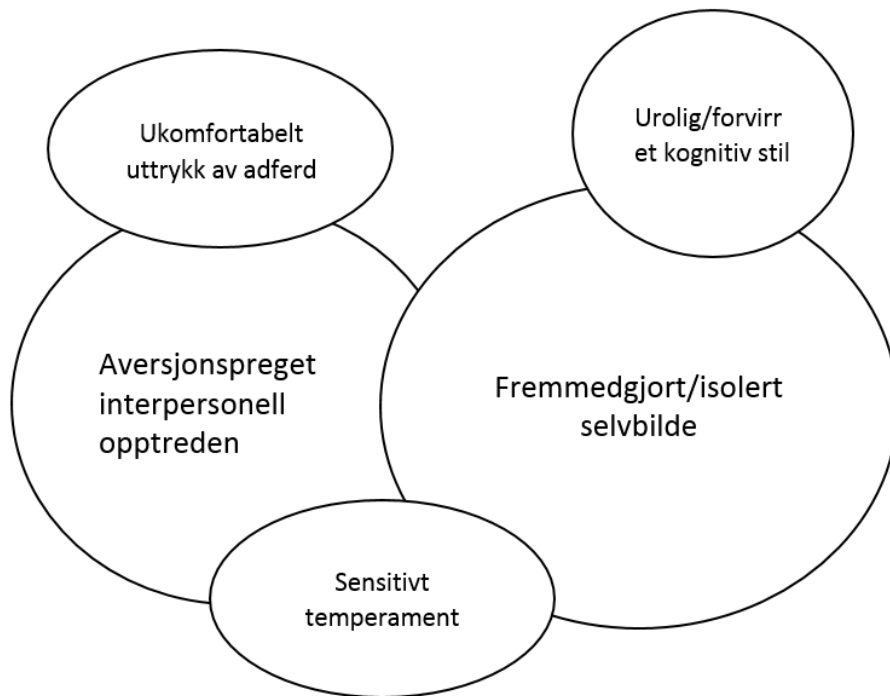
5.5.1.2 Hvilke delområder er mindre relevante i den terapeutiske behandlingen av APD?

Det kan imidlertid på bakgrunn av etiologien for APD (jf. 3) argumenteres for at enkelte av delområdene i Millons & Davis (1996) prototypiske modell ikke er effektive å intervenere ovenfor i et terapeutisk arbeid med APD. For eksempel kan intervensjoner som retter seg mot delområdene individets besværlige objektrelasjoner og reguleringsmekanismer preget av fantasi og sårbar struktur i arbeidet med APD, hvor personen har en nedsatt evne til å mentalisere muligvis ha negativ terapeutisk verdi. I vurderingen av hvilken behandlingsmodell som egner seg til behandling av individer med APD, kan det ut fra dette perspektiv argumenteres for at psykodynamisk behandlingsmodell som fokuserer på innsikt og forståelse av ubevisste prosesser og konflikter, og hvordan fortidige objektrelasjoner påvirker individets nåværende interpersonelle problemer er lite hensiktsmessig. For det første kan et psykodynamisk fokus på å avdekke konfliktfylte følelser, som forstås som opprinnelsen til individets psykiske vansker i arbeidet med klienter som har reduserte mentaliseringsevner og lav affektregulering, føre til angst hvilke igjen vanskeliggjør en utforskning av konfliktfylte følelser. Når angsten til individer med APD hemmer deres refleksive evner, og individet fungerer i psykisk ekvivalensmodus, opplever ikke personen intervensjonen som-om, som er nødvendig i undersøkelsen av konfliktfylte følelser, men som virkelige representasjoner. I forbindelse med et psykodynamisk terapeutisk arbeid med individer med APD kan det også være problematisk for klienten å arbeide med eller omstrukturere sitt forsvar, dersom dette igangsettes hver gang personen opplever angst. Et slikt fokus kan absolutt være relevant i behandlingen av en rekke psykiske lidelser, men i forhold til behandlingen av APD kan det oppstå noen problemer. Det første problemet ligger i den psykodynamiske behandlingens fokus på å avdekke konfliktfylte følelser, som forstås å være opprinnelsen til individets psykiske vansker. På grunn av individer med APD sine reduserte mentaliseringsevner er det mulig at selve angsten vanskeliggjør en utforskning av mulige konfliktfylte følelser. Når angsten personer med APD hemmer deres refleksive evner, kan det være vanskelig å vurdere eller undersøke deres dyptliggende følelser. Det kan også være problematisk for klienten å arbeide med eller omstrukturere sitt forsvar, dersom dette igangsettes hver gang personen opplever angst. Terapeuten skal riktignok i denne sammenheng også i

psykodynamisk terapi skape et rommende terapeutisk rom, hvor klienten føler seg trygg, men samtidig hvis angsten kan anses som et katalysator for den svekkede mentaliseringsevnen, kan det være mer gunstig å hjelpe klienten med å håndtere denne angsten, før andre konfliktfylte følelser undersøkes. Det som er den psykodynamiske terapiens fremste argument kan i denne sammenheng skape problemer, da individer med APD muligens ikke håndterer en slik selvransakelse. Den psykodynamiske terapien vektlegger videre innsikt i sammenhengen mellom hvordan tidlige objektreasjoner også er medvirkende årsaker til de interpersonelle problemene individer med APD opplever i dag. Denne forståelsen deles også av andre terapiformer, men de andre terapiformene arbeider ikke like eksplisitt med denne forståelsen. MBT anerkjenner for eksempel betydningen av hvordan individets tilknytningsrelasjon og mønster kan påvirke dem i dag, men målet i terapien er derimot ikke å en skape forståelse av hvorfor individets tidlige tilknytning skaper de vanskelighetene som personen opplever i dag. Derimot vektlegger denne terapiformen interpersonelle relasjoner her og nå, og retter med dette et fokus mot å hjelpe klienten til å undersøke hvorfor de vedlikeholder en bestemt fortolkning (jf. 4.5.5.10). Selv om personens indre arbeidsmodeller er dannet i tidlig alder, bør en først og fremst i behandlingen av APD fokusere på å hjelpe klienten med å håndtere de mest fremtredende områdene av lidelsen. De mest fremtredende områdene fremstår som deres angst, og deres nedsatte mentaliseringsevner. Vi argumenter for at det vil være mer hensiktsmessig å arbeide med disse områdene i et her og nå-fokus, fremfor å fokusere på årsaken til at disse problemene har oppstått. Personer med lidelsen APD sin tilknytningsrelasjon fremstår som et essensielt område av etiologien, men en terapeutisk vektlegging av fortiden kan muligens virke mot sin hensikt, da en slik vektlegging kan resultere i at individet havner i en psykisk ekvivalensmodus, og på denne måten opplever ikke personen overføringen som en representasjon, men heller som virkelig. Dette kan resultere i en tilbaketrekkningsadferd grunnet deres svekkede affekthåndtering, eller at personen benytter seg av en form for pseudomentalisering, i form av forestillingsmodus (jf. 4.5.7), hvor de velger å akseptere terapeutens tolkning på overføringen, av frykt for sin egen angst.

Dette fører til at områdene som individer med APD sine problematiske objektreasjoner, reguleringsmekanismer preget av fantasi og en sårbar struktur

organisering muligens ikke er de beste delområdene å intervenere ovenfor, ut ifra etiologien vi har beskrevet i denne oppgaven. Man kan derfor argumentere for at disse områdene i den prototypiske modellen vektlegger de disponerende faktorene i større omfang, ved å legge mer vekt på fortiden i behandlingen, fremfor å inkludere både predisponerende og vedlikeholdende faktorer. Samtidig må det også påpekes at psykodynamisk terapi kan være et godt alternativ, dersom individet har utviklet en god refleksiv evne, og en håndtering av angsten de ofte opplever, ved at det kan gi dem en mer innsiktsgivende forståelse av opprinnelsen til sine problemer. Ut ifra den overnevnte argumentasjonen stiller vi oss noe kritiske til å intervenere ovenfor hele modellen, da vi spekulerer på om den prototypiske modellen er valid i forhold til våre etiologiske redegjørelser. Vi mener at delområdene aversjonspreget atferd, ukomfortabelt uttrykk av atferd, temperament, selvbilde og en urolig kognitiv stil i større grad er mer relevante i behandlingen av APD. Dette begrunner vi gjennom vår etiologiske redegjørelse, hvor vi har argumentert for at lidelsen inneholder predisponerende, disponerende og vedlikeholdende faktorer, og at en psykoterapeutisk intervensjon er mest gagnet av en intervensjonsform som inkluderer alle disse faktorene. Vi foreslår dermed at en modifisert form av den prototypiske modellen, som er basert på oppgavens etiologi, kan være mer relevant i behandlingen av APD. Modellen gjengis under. Her inkluderes de områdene som vi antar er mest relevante i en behandling av APD ut fra den opprinnelige prototypiske modellen.



Figur 9. En modifisert form av den prototypiske modell for APD.

5.5.2 Tar de forskjellige behandlingene utgangspunkt i lidelsens etiologi og i den modifiserte prototypiske modellen for APD?

De forskjellige behandlingsformene vektlegger ulike områder i en terapeutisk intervensjon ved lidelsen APD. Psykodynamisk-, kognitiv- og interpersonell terapi er alle terapiformer som brukes i dag i behandlingen av APD, og vi har også redegjort for en mentaliseringsbasert behandlingsform. Hvilke områder av den ovenstående modifiserte prototypiske modellen ser disse behandlingsmetodene ut til å ta mest utgangspunkt i, og tar de også hensyn til etiologien vi har beskrevet?

Den psykodynamiske behandlingsmodellen kan anses for å ta hensyn til de overnevnte områdene i den modifiserte modellen, ved å fokusere på å forandre individets psykodynamikk i terapien. Samtidig kan det argumenteres for at intervensjonene i psykodynamisk terapi baserer seg mer på de utelatte områdene i den modifiserte prototypiske modellen for APD, hvor målet i terapien går ut på å omstrukturere klientens forsvar, skape nye objektrelasjoner, og dermed påvirke en

psykisk struktur. Det kan argumenteres for at både den interpersonelle terapi og MBT også intervensjoner ovenfor disse delområdene, i den grad at de deler tanken om at tidlige tilknytningsrelasjoner vil medføre noen konsekvenser for individets sosiale samspill. Samtidig kan det argumenteres for at intervensjonsprinsippene baserer seg mer på nåtid fremfor fortid, da begge disse terapiformene vektlegger en forandring her og nå. Det samme gjelder også i kognitiv adferdsterapi, hvor selvskjemaer har en opprinnelse i individets oppvekst, som igjen påvirker hvordan de forstår seg selv og andre i voksen alder. Likevel baserer intervensjonene seg på en forandring i nåtid, uten å undersøke opprinnelsen til individer med APD sine negative selvskjemaer.

Til tross for at terapiformene kognitiv terapi og MBT fokuserer på nåtidige relasjoner og situasjoner fremfor innsikt i hvordan fortidige hendelser influerer nåværende problemer, kan det argumenteres for at terapiformene vektlegger forskjellige delområder i den prototypiske modellen. Den kognitive atferdsterapien legger i større grad vekt på både det fremmedgjorte selvbildet og den urolige kognitive stilen, gjennom intervensjoner med hensyn til individer med APD sin informasjonsprosessering. En fordel i denne sammenheng er at individet utfordres til å revurdere sine antakelser om både seg selv og andre. Samtidig kan en kritikk mot den kognitive retningen rettes mot vektleggingen av tankemessig innhold fremfor både affekt og interpersonelle relasjoner (jf. 4.3.5). Affect og interpersonelle relasjoner kan ut fra oppgavens etiologiske del anses å være vesentlige aspekter ved lidelsen. Terapiformen fremstår heller ikke som å ta særlig hensyn til individer med APD sitt sensitive temperament. Et problem i denne sammenheng kan være at terapiformen i behandlingen av APD indirekte påpeker at tankemønsteret til klienten er feilaktig, og må omstruktureres. I forbindelse med det terapeutiske arbeidet med APD, som er uttalt sensitive ovenfor tegn på kritikk og avvisning, bør terapeuten være påpasselig ovenfor enkelte intervensjoner som individet kan oppfatte som kritikk. Dette kan også skape utfordringer i forhold til etableringen av en terapeutisk allianse, eller i form av en forhøyet affekt hos klienten. Dette kan ligne det tidligere nevnte psykodynamiske problemet med at affekten tar overhånd i terapien, som reduserer individer med APD sine refleksive evner. Den interpersonelle terapien vektlegger på en annen side at et individ med APD vil få det bedre gjennom et interpersonelt fokus, fremfor vektlegging av individets informasjonsprosessering. Med utgangspunkt i hvordan reduserte mentaliseringsevner medfører interpersonelle

problemer hos individer med APD kan denne terapiformen anses som en god intervensjon ovenfor det interpersonelle området i den prototypiske modellen for APD. En utfordring med den interpersonelle terapiformen er derimot at den tar mindre hensyn til individets temperament, som i større grad er preget av angst og mangelfull affektregulering. Angsten individer med APD opplever skyldes ikke nødvendigvis utelukkende interpersonelle vanskeligheter. Angsten kan også skyldes andre faktorer, som medfødte biologiske predisposisjoner basert på et engstelig temperament, eller en forhøyet aktivering av stressresponsen (jf. 4.4.4). Det relasjonelle hovedfokuset i interpersonell terapi kan dermed se ut til å mangle en integrasjon av indre affekt, hvilket kan øke sannsynligheten for personen er intellektualiserende og fungerer i forestillingsmodus, som kan føre til manglende terapeutisk fremgang.

Ut ifra den beskrevne etiologien og fenomenologiske forståelser av lidelsen kan det se ut til at både psykodynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi og interpersonell terapi behandler noen av delområdene i den prototypiske modell. Disse behandlingene spesialiserte seg på forskjellige delområder av lidelsen, men samtidig kan det hevdes at terapiformene muligens mangler en full integrering av den modifiserte prototypiske modell for APD.

5.5.3 Kan det argumenteres for en mentaliseringsbasert behandling av APD, ut fra den modifiserte prototypiske modell?

I de forutgående avsnittene har det blitt diskutert hvorvidt Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell bør forandres på bakgrunn av etiologien vi har beskrevet i oppgavens Del 3. Det er også blitt diskutert fordeler og ulemper ved den psykodynamiske, kognitive og interpersonelle terapien i behandlingen av APD. Det vil nå drøftes i hvilken grad mentaliseringsbasert terapi kan benyttes i behandlingen av APD, og hvorvidt terapiformen kan være en god intervensjon ovenfor den modifiserte prototypiske modellen.

Mentaliseringsbasert terapi tar som tidligere beskrevet utgangspunkt i å øke individets mentaliseringsevner. Gjennom å konsekvent arbeide med å forbedre klientens mentaliseringsevner, argumenterer MBT for at individet vil kunne fungere bedre i interpersonelle relasjoner og sosiale situasjoner. Personen vil også kunne regulere sitt affektnivå på en mer hensiktsmessig måte, som vil kunne ha en positiv innvirkning på deres selvbylde og urolige kognitive stil (jf. 3.3.6.1.). Mentaliseringsevnen utvikles i tidlig alder, og påvirkes av barnets tilknytningsrelasjon og tilknytningsmønster. Mentaliseringsevnen har videre en forbindelse med barnets affektregulering, som kan anses for å være forbundet med predisponerende biologiske faktorer og disponerende utviklingsfaktorer. Dette innebærer at en forbedret mentaliseringsevne også kan påvirke personens affektregulering, som igjen kan gjøre individet bedre til håndtere interpersonelle utfordringer, ved at angsten eller andre følelser ikke overstyrer personens refleksive funksjon. Et resultat av dette er at en forbedret mentaliseringsevne og affektregulering, også påvirker de vedlikeholdende faktorene i lidelsens etiologi. Når individet ikke lenger overstyrer av angsten, kan personen i større grad reflektere og vurdere sine indre affektive og mentale tilstander (Kantor, 2010, p. 180ff). Hovedelementene i den mentaliseringsbaserte praksis kan dermed sies å være forbundet til individer med APD sin komplekse etiologi, da forbedringen av refleksive evner og en redusering av angst både inkluderer en forståelse av personens medfødte sensitive temperament, og hvordan dette interagerer med individets utvikling av både mentaliseringsevner og affektregulering. Den mentaliseringsbaserte terapien anerkjenner også at disse faktorene kan være opprettholdende faktorer for lidelsen, og intervensjonene baseres seg videre på et her og nå-rettet fokus.

I forhold til den modifiserte formen av den prototypiske modellen for APD, kan det argumenteres for at MBT er tilpasset alle delområdene. I forhold til de interpersonelle områdene av modellen fokuserer MBT på affekten bak tilbaketrekningssatferden, fremfor kun tilbaketrekningssatferden. Den gjør på lik linje med psykodynamisk terapi en antakelse om at noen affekter kan forårsake en tilbaketrekningssadferd, men i motsetning til psykodynamisk terapi anser MBT angsten som å være hovedårsaken til tilbaketrekning. MBT beskriver ikke angsten som en signalaffekt aktivert som følge av noen underliggende konfliktfylte følelser.

Dette fremstår som effektivt i behandlingen av APD, på grunn av at lidelsen nettopp kjennetegnes ved affektiv dysregulering, affektfobi og lav affekttoleranse. I forhold til individets fremmedgjorte og isolerte selvilde vil man i MBT intervenere ovenfor deres indre arbeidsmodeller som er preget av kritikk, ydmykelse og avvisning. Arbeidsmodellene er ofte kilder til angst, skam og skyld og en mentaliseringsbasert behandling vil i denne forbindelse fokusere på identifiseringen av affekt både i klienten selv og hos andre. Hensikten bak dette er å hjelpe individet med å skape en større selvaksept for sine egne følelser, som ofte trigges av et negativt selvilde, som individer med APD også opplever at andre deler. Samtidig er det ikke et mål i MBT å finne den fortidige opprinnelsen til disse affektene. En argumentasjon som ofte gjøres i MBT i denne sammenhengen er at personer med en mer omfattende patologi ikke først og fremst har behov for innsikt i opprinnelsen til deres affekter, men i større grad har et behov for anerkjenne, tolerere og regulere affektene (jf. 4.5.6.2. & 4.5.6.3.). I forhold til personer med APD sin urolige kognitive stil, intervenseres det ut fra et mentaliseringsbasert perspektiv ovenfor feilaktige tankeprosesser og representasjoner. Ettersom mentalisering kan forstås som en prosess der individet implisitt og eksplisitt fortolker egne og andres adferd forbundet med intensjonale mentale tilstander i form av antakelser, behov, ønsker, følelser og oppfattelser (jf. 3.3.6.1.) kan det argumenteres for at MBT tar hensyn til den urolige kognitive stilen til individer med APD. Dette kan ligne kognitiv adferdsterapi, da både tankeprosesser og representasjoner kan anses som et individs informasjonsprosessering. På en annen side vektlegger MBT i større grad klientens tanker, følelser, ønsker og lengsler, og deres streben med disse komplekse opplevelsene i interpersonelle relasjoner, hvorav kognitiv terapi i større grad fokuserer på en svekket informasjonsprosessering som et resultat av kognisjonssvikt (Bateman & Fonagy, 2007, p. 211). MBT kan ut fra dette anses som både en affektfokusert terapi, og en terapi som tar hensyn til individets informasjonsprosessering. En mentaliseringsbasert terapi tar også hensyn til individer med APD sitt temperament i sine intervensjoner. Gjennom den overnevnte forbindelsen mellom mentalisering og affektregulering kan MBT hjelpe individet med å bedre håndtere sine affekter, ved at terapiformen fokuserer på at et forhøyet affektnivå kan medføre svikt i individets refleksive evner. Derfor forutsettes det at terapeuten er aksepterende og rommende, og regulerer klientens affektnivå, for å unngå at klientens affektnivå blir for høyt. Med tanke på affektreguleringens samspill

både med biologiske predisposisjoner og utviklingen i tilknytningsrelasjonen kan det argumenteres for at MBT er den terapiformen som tar mest hensyn til individer med APD sitt temperament.

Et argument som taler imot MBT i behandlingen av APD, er at de andre terapiformene er mer spesialiserte ovenfor noen av delområdene i den prototypiske modellen. For eksempel kan et rent interpersonelt fokus, som ved en interpersonell behandlingsform være bedre egnet til å trene individet i å håndtere interpersonelle utfordringer. Kognitiv adferdsterapi kan også muligens være bedre til å håndtere de spesifikke informasjonsprosesseringsproblemene som individer med APD opplever. Selv om vi har valgt å ikke inkludere området problematiske objektrepresentasjoner i den modifiserte modellen, spiller objektrepresentasjoner likevel en rolle i noen psykiske problemstillinger, og på grunn av vektleggingen av et slikt delområde i intervensjon kan en psykodynamisk terapi være mer fordelaktig på akkurat en slik problemstilling. Disse eksemplene kan brukes som et argument mot bruken av MBT, da MBT muligens ikke er spesifikk nok i intervensjonen av tanker, følelser eller atferd, sammenlignet med de andre terapiformer. Ifølge Allen, Bateman & Fonagy (2010) arbeider man også med individets mentaliseringsevner i de andre terapiformene (ibid., pp. 35-42) I psykodynamisk terapi kan mentalisering ligne på målet om å fremme en bevisstgjøring av affekter, slik at individet bedre kan reflektere over disse. I kognitiv adferdsterapi ligner mentalisering metakognisjonsbegrepet, hvor individet skal reflektere mer over sine tanker. I interpersonell terapi vektlegges også uttrykkelse og aksept av affekt, men også å forbedre individets kommunikasjonsevner, noe som også kan anses å ligne mentaliseringsbegrepet. Dette kan gi en indikasjon på at MBT på én side er en integrasjon av andre terapiformers forståelse av psykiske lidelser, som igjen understøtter argumentet om at MBT kan anses for å være ikke være spesialisert nok i forhold til behandlingen av psykiske lidelser. På en annen side er APD en personlighetsforstyrrelse, og personlighetsforstyrrelser omfatter nettopp flere problemer, som befinner seg på et følelsesmessig nivå, et kognitiv nivå, og atferdsmessig nivå. Et individs personlighet består ikke utelukkende av enkeltdeler, den består av en integrert helhet, og det er nettopp dette som kan brukes som et argument for bruken MBT i behandlingen av APD. MBT benytter seg av

intervensjoner som baserer på en større helhet, både innenfor den prototypiske modellen, og også i forhold til oppgavens antatte etiologi bak lidelsen.

5.6 Hvordan forholder de ulike terapiretningene seg til angst?

Ettersom angst fremstår som en sentral del av lidelsen APD, vil vi nå undersøke hvordan de ulike terapiretningene forholder seg til angst. Vi har i oppgavens etiologiske avsnitt argumentert for at personer med APD opplever angst på grunnlag av flere ulike faktorer, som trolig har en interagerende effekt. På bakgrunn av at angst ser ut til å være en stor del av individer med APD sin problematikk, vil vi nå undersøke hvordan de ulike terapiretningene forholder seg til dette fenomenet. Oppgavens etiologiske forståelse av angst vil trolig ha en innvirkning på hvilken behandling som fremstår som mest hensiktsmessig i behandlingen av APD. Diskusjonen om angst vil starte med en kort oppsummering av oppgavens etiologiske forståelse av angst. Det vil deretter beskrives hvordan den psykodynamiske, kognitive, interpersonelle og mentaliseringsbaserte terapien forstår angsten til individer med APD. Avsnittet avsluttes med en oppsummering og diskusjon av hvilke av terapiretningene som ser ut til å være mest i overensstemmelse med oppgavens etiologiske forståelse av angst.

5.6.1 Oppgavens etiologiske forståelse av angst.

Ifølge oppgavens evolusjonistiske perspektiv kan en mulig forklaring på angsten individer med APD opplever, være at de har utviklet en kronisk form for ostrakisme. Dette kan være et resultat av at individer med APD har opplevd kontinuerlig ekskludering, og dermed frykter en total sosial utstøtelse. Dette fører til at de har en overdreven sensitivitet ovenfor sosialt truende signaler (jf. 3.2.1.1). Individer med APD sin store skamfølelse kan også være en mulig forklaring på denne angsten, ut fra et evolusjonistisk perspektiv. Skammen individer med APD opplever kan forklares som en adaptiv mekanisme for å få innpass i en gruppe, men på samme

måte som håndteringen av angst gjennom en dysfunksjonell forsvarsstrategi som ostrakisme, kan også skammen individet opplever i samvær med andre mennesker bære preg av en uhensiktsmessig tilbaketrekning.

Ifølge oppgavens biologiske funn kan temperamentstrekket Behavioral Inhibition føre til muskelspenninger, høyere nivå av noradrenalin og kortisol, som kan føre til at personer med dette temperamentstrekket er mer tilbøyelige til å oppleve angst i ukjente situasjoner. Studier av blant annet Biederman et al. (2001) indikerer også en sammenheng mellom Behavioral Inhibition og sosial angst (jf. 3.2.3.1). På samme måte kan også medfødte personlighetstrekk, som nevrotisme og introversjon føre til at personen er mer utsatt for å oppleve negative emosjoner som for eksempel angst, depresjon, irritabilitet, tristhet, vrede og skyldfølelse (jf. 3.2.3.2). Vi har også sett hvordan en lav terskel for aktivering i amygdala og hypotalamus kan føre til høye nivåer av kortisol i HPA-aksen, som blant annet kan føre til at individet feiltolker sosiale situasjoner og interpersonelle relasjoner som farefulle, og etterfølgende opplever angst i slike situasjoner (jf. 3.2.7).

Oppgavens etiologiske utviklingsavsnitt beskriver hvordan en ambivalent tilknytning og negative arbeidsmodeller som kan være et resultat av en foreldrestil preget av intensiv kontroll, kan føre til at individer med APD opplever angst i interpersonelle relasjoner (jf. 3.3.3.1 & 3.3.3.2). Teoriene omkring barnets utvikling argumenterer også i likhet med oppgavens evolusjonistiske teorier for at en patologisk skamfølelse kan være en kilde til angst. Teoriene adskiller seg dog, ved at de utviklingspsykologiske teoriene argumenterer for at barnet kan utvikle patologisk skam på bakgrunn av manglende empatisk respons hos omsorgsgiver, som i barnets verden forklares ved at det er barnet selv som er årsaken til dette, hvilket kan føre til etableringen av komplementære arbeidsmodeller av seg selv som mindreverdige, defekt, sosialt inkompetent, en følelse av utilstrekkelighet og manglende personlig tiltrekning, som igjen kan skape angst i interpersonelle relasjoner (jf. 3.3.4.2). En nedsatt evne til mentalisering, kan føre til at individer med APD overveldes av følelser, som kan oppleves som meget diffuse, angstpregede og kroppslige. Dette kan føre til at de føler seg hemmede i sosiale situasjoner, som kan oppleves som svært pinefullt og angstfremkallende. Dersom individet har en dysfunksjonell mentaliseringsevne kan personen ha vanskelig med å forstå og skape mening av egne

og andres atferd, hvilke kan føre til at de lett kan oppleve å føle seg kritisert og ydmyket av andre personer. Dette fører til at interpersonelle relasjoner oppfattes som svært ubehagelige, hvor stress og arousal-nivået eskalerer og hvor individet har vanskelig for å regulere følelser, og bruker tilbaketrekking som en måte å håndtere angsten på (jf. 3.3.6.1). Måten individer med APD agerer når de opplever mentaliseringssvikt kan påvirke deres atferd, og det interpersonelle samspillet. De opptrer for eksempel ofte som mistenksomme og usikre, som kan ha en innvirkning på hvordan andre oppfatter dem, og kan føre til at den andre personen ikke ønsker kontakt, og avviser dem. Dette fører til at angsten forsterkes, og de velger å trekke seg fra situasjonen.

Oppgavens sosialpsykologiske avsnitt vektlegger hvordan en manglende mestringstro, negative selvskjemaer, og en økt selvbevissthet alle er faktorer som kan føre til at personen utvikler og opplever angst. En manglende mestringstro kan føre til at de evaluerer situasjoner som skremmende, på grunn av deres manglende tro på at de klarer å mestre situasjonen (jf. 3.4.3). Det faktum at individer med APD ofte er svært selvbevisste kan føre til at de i sosiale situasjoner er overoppmerksomme på hvordan andre oppfatter dem og hvordan de selv fremstår, som kan hemme dem i en sosial situasjon, og føre til at sosiale situasjoner oppleves som svært angstvekkende (jf. 3.4.2). Negative selvskjemaer hos individer med APD kan bære preg av en generell sjenerteth og en følelse av sosial mindreverd, i den forstand at de føler at de ikke klarer å interagere med andre mennesker i sosiale situasjoner, eller at de opplever det som ubehagelig å treffe nye mennesker. Dette kan ha en sammenheng med deres nedsatte mentaliseringsevner, hvor de opplever problemer med å lese og forstå seg selv og andre. Individer med APD frykter videre ofte at andre skal gjennomskue dem, eller dele deres negative selvskjemaer. Dette kan også være en konsekvens av deres nedsatte mentaliseringsevner, hvor personer med lidelsen APD ofte kjennetegnet av at de hypermentaliserer, som innebærer at de hele tiden søker etter tegn som bekrefter deres negative selvbilde, som er med på å opprettholde deres negative selvskjemaer, og deres forhøyede angstnivå. Vilkår i dagens samfunn kan trolig også være en medvirkende faktor til at de opplever angst. Dagens samfunn er preget av at individer med APD inngår i flere sosiale relasjoner enn tidligere, noe som kan forsterke følelsen av angst, på grunn av at de opplever vanskeligheter i sosiale situasjoner og relasjoner.

Oppgavens etiologiske avsnitt danner et bilde av hvordan etiologien til personer med APD samlet sett kan føre til at de er mer disponert for å oppleve angst. Biologiske og evolusjonære risikofaktorer kan påvirke deres utviklingserfaringer og mentaliseringsevner. Dette kan igjen få konsekvenser for deres samspill med andre, som samlet sett kan være en mulig forklaring på hvorfor lidelsen APD er såpass kjennetegnet av angst.

5.6.2 En psykodynamisk forståelse av angst

Angst er en affekt som har hatt stor innflytelse på Sigmund Freuds utvikling av psykoanalysen. I Freuds strukturelle modell (1926/1959) beskrives angst som et signal om fare i underbevisstheten (Freud (1926/1959) :i Gabbard, 2005, p. 249 f.). Som respons på fare, mobiliserer individets ego-struktur forsvarsmekanismer som en beskyttelse for å prøve å forhindre uakseptable tanker og følelser fra å nå personens bevissthet (ibid.). Dersom signalet om fare ikke klarer å aktivere personens ego-struktur tilstrekkelig, kan personen oppleve en mer vedvarende angst. Angst konseptualiseres av Freud både som en symptomatisk manifestasjon av en nevrotisk konflikt, og som en slags adaptiv signalfunksjon for å hindre nevrotiske konflikter i å manifestere seg i personens bevissthet (ibid.). Freud anså angsten som en spesiell følelse, fordi den ikke bare gir en advarsel ovenfor en ytre fare, men den aktiveres også ovenfor individets indre følelser og motiver (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 69). Angst plasserer seg som en ego-affekt i Freuds modell. Angst blir i den psykodynamisk forståelsen beskrevet som en affekt som aktiveres av en underliggende uhåndterbar følelse, og som igangsetter forsvarsmekanismer som skal fjerne angsten. Malans (2002) trekant er sentral i forståelsen og arbeidet med angst i den psykodynamiske tradisjonen (ibid., p. 91). Nederst i konflikttrekanten befinner personens skjulte følelser seg. Hos individer med APD kan dette være følelser som for eksempel utilstrekkelighet eller mindreverd. Disse følelsene stammer ofte fra tidligere relasjoner, hvor personen har opplevd ubehag i forbindelse med følelsene, og følelsene har blitt assosiert med angst. Et eksempel på dette kan være en omsorgsperson som kritiserer barnet, dersom det for eksempel gjør feil. Ettersom angst er en ubehagelig følelse, vil barnet forsøke å finne strategier for å unngå følelsen, som fører til en etablering av et forsvar. Personens etablering av

forsvarsmekanismer for truende følelser og etterfølgende angst oppleves som nødvendig for barnet. Et karakteristisk forsvar hos individer med APD er tilbaketrekking, hvor de trekker seg i situasjoner som kan skape den skjulte følelsen, som for eksempel følelsen av utilstrekkelighet. Når disse forsvarsmekanismene blir vedvarende i voksen alder, kan de ifølge Malan (2002) skape de symptomene som individer med APD opplever (ibid.).

Det terapeutiske arbeidet med angst ut fra en psykodynamisk forståelse fokuserer derfor på en forståelse av hvorfor angsten har oppstått, og hvilken funksjon angsten har (jf. 4.2.4.1). Det er fokus på hvordan personen håndterer angsten, og på å forstå hvordan ubevisste prosesser opprettholder angsten. Ved å gjøre personen bevisst på disse prosessene vil individer med APD også oppleve en reduksjon av angsten. I motsetning til den kognitive tradisjonen søker man i en psykodynamisk behandling ikke utelukkende symptomreduksjon, men vektlegger heller en utvikling av personligheten.

5.6.2.1 Oppsummering

I den psykodynamiske tradisjonen, er angst en følelse som representerer fare for individet, og det er videre uttrykk for en indre psykisk konflikt (Gabbard, 2005, p. 249). Angsten personer med APD opplever kan være uttrykk for følelser som personen i tidlig alder måtte undertrykke, for å vedlikeholde relasjonen til sin primære omsorgsgiver. For å unngå angsten, bruker personen forsvarsmekanismer, som for eksempel tilbaketrekking. Angsten i seg selv vurderes ikke som maladaptiv, men det er måten personen håndterer angsten på, gjennom bruken av forsvarsmekanismer. I det terapeutiske arbeidet er det fokus på at klienten oppnår innsikt i hvordan deres maladaptive relasjonelle mønstre fungerer som forsvarsmekanismer mot underliggende følelser som vekker angst (ibid.). Ved bruk av tolkninger av overføring og motoverføringsreaksjoner får terapeuten et bilde av disse ubevisste mønstrene. Gjennom den terapeutiske relasjon og terapeutens aksept og ved å romme klientens følelser, er målet å gi klienten en emosjonell korrigerende opplevelse som kan restrukturere klientens relasjonelle skjemaer. Terapeutens aksept og empati er også med på å gjøre følelsene mindre skamfulle og ubehagelige, og hjelper klienten med å bedre selv romme følelsene sine, fremfor å unngå følelsene.

Angsten konseptualiseres relativt annerledes i den psykodynamisk forståelsen, enn i oppgavens etiologiske avsnitt. Det er likheter mellom forståelsen av erfaringer i tidlig barndom, men den psykodynamiske tradisjonen fokusere i større grad på hvordan dette påvirker personen ubevisst i dag. Det psykodynamiske perspektivet avviser ikke det nevrobiologiske perspektivet om at individet kan inneha predisponerende faktorer for utviklingen av angst, men argumenterer for at opplevelser i barndommen må være tilstede for å utvikle angst (ibid., p. 50).

I forbindelse med behandlingen av angst hos individer med APD gjennom en psykodynamisk tilgang kan man diskutere i hvilken grad de vil ha utbytte av innsiktsorienterte intervensjoner. Ut fra oppgavens etiologiske del kan man argumentere for at individer med APD ikke har tilstrekkelige mentaliseringsevner til å ha utbytte av denne formen for terapi. Dette gjelder spesielt tolkningene i forbindelse med overføring og motoverføring, og forbindelsene i Malans (2002) trekant. En risiko ved slike intervensjoner er pseudomentalisering, hvor klienten vil kunne snakke om mentale fenomener på en relativt god og reflekterende måte, men hvor innholdet ikke har noen kobling til den underliggende affekten, og dermed ikke fører til den ønskede virkningen i terapien (Karterud & Bateman, 2010, p. 102). Individer med APD har også en tendens til å hypermentalisere for å unngå angsten, hvor de i sosiale situasjoner og interpersonelle- og intime relasjoner overdrevent kognitivt avleser andre menneskers sinnstilstander, og attribuerer andre menneskers atferd som å være avvisende, dømmende og kritisk. I en psykodynamisk tilnærming vil man arbeide med dette, om ikke eksplisitt, i overføringsrelasjoner. Et problem som kan oppstå i tolkninger av overføring og motoverføring er dersom klienten er i psykisk ekvivalensmodus, som fører til at personen ikke opplever overføringen ”som-om”, men som virkelige representasjoner, noe som kan oppleves som svært angstprovoserende.

5.6.3 En kognitiv forståelse av angst

Fokuset i den kognitive tradisjonen er at vi opplever angst på grunn av forvrengte forventninger og hypoteser til en gitt situasjonen, som fører til at vi fortolker situasjonen feilaktig. Det er tankene individer med APD har om en situasjon, og ikke selve situasjonen, som fører til at de opplever angst. Tankene individer med APD har

om en situasjon, som for eksempel at situasjonen vil føre til ydmykelse, og tankene de har om seg selv som for eksempel troen på at de ikke mestrer situasjonen, fører til at de opplever angst (Krüger, 2014, avsnitt 24). Ifølge Ebbe Scheel Krüger (2014) vil det ut fra den kognitive tradisjonen ikke bety at angst nødvendigvis skyldes fortrenge behov, følelser eller en utrygg barndom, men i større grad kan ses på som et kognitivt problem, hvor personen feilvurderer en gitt situasjon (ibid., avsnitt 26). Den kognitive tradisjonen vektlegger videre hvordan angst i utgangspunktet er en adaptiv reaksjon, ved at kroppen aktiverer det autonome nervesystemet når individet opplever en reell trussel, slik at kroppens ressurser mobiliseres for å håndtere trusselen. Når en person derimot opplever angst når det ikke er en reell trussel tilstede, skyldes dette en feilpersipering av situasjonen.

I den kognitive forståelsen av angst testes gyldigheten av antagelser som bidrar til angst. I denne terapien blir det altså fokusert på tankeinnholdet. Angsten inneholder 4 elementer:

1. Det første elementet innebærer en subjektiv opplevelse av en trussel. Opplevelsen kan være reell eller innbilt, men utgjør hvordan personen tolker situasjonen kognitivt, og fungerer som en trigger for videre prosesser (Holm & Callesen, 2007, p. 1472).
2. Det andre elementet involverer et følelsesmessig ubehag for personen.
3. Det tredje elementer innebærer en kroppslig reaksjon, som for eksempel høy puls, svette eller anspenhet.
4. Personen opplever katastrofetanker, som for eksempel at de ikke har ressursene til å håndtere situasjonen, og iverksetter sikkerhet-, eller unnvikelsesatferd, for å fjerne ubehaget angsten medbringer. Dette innebærer som regel at personen flykter fra situasjonen, og velger å ikke eksponere seg for situasjonen eller lignende situasjoner ved en senere anledning (ibid.).

5.6.3.1 Oppsummering

Den kognitive forståelsen av angst fokuserer i stor grad på hvordan et individs tankeinnhold er det som fører til angsten, og intervensjonene fokuserer på å endre klientens ubevisste og bevisste tankeinnhold. Behandlingen tar lite hensyn til hvordan klientens affektnivå kan påvirke personens tankeinnhold, og forholder seg

ikke eksplisitt til klientens affektnivå i behandlingen. Den kognitive forståelsen av angst har flere likheter med oppgavens evolusjonistiske forståelse av angst hos individer med APD. I likhet med vår evolusjonistiske forståelse vektlegger også den kognitive tradisjonen hvordan frykt i utgangspunktet er en adaptiv reaksjon, ved at kroppen aktiverer det autonome nervesystemet når individet opplever en reell trussel, slik at kroppens ressurser mobiliseres for å håndtere trusselen. Når en person derimot opplever angst når det ikke er en reell trussel tilstede, skyldes dette en feilpersipering av situasjonen. Det kognitive perspektivet stemmer videre overens med oppgavens biologiske faktorer, ved at høye skårer på personlighetstrekkene introversjon og nevrotisme kan ha en innvirkning på individets bearbeiding av informasjon og emosjoner, samtidig som at personlighetstrekkene har en betydning for oppmerksomhetsprosessering og bearbeidelse av ytre stimuli. For eksempel kan personlighetstrekkene introversjon og nevrotisme føre til en sårbarhet for ytre stimuli og forskjellige opplevelser. Det kan også tenkes at høy grad av nevrotisme fører til en forstyrret selvregulering av oppmerksomheten, hvor individet er utpreget bevisst om seg selv og negativ evaluering fra andre, som kan føre til kroniske angstreaksjoner (Perris & Perris, 2000, p. 110). Den kognitive forståelsen av angst er også i overenstemmelse med oppgavens sosialpsykologiske forståelse av angst, hvor prosesser som lav mestringstro og selvskjemaer, kan føre til at individer med APD opplever angst. En kognitive forståelse av angst for APD er også til dels dekkende i forhold til at individer med APD har nedsatte kognitive evner, ved at de ofte feilvurderer en situasjon som farefull. I henhold til den biopsykososiale modellen for APD kan det også argumenteres for at forekomsten av maladaptive tankemønstre delvis kan forklares som negative opplevelser i oppveksten.

Det problematiske ved den kognitive forståelsen og intervensjonen ved individer med APD sin angst, er at den til dels neglisjerer hvordan angsten de opplever kan påvirke deres metakognitive evner, og terapiformen arbeider ikke med identifisering av individets indre emosjonelle opplevelser. Ut fra oppgavens etiologiske avsnitt ser vi på arbeidet med affekt og affektregulering som svært viktig i den terapeutiske behandlingen av angst hos individer med APD, på grunn av at diagnosen kjennetegnes ved affektiv dysregulering, affektfobi og lav affekttoleranse, som påvirker deres mentaliseringsevner, som er med på å skape den angsten som individer med APD opplever i sosiale og interpersonelle situasjoner og relasjoner.

5.6.4 En interpersonell forståelse av angst

I den interpersonelle forståelsen stammer angsten fra tidligere gjentatte negative erfaringer i interpersonelle relasjoner. Erfaringene er ofte preget av kritikk, ydmykelse, og at det har blitt stilt høye krav til personen. En konsekvens av dette er at individer med APD utvikler et opplever angst i interpersonelle relasjoner, blant annet fordi de er redde for at andre avslører deres inkompetanse. Angsten handler i stor grad om at de skammer seg over hvem de er, og at de er redde for å bli avslørt av andre (Millon et al., 2004, p. 221). Denne angsten påvirker også hvordan de agerer i sosiale situasjoner. Personen blir hypersensitiv ovenfor andres vurderinger, og personens angst kan hemme personens talemåte og deres sosiale evner (Alden & Taylor, 2004, p. 860). Individer med APD forventer videre ofte at andre vil behandle dem på samme måte som de tidligere har blitt behandlet, og har en tendens til å agere på en lignende måte som de har gjort i tidligere relasjoner. Denne atferden påvirker også hvordan andre reagerer og forholder seg til personer med APD, ved at deres atferd kan vekke noen responser i andre. Dersom individer med APD for eksempel forventer å bli avvist, kan dette føre til at de oppfører seg på en måte som fremmer dette, og den andre personen responderer på en avvisende måte. Dette kan skyldes at de har noen forventninger til utfallet i situasjonen, og at situasjonen er angstprovoserende, som påvirker deres atferd i situasjonen. Andres respons og individer med APD sine hemmede sosiale evner i interpersonelle relasjoner og situasjoner fører ofte til at angsten forsterkes, og de trekker seg fra situasjonen for å unngå ubehag, fremfor å konfrontere angsten (Millon et al., 2004, p. 222).

5.6.4.1 Oppsummering

Angsten forstås i den interpersonelle tradisjonen som å være et resultat av tidlige og gjentatte negative interpersonelle erfaringer i utviklingen, som fører til at personen stiller svært høye krav til seg selv, og frykter at andre vil avsløre deres negative selvilde. I terapien fokuserer man på å identifisere hvordan disse erfaringene og følelsene påvirker personen i dag, samt å gi klienten en større forståelse for sin angstproblematikk. Fokuset i IPT er at måten vi relaterer oss til andre på, er formet av tidligere opplevelser i interpersonelle relasjoner. Dette er som regel ubevisst, og

gjennom å bli bevisst på våre relasjonelle mønstre, og innsikt i hvordan disse har oppstått, vil også den angsten personen opplever i interpersonelle relasjoner avta. Det arbeides med hvordan personen selv bidrar til negative interpersonelle interaksjoner gjennom personens atferd og tanker. Gjennom blant annet klient-terapeut relasjonen er målet å endre klientens syn på interaksjonen i interpersonelle relasjoner, som vil bidra til å redusere den angsten de opplever i sosiale og interpersonelle situasjoner. Angsten forstås som en kombinasjon av utviklingsmessige faktorer og sosiale faktorer, som personens selvbilde og hvordan dette påvirker hvordan individer med APD agerer i sosiale relasjoner. I forhold til oppgavens etiologiske funn, passer det interpersonelle synet godt overens med våre funn i oppgavens utviklingsavsnitt. IPT argumenter på samme måte som oss for at personens tilknytningsstil og arbeidsmodeller påvirker hvordan de agerer i senere interpersonelle relasjoner, og hvordan negative erfaringer kan føre til at individet opplever angst. IPT vektlegger også individets egne bidrag til problemer i den interpersonelle relasjonen, på lik linje med oppgavens etiologiske avsnitt om sosialpsykologi.

Den interpersonelle forståelsen tar derimot mindre hensyn til individets refleksive evner i terapien, og hvordan et høyt affektnivå og etterfølgende angst kan påvirke hvordan de oppfatter seg selv og andre i interpersonelle relasjoner. IPT arbeider i likhet med den kognitive terapien mindre spesifikt med personens affektnivå. IPT oppmuntrer dog klienten til å gi uttrykk for sine emosjoner i en spesifikk situasjon, men det fokuserer i større grad på innsikt, og en reduksjon av angst gjennom innsikt i erfaringer og forventninger, og reaksjonsmønstre i nåtidige og tidligere interpersonelle relasjoner. I behandlingen fokuserer IPT i likhet med MBT på identifisering, utforskning og refleksjon omkring følelser i interpersonelle samspill, men har mindre fokus på at klienten kan oppleve mentaliseringssvikt i forbindelse med disse følelsene. Det problematiske ved å ikke samtidig fokusere på individets mentaliseringsevne, er at denne evnen har stor betydning for hvordan personen oppfatter andre, og agerer i interpersonelle relasjoner. Individets mentaliseringsevne har betydning for individets evne til å forså, og forutse egne og andres atferd, hvilket har en avgjørende betydning for individets opplevelse av verden, indre orden og opplevelsen av et koherent selv. Dersom personen har en dysfunksjonell

mentaliseringssevne kan personen ha vanskelig med å forstå og skape mening av egne og andres atferd, hvilke medfører en opplevelse av verden som kaotisk, uforutsigelig og pinefull (Jørgensen, 2009, p. 313). Arbeidet med individets mentaliseringssevner fremstår derfor som en svært viktig del av deres problemer i interpersonelle relasjoner, og ut fra oppgavens utviklingsavsnitt kan det være vanskelig å forbedre deres interpersonelle relasjoner uten å samtidig arbeide med deres mentaliseringssevner.

5.6.5 Angst ut fra en mentaliseringsbasert forståelse

Angsten forstås i den mentaliseringsbaserte tradisjonen som å være et resultat av biologiske faktorer og negative tilknytningserfaringer i tidlig barndom, som kan føre til utviklingen av nedsatte mentaliseringssevner. Negative arbeidsmodeller kan føre til at individer med APD forbinder sosiale situasjoner og relasjoner med angst, noe som igjen påvirker deres mentaliseringssevner i den sosiale situasjonen eller relasjonen.

Med hensyn til tilknytningserfaringer kan dette påvirke individer med APD sin angst på flere måter. For det første kan negative opplevelser i tidlig barndom og en ambivalent tilknytning, føre til at personer med APD opplever sosiale situasjoner som svært skremmende, og angstprovoserende. Dette har en sammenheng med utviklingen av negative arbeidsmodeller, hvor individer med APD ofte har arbeidsmodeller som baserer seg på avvisning, ydmykelse og kritikk, som kan føre til at de også forventer at kritikk og ydmykelse kan forekomme i andre relasjoner (jf. 3.3.3). Individer med APD har ofte vokst opp i miljøer hvor deres følelser kontinuerlig har blitt negativt evaluert, kritisert og avvist, hvilket har resultert i stabile måter å tolke og oppleve interpersonelle relasjoner på som å være farefulle, og som individet er nødt til å forsvare seg mot. For det andre vil negative erfaringer i barndommen, og et ambivalent tilknytningsmønster også ha en innvirkning på utviklingen av deres mentaliseringssevner. Dersom barnet ikke opplever en markert og kongruent speiling fra den primære omsorgsgiver, kan dette føre til at de opplever problemer med deres selv-, og affektregulering. Dette i seg selv kan også være en årsak til at angst er et symptom som preger lidelsen i stor grad, på grunn av at individer med APD muligens har vanskelig for å nedregulere angsten. Manglende

selv-, og affektregulering har videre også en innvirkning på utviklingen av barnets mentaliseringsevner. Nedsatte mentaliseringsevner har som tidligere beskrevet en innvirkning på individets evne til å lese, forstå og skape mening av egne og andres atferd. Dette kan oppleves som svært skremmende, og kan eskalere angsten individer med APD allerede opplever i sosiale situasjoner, som kan føre til mentaliseringssvikt. På grunn av individer med APD sin store frykt for ydmykelse og avvising, fører dette til at de hele tiden er oppmerksomme på slike tegn i sine nære omgivelser, også kalt hypermentalising, for å unngå gjentakelse av tidligere traumatiske opplevelser av å bli kritisert, ydmyket og latterliggjort (jf. 3.3.3). Når individet forventer at en gitt sosial hendelse vil føre til et negativt utfall, kan dette føre til at personen opplever stor angst i situasjonen. Angsten hemmer, eller nedsetter igjen deres mentaliseringsevner ytterligere, og personen går tilbake til tidlige tenkemåter, som ekvivalent tenkning eller teleologisk modus. Dersom personen befinner seg i psykisk ekvivalensmodus kan de ha forestillingen om at andre også ser og deler deres negative selvilde, noe som kan føre til at angsten i den sosiale situasjonen stiger. Hvis personen tenderer mot en teleologisk tenkning, kan et mulig utfall være at de hele tiden søker bekreftelse på at personen i miljøet ikke misliker dem. Dersom de ikke får denne bekreftelsen, kan dette igjen føre til at angsten stiger ytterligere. Til slutt så kan angsten bli så u håndterbar at de velger å trekke seg fra situasjonen, og den negative hendelsen bekrefter deres allerede eksisterende negative arbeidsmodeller. På bakgrunn av deres negative arbeidsmodeller kan angsten individer med APD opplever i sosiale og interpersonelle relasjoner også hindre dem i å oppleve nærhet, kontakt med egne følelser og til å utvikle nære relasjoner. Siden angsten oppleves som svært ubehagelig, kan en annen unngåelsesstrategi være å benytte seg av tenkning i forestillingsmodus, hvor deres forestillingsdannelse er karakterisert av en fysisk virkelighet og psykisk konstruksjon som er adskilt, som fører til at de ikke har adgang til sine egne følelser. Intellektualiseringen fungerer som en indre unngåelse av affekt, fordi kontakten med følelsene oppleves som altfor angstfull.

5.6.5.1 Behandling

Hovedfokuset i en mentaliseringsbasert behandling i forbindelse med angst, er å forbedre personenes mentaliseringsevner, slik at individet i større grad utvikler evnen

til å se på angsten ”ovenfra”, hvor personen skaper mening av sine egne og andres atferd som en meningsfull ytring av indre mentale fenomener som følelser, tanker og verdier. Når individets mentaliseringsevner svikter i en situasjon hvor personen opplever et høyt affektnivå, henholdsvis angst, svikter deres evner til å avlese intensjoner hos seg selv og andre, som igjen fører til at situasjonen oppfattes som skremmende, og angsten øker. Ved å arbeide målrettet med å utvikle og opprettholde mentaliseringen i ”her og nå”- belastende situasjoner, og å arbeide med økt affekttoleranse, kan dette føre til en reduksjon av angsten hos individer med APD. Det terapeutiske arbeidet med angst består i stor grad av at terapeuten hele tiden er oppmerksom og fokuserer på klientens følelser. Ved å fokusere på klientens følelser, som for eksempel angst, kan dette øke individets bevissthet om egne følelsesmessige tilstander, øke toleransen for opplevelsen av angst, samt utvikle en evne til å gi adaptivt uttrykk for sine følelser, slik at angsten ikke er like hemmende for deres mentaliseringsevner. Kombinasjonen av individuell og gruppeterapi er også hensiktsmessig i det terapeutiske arbeidet med angst, fordi individet eksponeres for angsten i interpersonelle relasjoner i gruppeterapien, og øvelse i å håndtere angsten i her og nå-situasjoner sammen med de andre gruppemedlemmene og terapeuten. I den individuelle terapien kan personen arbeide med disse opplevelsene mer inngående.

5.6.6 Oppsummering

Individets mentalisering endres drastisk ved emosjonell aktivering og sosiale situasjoner og relasjoner, hvor angst overtar plassen til individets refleksive evner, sosiale dømmekraft og regulering av negative følelser. Angsten frakobler på denne måten individets mentaliserende funksjoner. Ifølge en mentaliseringsbasert forståelse kan individer med APD sin personlighetsstruktur vurderes som å være svært påvirket av angst, noe som fører til at deres kognisjon preges av katastrofetenkning, høy grad av jeg-bevissthet, engstelse og hypermentalisering. Individets overaktiverte angstsistem påvirker deres følelser nedenfra og opp, slik at individets refleksive evner bryter sammen. Intens angst utløser den anti-mentaliserende kamp eller fluktresponsen, og angsten forsterkes og vedlikeholdes av feilaktig mentalisering, som for eksempel at personen forfaller til før-mentaliserende subjektivitetsmodus, som psykisk ekvivalensmodus eller teleologisk modus. Overordnet kan det konkluderes med at et terapeutisk fokus på å forbedre individets mentaliseringsevner, refleksive

funksjon og affektbevissthet kan bidra til å minske deres angst. Ved at personen tolerer affekten bedre og ikke føler at de blir overveldet av angsten, og at sosiale og interpersonelle situasjoner ikke oppfattes som like angstfremkallende, svekkes ikke individets mentaliseringsevner i like stor grad.

Fordelen ved en mentaliseringsbasert terapi i arbeidet med angsten hos individer med APD, er at den har et gjennomgående fokus på affekten i terapien. Den anerkjenner hvordan individets affektnivå kan ha en innvirkning på deres refleksive evner, og vektlegger dette i det terapeutiske arbeidet. Det arbeides spesifikt med å identifisere og uttrykke klientens indre emosjonelle opplevelser, for å forbedre deres evne til å gjenkjenne, forstå og håndtere vanskelige følelser i relasjon til andre mennesker, og i situasjoner hvor individet er emosjonelt påvirket. Ut fra oppgavens etiologiske avsnitt kan dette virke som en gunstig strategi, ved at den stabiliserer individets angstnivå, og lærer også individet å regulere sitt affektnivå utenfor terapien. Ut fra funnene i oppgavens etiologiske del kan en mulig forklaring på hvorfor personer med APD er så pregede av angst, være at de på bakgrunn av medfødte biologiske risikofaktorer, negative opplevelser i tilknytningsrelasjonen og nedsatte mentaliseringsevner føre til at de har en sårbarhet for å oppleve mentaliseringssvikt. Nedsatte mentaliseringsevner kan føre til en manglende evne til å gjenkjenne, regulere og identifisere egne og andres indre tanker og følelser, hvilket kan føre til en opplevelse av verdenen som skremmende, kaotisk og pinefull, som kan være én mulig forklaring på hvorfor individer med APD opplever så stor angst. Kombinasjonen mellom individuell terapi og gruppebehandling kan være særlig gunstig i behandling av angsten hos individer med APD. I gruppeterapien blir individet direkte eksponert for angsten i interpersonelle relasjoner med de andre gruppemedlemmene, samtidig som gruppeterapien i høy grad synliggjør individets opplevelse av angst og hva som presist trigger angsten. Dette kan man deretter bearbeide mer grundig i den individuelle terapien.

5.6.7 En oppsummerende vurdering av alle terapiretningenes forståelse av angst

Den kognitive forståelsen av angst fokuserer i stor grad på hvordan et individs tankeinnhold er det som fører til angsten, og intervensjonene fokuserer på å endre klientens ubevisste og bevisste tankeinnhold. Behandlingen tar lite hensyn til hvordan klientens affektnivå kan påvirke personens tankeinnhold, og forholder seg ikke eksplisitt til klientens affektnivå i behandlingen. Angsten forstås i den interpersonelle tradisjonen som å være et resultat av tidlige og gjentatte negative interpersonelle erfaringer i utviklingen, som fører til at personen stiller svært høye krav til seg selv, og frykter at andre vil avsløre deres negative selvbylde. Den interpersonelle forståelsen tar derimot mindre hensyn til individets refleksive evner i terapien, og hvordan et høyt affektnivå og etterfølgende angst kan påvirke hvordan de oppfatter seg selv og andre i interpersonelle relasjoner. IPT arbeider i likhet med den kognitive terapien mindre spesifikt med personens affektnivå. I den psykodynamiske tradisjonen er angst en følelse som representerer fare for individet, og det er videre uttrykk for en indre psykisk konflikt. Angsten personer med APD opplever kan være uttrykk for følelser som personen i tidlig alder måtte undertrykke, for å vedlikeholde relasjonen til sin primære omsorgsgiver. For å unngå angsten, bruker personen forsvarsmekanismer, som for eksempel tilbaketrekking. I forbindelse med behandlingen av angst hos individer med APD gjennom en psykodynamisk tilgang kan man diskutere i hvilken grad de vil ha utbytte av innsiktsorienterte intervensjoner. Ut fra oppgavens etiologiske del kan man argumentere for at individer med APD ikke har tilstrekkelige mentaliseringsevner til å ha utbytte av denne formen for terapi. Dette gjelder spesielt tolkningene i forbindelse med overføring og motoverføring, og forbindelsene i Malans (2002) trekant. En risiko ved slike intervensjoner er pseudomentalisering, hvor klienten vil kunne snakke om mentale fenomener på en relativt god og reflekterende måte, men hvor innholdet ikke har noen kobling til den underliggende affekten, og dermed ikke fører til den ønskede virkningen i terapien (Karterud & Bateman, 2010, p. 102). Ifølge en mentaliseringbasert forståelse av angst, henger angsten sammen med biologiske faktorer, negative erfaringer i barndommen, deres nedsatte mentaliseringsevner, nedsatt affektregulering og etterfølgende vanskeligheter i interpersonelle relasjoner. Angsten bearbeides i terapien gjennom et fokus på å øke

deres mentaliseringskapasitet og affektregulering. Dette kan føre til at individer med APD blir bedre til å lese seg selv og andre i sosiale situasjoner, noe som kan minske angsten de opplever i akkurat disse situasjonene.

Ut fra foregående diskusjon fremstår en mentaliseringsbasert forståelse -, og behandling som den terapiformen som er mest gunstig i behandlingen av angst hos individer med APD, fordi den tar hensyn til både individets biologiske komponenter, utviklingshistorie, affektregulering, mentaliseringsevner og hvordan dette påvirker hvordan individet agerer i sosiale situasjoner og relasjoner. Et fokus på deres indre mentale verden i terapien kan være med på å bevisstgjøre hvordan ”feil” i oppfattelsen av seg selv og andre, kan være en stor bidragsyter til den angsten de opplever. Ved å bli bedre til å lese seg selv og andre og gjennom økt affektregulering, kan man trolig redusere den angsten individer med APD opplever. Videre fremstår kombinasjonen mellom individuell og gruppeterapi som særlig gunstig i behandling av angsten hos individer med APD, med hensyn til at de i gruppeterapien får muligheten til å direkte eksponeres for angsten i interpersonelle relasjoner med de andre gruppemedlemmene, samtidig som gruppeterapien i høy grad synliggjør individets opplevelse av angst og hva som presist trigger angsten.

5.7 Oppsummerende refleksjoner i forbindelse med oppgavens diskusjoner

5.7.1 Fem argumenter for bruken av mentaliseringsbasert terapi i behandlingen av individer med APD

I de forutgående diskusjonene har vi diskutert en rekke aspekter ved en mentaliseringsbasert terapiform i behandlingen av APD. Vi har drøftet hvordan en mentaliseringsbasert integrert gruppeterapi og individuell terapi kan være gunstig i behandlingen av APD, og vurdert gyldigheten av å anvende en mentaliseringsbasert

behandling i det terapeutisk arbeidet med lidelsen APD. Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell har også blitt diskutert i forståelsen av APD, og deretter har vi foreslått en modifisert form av Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell med utgangspunkt i redegjørelsen av oppgavens biopsykososiale modell (jf. 3). Oppgavens har også presentert og diskutert de ulike behandlingsformenes syn på angst. Følgende avsnitt inneholder en oppsummering av de nevnte diskusjoner, og en argumentasjon for hvordan disse diskusjonene kan anses å være fem argumenter for at MBT kan være en god behandlingsform i behandlingen av lidelsen APD.

5.7.1.2 MBT sin kombinasjon av individuellterapi og gruppeterapi fremstår som effektiv i behandlingen av APD

Et hovedargument for å benytte MBT i behandlingen av APD ligger i at gruppeterapi og individuell terapi integreres i en MBT behandling. I den mentaliseringsbasert terapien foreligger det en forståelse av at disse to terapiformene ikke skal adskilles, fordi kombinasjonsbehandlingen har en synergieffekt, hvor disse terapiformene komplementerer hverandre. I forhold til APD vises deres kjerneproblematikk seg ofte i individets samspill med andre mennesker. Gruppeterapien som tilbys i MBT kan hjelpe individet til bedre å håndtere interpersonelle relasjoner, som de ofte finner problematiske, og det er en god arena for eksponeringen av deres sosiale angst. Gruppen kan fungere som et speilbilde av den sosiale verden individet lever i til daglig, og personen med APD får dermed muligheten til å interagere med andre mennesker i en trygg kontekst. Gruppen kan dessuten gi tilbakemeldinger og refleksjoner direkte, noe som gjør at personen med APD kan se hvordan deres ofte feilaktige attribusjon oppfattes av andre mennesker på tidspunktet hvor de feilattribuerer. Gruppeterapien gir videre en mulighet for tilbakemeldinger på personer med APD sine følelser og opplevelser, og i denne sammenheng kan de oppleve at andre mennesker også kan dele de samme problematiske følelsene som de selv opplever. Gruppeterapien kan dermed være en slags eksponerings- og treningsarena for mentalisering, hvor individet kan fokusere på mentale tilstander i seg selv og hos andre personer i gruppen. Terapeutens vektlegging av gode rammer for mentalisering gjennom terapeutens støttende og aksepterende væremåte, og

gjennom terapeutens aktive rolle i gruppeterapien i MBT, kan være særdeles gunstig i det terapeutiske arbeidet med lidelsen APD. Når gruppeterapien fungerer som en treningsarena, kan individuellterapi fungere som garderoben hvor terapeuten og klienten snakker om hva som har skjedd i treningsarenaen. Klienten får dermed hjelp i individuellterapien til å reflektere, romme og forstå prosesser som forekommer i gruppeterapien, som kan være angstreduserende. Ved å snakke retrospektivt om hendelser som forekommer i gruppeterapien i den individuelle terapien, kan dette bidra til å stimulere den autobiografiske hukommelsen til individet og deres mentaliseringskapasitet, hvilket kan minke forekomsten av intellektualisering og rigide maladaptive generaliserte forvrengte forventninger av interpersonelle relasjoner.

Bruken av en terapiform som inkluderer både individuell terapi og gruppeterapi kan dermed anses som et argument for en mentaliseringsbasert behandling av APD. Individet får mulighet til å trene opp sine interpersonelle evner i en trygg ramme, der både mentalisering og angstreduksjon vektlegges. Individuellterapien kan videre fremme en metarefleksjon over gruppeprosessen, noe som kan fremme en ytterligere mentalisering.

5.7.1.3 MBT intervensjoner både ovenfor kognisjon og affekt

APD er en lidelse som kjennetegnes av en manglende balanse mellom følelser og fornuft, hvor individet både har en redusert affektregulering og en redusert kognisjon. Personer med lidelsen APD kan overveldes både av følelser og av affekt, og disse er ofte preget av ytterpunkter. Når de er overveldet av kognisjon kan de ofte benytte seg av intellektualisering, generalisering eller gå inn i forestillingmodus. Dersom de er overveldet av affekt kan de gå i et psykisk ekvivalensmodus og oppleve angst. Målet i den mentaliseringsbaserte terapien er å hjelpe individet med å utvikle en balanse mellom følelse og fornuft, slik at individet kan se sine interpersonelle utfordringer i et mer refleksivt perspektiv, uten å overveldes av følelser eller kognisjon.

5.7.1.4 MBT kan anses som en integrering av etiologi og eksisterende behandlingsteknikker

I motsetning til allerede eksisterende behandlingsmodeller kan det argumenteres for at MBT stemmer bedre overens med oppgavens etiologiske funn i forhold lidelsen APD. De andre eksisterende behandlingsmodellene kan muligens være for opptatte av å differensiere seg fra hverandre, hvorav MBT i større grad integrerer eksisterende teknikker, strategier og intervensjonsprinsipper. MBT kan anses som en eklektisk terapiform hvor intervensjonsprinsippene bygger på nevrobiologiske, genetiske, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske teorier bak lidelsen. Dette gjør at lidelsens etiologi og problematikk forstås som det mest vesentlige, fremfor psykoterapeutiske metoder. MBT er en mulig behandlingsmodell, da intervensjonen visker ut de eksisterende psykoterapeutiske forskningstradisjonenes avgrensninger til fordel for behandlingen av lidelsen APD (jf. 4.5.3).

5.7.1.5 MBT intervensjoner ovenfor de vesentligste delområdene i den prototypiske modell

Millon & Davis (1996) sin prototypiske modellen for APD som har blitt beskrevet i denne oppgaven, inkluderer en rekke delområder ved lidelsen som ikke beskrives tilfredsstillende i diagnosesystemene. Vi argumenterer allikevel for at modellen ikke er helt tilpasset lidelsens etiologi, men heller baserer seg på behandlingsmessige overveielser. Dermed foreslår vi en modifisert form av modellen basert på oppgavens redegjørelse for etiologien bak lidelsen APD. Den modifiserte modellen inneholder delområdene ukomfortabelt uttrykk av atferd, aversjonspreget interpersonell opptreden, sensitivt temperament, fremmedgjort/isolert selvilde og urolig/forvirret kognitiv stil. Av de behandlingsformene som vi har redegjort for i Del 4 fremstår MBT å være den behandlingsmetoden som tar mest hensyn til alle delområdene i den modifiserte prototypiske modellen.

Gjennom en mentaliseringsbasert behandling kan individer med APD styrke deres mentaliseringsevner, og samtidig bli bedre på å regulere sine affekter. Resultatet av mer velfungerende mentaliseringsevner kan gjøre individet bedre i stand til å håndtere interpersonelle relasjoner, da de vil få en bedre evne til å reflektere over

selve relasjonen. Dette kan gjøre at en aversjonspreget interpersonell opptreden reduseres, da en bedre refleksiv evne kan hjelpe individet med å regulere sine affekter, som igjen senker angstnivået. Individet med APD kan også redusere sin ukomfortable uttrykkelse av adferd, ved at de ikke lenger fokuserer på hvordan de fremstår i en relasjon eller situasjon, men heller fokusere på interaksjonen mellom mennesker. Dette kan også påvirke individer med APD sitt selvbilde, da de kan oppnå høyere grad av mestringsfølelse i sosiale situasjoner. Dette kan bidra til å moderere deres følelse av å være fremmedgjort og isolert, ved at de er bedre til å håndtere interpersonelle samspill. MBT kan også bidra til å regulere individets sensitive temperament, hvilket igjen kan øke deres evne til å håndtere angst og belastende interpersonelle relasjoner på en mer hensiktsmessig måte. En god mentaliseringsevne kan også skape en endring i deres urolige kognitive stil, ved at de i større grad kan avlese og forstå andre menneskers handlinger i lys av deres indre mentale verden, men også øke individet evne til å forstå egne følelser og intensjoner.

5.7.1.6 MBT sin angstforståelse passer bedre overens med lidelsens etiologi

Vi har i oppgaven argumentert for at angst er en stor del av lidelsen APD, og vi har i denne sammenheng diskutert hvordan psykodynamisk-, kognitiv-, interpersonell og MBT behandler og forstår forekomsten av angst hos individer med APD. Som det fremgår i diskusjonsavsnittet er angst et resultat av et interagerende samspill mellom ulike etiologiske faktorer. De biologiske og evolusjonære risikofaktorene kan påvirke barnets utviklingserfaringer og etableringen av gode mentaliseringsevner, som igjen kan få konsekvenser for sosialt samspill i voksen alder. MBT fremstår som å være den behandlingsmetoden som er best tilpasset oppgavens etiologiske forståelse av angst. Ut fra kognitive adferdsterapi er angsten hos individer med APD et resultat av personens tankeinnhold, og vektlegger i mindre grad hvordan personens affektnivå kan påvirke individets informasjonsprosessering. Den interpersonelle behandlingsmodellen argumenterer for at angst er et resultat av tidlige og gjentatte negative interpersonelle erfaringer i individets utvikling, men den tar mindre hensyn til et høyt affektnivå, og hvordan dette kan påvirke individets refleksive evner. I den psykodynamiske behandlingsmodellen blir angst forstått som en affekt som

representerer en fare for individet, og den kan anses som et uttrykk for en indre psykisk konflikt. En mulig problemstilling ved en psykodynamisk tilgang og behandling av angst er at intervensjonene vektlegger innsikt og forståelse av hvordan fortidige objektrelasjoner forklarer forekomsten av angst hos individer med APD. I det terapeutisk arbeidet med personer som har en nedsatt mentaliseringsevne, kan fokus på ubevisste prosesser muligvis føre til et høyt affektnivå og forekomst av angst, fordi individet ikke har de refleksive evnene til å håndtere intervensjonene. Angst i MBT forstås som å ha en opprinnelse i biologiske faktorer og negative tilknytningserfaringer i tidlig barndom, som medfører at individet opplever angst i interpersonelle relasjoner hvor tilknytningsmønsteret aktiveres. Angst hindrer eller nedsetter individets mentaliseringsevne, hvilket medfører at individet hyppig kan forfalle til ikke-mentaliserende funksjonsmodus. Dette kan føre til at personen har vanskeligheter med å lese, forstå og skape mening av egen og andres atferd. På grunn av denne vektleggingen av både mentaliseringsevnen og affektreguleringen i terapien kan det argumenteres for at MBT er den terapiformen som passer best i behandlingen av angsten individer med APD opplever.

5.7.2 Oppsummering

Vi har i følgende avsnitt redegjort for fem argumenter for bruken av mentaliseringsbasert terapi i behandlingen av APD. For det første kan det argumenteres for at MBT sin kombinasjon av gruppeterapi og individuell terapi er gunstig i arbeidet med APD. Gruppeterapien utgjør en eksponerings- og treningsarena for mentalisering, som også synliggjør problematikken som individet kan arbeide med mer inngående i den individuelle terapien. For det andre intervensjoner MBT ovenfor både affekt og kognisjon, hvilket inngår som en sentral del av problematikken til individer med APD. For det tredje er MBT en integrert terapiform, som inkluderer terapeutiske intervensjoner og strategier fra de andre terapeutiske retningene, som er særlig tilpasset den psykiske lidelsens beskaffenhet. For det fjerde kan det argumenteres for at MBT i motsetning til de andre terapeutiske retningene, er tilpasset alle delområdene i den modifiserte prototypiske modellen for APD. For det femte kan det argumenteres for at mentaliseringsbaserte intervensjoner direkte intervensjoner ovenfor forekomsten av angst, som er tilpasset etiologien bak

lidelsen APD. Overordnet konkluderer vi med at MBT anses som den best egnede behandlingsformen i det terapeutisk arbeidet med lidelsen APD.

6. Konklusjon

Oppgaven tar utgangspunkt i følgende problemformulering:

Hva kjennetegner personlighetsforstyrrelsen Avoidant Personality Disorder, og hvordan kan vi med utgangspunkt i biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske teorier forstå utviklingen og forekomsten av lidelsen? Hvilke behandlingsformer finnes det i dag, og kan man anvende Mentaliseringsbasert Terapi i behandlingen av individer med lidelsen Avoidant Personality Disorder?

I oppgavens innledning har vi identifisert oppgavens problemfelt, og de aktuelle problemstillinger vi ønsket å arbeide med i oppgaven. Som det fremgår innledningsvis er diagnosen Avoidant Personality Disorder en lidelse som har en høy prevalens, og diagnosen er forbundet med lav livskvalitet, alvorlig psykososial hemning, lavt selvbilde, interpersonelle problemer og nedsatt funksjonsevne. Til tross for at lidelsen har en høy prevalens, er diagnosen i dag lite synlig i psykiatrien og det er utført relativt få behandlingsundersøkelser som viser prognostiske faktorer for behandling og forløp for lidelsen.

Del 2 av oppgaven omhandler følgende del av problemformuleringen: *Hva kjennetegner personlighetsforstyrrelsen Avoidant Personality Disorder?* Det har blitt redegjort for diagnosen Avoidant Personality Disorder i DSM-V, og Millon & Davis (1996) sin prototypiske modell for APD. Med utgangspunkt i diagnosekriteriene i DSM-V, og Millon & Davis (1996) sin modell kjennetegnes lidelsen av en stor frykt for kritikk og avvisning, et lavt selvbilde, store interpersonelle problemer, unngåelse av sosiale situasjoner, og isolasjon. Videre har det blitt diskutert hvilke definisjons- og klassifikasjonsproblemer som er forbundet med anvendelsen av DSM-V i diagnostiseringen av lidelsen APD, og det har blitt diskutert mulige konsekvenser i videre behandlingssammenheng. Overordnet konkluderer vi med at anvendelsen av diagnosemanualen DSM-V som tar utgangspunkt i lidelsens deskriptive fremtredelsesformer og symptomer, hindrer en mer omfattende forståelse av lidelsen

APD. Vi argumenterer overordnet for at det er viktig å identifisere etiologien, sykdomsforløpet, samt få en forståelse for lidelsen og problematikken til individer med APD. Dette er nødvendig i vurderingen av hvilken behandlingsmodell, intervensjonsprinsipper og strategier som er særlig egnede i behandlingen av lidelsen APD.

I oppgavens Del 3 redegjør vi for etiologien til lidelsen APD, og besvarer følgende del av problemformuleringen; *Hvordan kan vi med utgangspunkt i biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske teorier forstå utviklingen og forekomsten av lidelsen APD?*. Overordnet forankrer vi oss i en vitenskapsteoretisk forståelsesramme som avspeiler realisme. De tre psykologiske domenene beskjeftiger seg med avgrensede deler av fenomenet APD, som inngår i resonante forbindelser med hverandre. Vi har valgt å redegjøre for de tre psykologiske domenene, fordi vi mener biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer inngår i gjensidige sammenhenger med hverandre, hvor de sammen er avgjørende for å oppnå en helhetlig forståelse av den psykiske lidelsens beskaffenhet. Vi interesserer oss for etiologien og manifestasjoner som ligger bak individer med APD sine symptomer.

De biologiske risikofaktorene som vi har beskrevet utdyper hvordan et medfødt hypersensitivt temperament og personlighetstrekkene introversjon og nevrotisme, lav fryktterskel, et oversensitivt stressresponssystem og nevrofysiologiske prosesser utgjør biologiske mulighetsbetingelser, som kan føre til at personen har en medfødt sårbarhet for utviklingen av lidelsen APD. Biologiske risikofaktorer inngår i en dynamisk interaksjon og samspill med omgivelsene. Et medfødt hypersensitivt temperament og høy grad av nevrotisme og introversjon i resonans med individets opplevelse av omverdenen og erfaringer i tilknytningsrelasjonen, som igjen er i resonans med utviklingen av personens indre psykiske struktur som etableringen av tilknytningsmønster, indre arbeidsmodeller, affektregulering og mentalisering.

Utviklingspsykologiske risikofaktorer har utvilsomt en avgjørende betydning for utviklingen av en sårbarhet for APD. Utviklingspsykologiske risikofaktorer vektlegger hvordan negative erfaringer i barnets tidlige interaksjon og tilknytningserfaringer med barnets primære omsorgsgiver kan føre til utviklingen av

en usikker ambivalent tilknytning og dannelsen av negative indre arbeidsmodeller og patologisk skam. Dette kan underminere individets utvikling av mentaliseringsevnen, individets affektregulering og individets opplevelse av et koherent og sammenhengende selv, som samlet sett kan utgjøre risikofaktorer for utviklingen av APD. Barn som har blitt utsatt for intensiv kontroll, ydmykelse, latterliggjørelse og avvisning i tilkynningsrelasjonen kan danne indre arbeidsmodeller av seg selv som mindreverdige og sosialt inkompetente, og av andre personer som kilder til ydmykelse, smerte og avvisning. Dette innebærer at når personer med lidelsen APD er i interpersonelle relasjoner eller situasjoner hvor tilknytningssystemet aktiveres eller affektnivået blir for høyt, forfaller personen hurtig til ikke-mentaliserende modus som psykisk ekvivalensmodus, forestillingsmodus eller teleologisk modus. De utviklingspsykologiske risikofaktorene er avgjørende i forståelsen av lidelsen APD, ved at de forklarer hvordan individets særlige livshistorie og utviklingsmuligheter har innvirkning på hvordan personen opplever interpersonelle relasjoner og situasjoner i voksen alder.

Oppgavens sosialpsykologiske teorier gir innsikt i hvordan samspillet mellom individets mentale fenomener i relasjon til menneskelig sosial interaksjon og samfunnet generelt, kan føre til utviklingen og opprettholdelsen av lidelsen APD. Størsteparten av det man ser på som såkalt abnormal sosial atferd, blant annet ved APD, er det ifølge en sosialpsykologisk tilnærming egentlig forstyrrede eller overdrevne mønstre av normale atferdsmønstre. Individer med APD sin overdrevne selvbevissthet og lav grad av mestringstro kan hemme deres sosiale samspill og dermed fungere som mulige risikofaktorer for utviklingen av lidelsen APD. Ifølge oppgavens sosialpsykologiske teorier har individer med APD negative selvskjemaer, som blir opprettholdt gjennom atferd som er med på å bekrefte disse negative selvskjemaene. De sosialpsykologiske risikofaktorer gir også innsikt i hvordan kulturhistoriske mulighetsbetingelser i dag stiller større krav til individets mentaliseringsevner, ved at personen inngår i flere og løsere relasjoner, og at personens utvikling av et selv i stor grad er avhengig av disse relasjonene. Dette kan føre til at individer med APD er mer sårbare, på bakgrunn av at de muligens opplever mindre sosial støtte enn tidligere. Sosialpsykologiske risikofaktorer gir innsikt i hvordan individet sosiale interaksjon og sosiokulturelle rammebetingelser kan utgjøre risikofaktorer for utviklingen og opprettholdelsen av APD.

I besvarelsen av oppgavens problemformuleringen Del 3 konkluderer vi med at utviklingen av APD er et resultat av et fortløpende dialektisk samspill og interaksjon mellom individet og biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer, som utgjør en biopsykososial interaksjon. De tre teoretiske forskningstradisjoner utgjør selvstendige, men samtidig vesentlige perspektiver for å oppnå en forståelse for etiologien bak lidelsen APD.

I Del 4 av oppgaven redegjøres det først for de mest anvendte psykoterapeutiske behandlingene av lidelsen APD, herunder en innføring i grunnprinsippene ved Psykodynamisk-, Kognitiv-, og Interpersonell terapi i behandling av lidelsen APD. Deretter følger det en redegjørelse for prinsippene bak Mentaliseringsbasert terapi, og hvorvidt denne terapiformen er egnet i behandlingen av lidelsen APD. Vi anvender etiologien bak lidelsen som evidensgrunnlag i vurderingen av hvorvidt de forskjellige behandlingsmodellene, strategiene og intervensjonsprinsippene er tilpasset den psykiske lidelsens beskaffenhet, og i hvilken grad de er hensiktsmessige i behandling av lidelsen APD. Oppgavens Del 4 besvarer dermed følgende del av problemformuleringen: *Hvilke behandlingsformer finnes det i dag, og kan man anvende Mentaliseringsbasert Terapi i behandlingen av individer med lidelsen Avoidant Personality Disorder?*

I vurderingen av i hvilken grad psykodynamisk terapi egner seg i behandlingen av personer med APD konkluderer vi overordnet med at tradisjonell psykodynamisk behandling som fokuserer på ubevisste prosesser og konflikter, innsiktsfokusede tolkninger og anvender overførings-, og motoverføringsreaksjoner med henblikk på å oppnå innsikt i hvordan fortiden influerer nåtiden gjennom en ubevisst gjentakelse av tidligere relasjonsmønstre, fremstår som mindre effektivt i det terapeutisk arbeidet med individer med APD som har en nedsatt mentaliseringsevne.

I vurderingen av hvorvidt kognitiv terapi egner seg i behandlingen av individer med lidelsen APD konkluderer vi overordnet med at kognitiv terapi trolig er for ensidig fokusert på klientens tankeinnhold, med fokus på intervensjoner som tankeregistrering, den sokratiske dialog og eksponeringstrening, og vektlegger dermed klientens affektnivå i mindre grad. Dette kan være problematisk hos

individer med APD, på grunn av at de er preget av en lav affektregulering, og hvor et høyt affektnivå kan føre til mentaliseringssvikt, og klienten mangler ressursene til å arbeide på et metakognitivt nivå.

I vurderingen av i hvilken grad interpersonell terapi egner seg i behandlingen av personer med APD konkluderer vi overordnet med at ut fra funn i oppgavens etiologiske del, vil et ensidig fokus på vanskeligheter i interpersonelle relasjoner trolig ikke være tilstrekkelig i behandlingen av APD. Dette skyldes at problemene deres ofte er mer sammensatte, og er et resultat av biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske faktorer. I likhet med den kognitive og psykodynamiske terapien arbeider den interpersonelle terapien heller ikke spesifikt med reguleringen av klientens affektnivå i terapien, noe som oppgavens etiologiske avsnitt viser kan være gunstig. Den interpersonelle terapiformen kan også kritiseres for et for ensidig fokus på interpersonelle problemer, som kan føre til at viktige andre symptomer ved lidelsen neglisjeres, som for eksempel personens lave selvbylde, og store skamfølelse.

I vurderingen av i hvilken grad en mentaliseringsbasert behandlingsmodell og intervensjonsprinsipper er effektive i behandlingen av lidelsen APD, konkluderer vi med utgangspunkt i redegjørelsen for den biopsykososiale modell for utviklingen av lidelsen APD, med at en mentaliseringsbasert behandlingsmodell er tilpasset den psykiske lidelsens beskaffenhet. En nedsatt mentaliseringsevne er sentral i forståelsen og forekomsten av lidelsen APD. I mentaliseringsbasert terapi arbeider man med å fremme individets mentaliseringsevne, refleksive funksjon og affektbevissthet. Gjennom å arbeide med å identifisere og uttrykke individer med APD sine indre emosjonelle opplevelser og aktuelle mentale tilstander i her-og-nå situasjoner i individuell terapi og gruppeterapi, kan dette øke individer med APD sine evner til å verbalisere og forstå egne indre mentale tilstander og følelsesmessige reaksjoner, men stimulerer også individets evne til å forstå andre mennesker og mellommenneskelig samspill. En Mentaliseringsbasert behandlingsmodell kan gjennom dette forhåpentligvis bidra til å redusere det vedvarende mønsteret til individer med APD av tilbaketrekningsatferd, og bedre deres sosiale og interpersonelle fungering, og selvforståelse.

Overordnet konkluderer vi med at de psykodynamiske, kognitive og interpersonelle behandlingsmodellene muligvis ikke er tilstrekkelig tilpasset etiologien til lidelsen APD. Vi argumenterer for at det i det terapeutisk arbeidet med lidelsen APD i større grad er viktigere å integrere terapeutiske teknikker, strategier og intervensjonsprinsipper på tvers av de ulike terapeutiske forskningstradisjonene, som er tilpasset individets lidelse og etiologi. Med utgangspunkt i redegjørelsen for etiologien og redegjørelsen for MBT i arbeidet med APD, er det grunnlag for å argumentere for at mentaliseringsbaserte intervensjonsprinsipper, holdninger og strategier er mer tilpassede i behandlingen av individer med APD sin problematikk og etiologi, og fremstår dermed som effektiv i behandlingen av lidelsen APD.

I forlengelse av oppgavens etiologiske del, og redegjørelsen for hvilke psykoterapeutiske behandlingsformer som er aktuelle i dag, diskuterer vi i oppgavens Del 5 hvorfor en kombinasjonen av individuell og gruppeterapi i MBT er effektiv i behandlingen av APD, våre overveielser i forbindelse med bruken av MBT i behandlingen av APD, evidensparadigmets innflytelse på psykoterapifeltet, i hvilken grad de ulike behandlingsmetodene tar hensyn til lidelsens etiologi ut fra Millon & Davis (1996) sin modell, og de ulike terapiretningenes forståelse av angst. Diskusjonen ble deretter avsluttet med en oppsummering som argumenterer for bruken av MBT i behandlingen av APD.

I diskusjonen vedrørende hvorvidt en kombinasjonen av individuell og gruppeterapi i MBT er effektiv i behandlingen av APD, konkluderer vi overordnet med at dette er en god behandlingsstrategi. Gruppeterapien utgjør en eksponerings- og treningsarena for mentalisering, hvor kjerneproblematikken til individer med APD kommer til uttrykk i deres samspill med de andre gruppemedlemmene. Gruppeterapien kan fungere som et slags mikrokosmos hvor individets interpersonelle problemer aktiveres, eksponeres og hvor individet i en kontekst av en trygg relasjon kan utforske disse i ”her og nå” situasjoner i gruppeterapien, hvilket stimulerer individets mentaliseringsevne. Ved å gjennomgå hendelser fra gruppeterapien hvor klienten føler seg misforstått, tilsidesatt, avvist, kritisert eller negativt evaluert i den individuelle terapien, kan deres svekkede mentaliseringsevne utfordres og stimuleres.

I diskusjonen vedrørende våre overveielser for MBT argumenter vi for at en nedsatt mentaliseringsevne er avgjørende i forståelsen og behandlingen av APD, på bakgrunn av at lidelsens beskaffenhet kjennetegnes ved en manglende balanse mellom følelser og fornuft, hvor individet både har en redusert affektregulering og en redusert kognisjon. MBT sine terapeutiske teknikker som retter seg mot å øke individets mentaliseringsevne og affektbevissthet, kan føre til at individer med APD utvikler en balanse mellom emosjoner og kognisjon, hvilket igjen forsterker deres evne til å inngå i meningsfulle relasjoner med andre mennesker.

I forbindelse med innføringen av en mentaliseringsbasert manualisert behandling kan det på ene siden være positivt fordi det kan bidra til å gi klienten en kvalitetssikring i behandlingen. På den andre siden kan det virke negativt dersom det hindrer terapeuten i å være kritisk i sine intervensjoner og neglisjerer viktigheten av refleksjon i-, og over handling. Med utgangspunkt i oppgavens etiologiske avsnitt og oppgavens behandlingsavsnitt argumenter vi for at bruken av manualbaserte behandlingsformer må ta hensyn til den enkelte klients symptomer og lidelsens etiologi.

I diskusjonen om den mest anvendelige behandlingsformen for APD, basert på den prototypiske modell for APD har vi diskutert hvorfor MBT kan være et alternativ til eksisterende behandlingsmodeller av APD. Det fremgår av diskusjonen at MBT er den behandlingsmodellen, som tar mest hensyn til Millon & Davis (1996) sin modifiserte modell. MBT fremstår å være et godt alternativ til de andre behandlingsmodellene, siden den tar hensyn til alle delområder i den modifiserte prototypiske modell.

I oppgavens diskusjon om hvordan de ulike terapiretningene forholder seg til angst konkluderer vi overordnet med at en mentaliseringsbasert behandling fremstår som den terapiformen som er mest gunstig i behandlingen av angst hos individer med APD. Dette er på bakgrunn av at terapiformen tar hensyn til både individer med APD sine biologiske komponenter, utviklingshistorie, affektregulering, mentaliseringsevner og hvordan dette påvirker hvordan individer med lidelsen APD agerer i sosiale situasjoner og relasjoner. MBT sitt terapeutiske fokus på deres indre

mentale verden i terapien kan være med på å bevisstgjøre hvordan mentaliseringssvikt og etterfølgende vanskeligheter med å lese og forstå seg selv og andre, kan være en stor bidragsyter til den angsten personer med APD opplever. Ved å bli bedre til å lese seg selv og andre, og gjennom økt affektregulering, kan man trolig redusere angsten til individer med APD. Kombinasjonen av individuell- og gruppeterapi i en mentaliseringsbasert behandling fremstår også som særdeles egnet i arbeidet med individer med APD sin angstproblematikk.

Avslutningsvis konkluderer vi med at utviklingen av lidelsen APD er et resultat av et fortløpende dialektisk samspill og interaksjon mellom individet og biologiske-, utviklingspsykologiske og sosialpsykologiske risikofaktorer. Med utgangspunkt i oppgavens etiologiske redegjørelse, behandlingavsnittene og oppgavens diskusjoner konkluderer vi med at man kan anvende Mentaliseringsbasert Terapi i behandlingen av personer med lidelsen Avoidant Personality Disorder. MBT sin kombinasjon av individuellterapi og gruppeterapi fremstår som effektiv i behandlingen av APD, MBT intervensjoner både ovenfor kognisjon og affekt, MBT kan anses som en integrering av etiologi og eksisterende behandlingsteknikker, MBT intervensjoner ovenfor de vesentligste delområdene i den modifiserte prototypiske modell og MBT sin angstforståelse er i overensstemmelse med lidelsens etiologi.

7. Perspektivering

Et forslag til en empirisk undersøkelse av mentaliseringsevnene til personer med lidelsen APD, og hvorvidt man kan anvende Mentaliseringsbasert Terapi i behandlingen av individer med lidelsen Avoidant Personality Disorder.

I denne avsluttende delen av oppgaven ønsker vi å perspektivere oppgavens teoretiske funn. Oppgaven er en teoretisk besvarelse på spørsmålet om MBT kan benyttes i behandlingen av lidelsen APD. Vi har i oppgaven redegjort for ulike risikofaktorer for utviklingen av APD, og hvilken behandlingsform som vil være mest hensiktsmessig ut fra lidelsens etiologi. På bakgrunn av dette argumenterer vi for at en mentaliseringsbasert behandling er et mulig alternativ til allerede eksisterende behandlingsformer. Til tross for at disse påstandene er teoretisk fundert

i allerede eksisterende teorier, kan oppgaven kritiseres for å mangle egen empiri. Empiri hadde muliggjort en verifikasjon, eller falsifisering av våre påstander, og på denne måten etterfulgt et positivistisk vitenskapsideal (Coolican, 2009, p. 49). Uten å gå nærmere inn på diskusjonen om hva som er *korrekt* evidens, så kreves det ofte effektbasert evidens av behandlingsformer som benyttes i behandlingen av psykiske lidelser. Dette kravet fremsettes ofte av statlige institusjoner eller forsikringsselskaper for å gi best mulig behandling av en lidelse (jf. 5.3.1.). En fremtidig forskning på MBT i behandlingen av APD kan på et tidspunkt være nødt til å frembringe denne typen evidens. Det kan være fordelaktig for både terapeut og klient, men også for eksterne institusjoner som i større grad er nødt til å ta økonomiske hensyn til valg av behandling.

Vi ønsker med denne perspektivering å gi et forslag på hvordan et mulig empirisk studie av MBT i behandlingen av lidelsen APD kan utformes. Målet er ikke å definere et forskningsdesign, men derimot å vise hvordan vi kan teste våre teoretiske overveielser empirisk, gjennom to mulige studier. Det første studiet innebærer en empirisk undersøkelse av hvorvidt individer med APD har nedsatte mentaliseringsevner. Det andre studiet innebærer en undersøkelse av individer med APD sin mentaliseringsevne før og etter endt mentaliseringsbasert behandling, for å empirisk undersøke oppgavens problemformulering, Del 3: *kan man anvende Mentaliseringsbasert Terapi i behandlingen av individer med lidelsen Avoidant Personality Disorder?*

Vi har i oppgaven beskrevet hvordan en mentaliseringsbasert behandling kan være effektiv i den terapeutiske behandlingen av APD, og det har videre blitt diskutert hvorfor MBT kan være et alternativ til eksisterende behandlingsmetoder av lidelsen. Redegjørelsene og diskusjonene vedrørende en mentaliseringsbasert behandling av lidelsen APD har i oppgaven blitt begrunnet i oppgavens etiologi, hvor vi overordnet argumenterer for at utviklingen av APD skyldes en biologisk sårbarhet, utfordringer og erfaringer i individets oppvekst og vedlikeholdende faktorer i voksen alder. Samlet sett så kan disse faktorene resultere i en nedsatt mentaliseringsevne og svekket affektregulering. En mulig måte å teste denne påstanden på, er gjennom en undersøkelse av individets refleksive funksjon. En refleksiv funksjon er et annet ord for mentalisering, operasjonalisert med henblikk på forskning (Allen et al., 2010, p.

78). Skalaen *Reflective Functioning Scale* (RFS) har blitt utarbeidet for å vurdere individets refleksive evne (Fonagy et al., 1998, p. 4). Skalaen brukes til å vurdere kvaliteten av individets mentaliseringsevner i forbindelse med *Adult Attachment Interview* (Allen et al, 2010, p. 78). Skalaen skal fastsette individets refleksive evne eller mentaliseringsevne på en skala fra 1-9. Nivå 1 tilsvarer en fullstendig mangel på mentalisering (Katznelson, 2014, p. 108). Nivå 9 tilsvarer en eksepsjonell mentaliseringsevne, hvor personen har en forståelse av komplekse mentale tilstander (ibid.). Individets refleksive evner har blitt målt i en rekke psykiatriske populasjoner, hvor det viser seg at individer med mer alvorlige lidelser som borderline personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser oftere skårer lavere på skalaen (Katznelson, 2014, p. 111f). Det er også blitt gjennomført studier hvor refleksiv funksjon har blitt målt både før og etter endt behandling (ibid., p. 113f). I tillegg til å undersøke den overnevnte refleksive funksjon, kan det være hensiktsmessig å undersøke individets tilknytningsstil. Dette er relevant, da tilknytningsstilen også har en forbindelse til individets affektregulering. Tilknytningsstilen til en person er ofte den samme både som barn og voksen, og det finnes som nevnt måter å vurdere denne tilknytningsstilen. Et review gjennomført av Taylor et al. (2015) har gjennomgått en rekke studier, som har undersøkt voksnes tilknytningsstil (ibid., p. 234). De oppdaget at de fleste studiene viste en økning i tilknytningsrepresentasjoner etter terapi (ibid.). Klientene opplevde en fremgang i trygg tilknytning gjennom terapi, og noen så ut til å få en reduksjon i tilknytningsangst (ibid.).

I undersøkelsen av vår påstand om at individer med APD har en nedsatt mentaliseringsevne kan skalaen *Reflective Functioning Scale* (RFS) benyttes for å vurdere individer med APD sin mentaliseringsevne. En vurdering av deres refleksive evner kan være hensiktsmessig for å vurdere hvorvidt MBT er en effektiv behandlingsmetode i behandlingen av lidelsen APD, da det har blitt vist gode resultater ved bruken av MBT hos andre klientgrupper som har nedsatte mentaliseringsevner. Vi har i oppgaven beskrevet de terapiformene som er aktuelle i dag i behandlingen av APD. Vi har i oppgaven videre argumentert for at disse behandlingstilnærmingene trolig er mindre effektive i behandlingen av APD, på bakgrunn av deres nedsatte mentaliseringsevner og svekkede affektregulering. Dersom mentaliseringsevnen til individer med APD skulle vise seg å ligge på et høyere nivå enn eksempelvis borderline personlighetsforstyrrelse eller

spiseforstyrrelser, kan det vise seg at de andre behandlingsmodellene vi har redegjort for i oppgaven kan vise seg å være effektive i behandlingen av lidelsen APD. Det kan også være av interesse å undersøke tilknytningsstilen til personer med lidelsen APD. Vi har i oppgaven argumentert for at individer med APD trolig har en engstelig ambivalent tilknytningsstil, og dette kunne vi fått avkreftet eller bekreftet gjennom et adult attachment interview.

Et annet alternativ til en empirisk undersøkelse av effekten av mentaliseringsbasert terapi i behandlingen av APD, er å undersøke hvorvidt MBT forbedrer klientens mentaliseringsevner etter endt terapi. Resultater av et studie utført av Levy et al. (2006) viser at borderlinepasienter forandret sin skåre på den refleksive funksjonsskalaen fra 2.86 til 4.11 etter endt terapi (ibid., p. 1036). Dette gir en indikasjon på at den refleksive evnen ble forbedret etter endt terapi. Studiet kan likevel ikke generaliseres til en MBT behandling av APD, ettersom pasientene i studiet ble behandlet med en modifisert psykodynamisk terapiform, og studiet ble utført på pasienter med en Borderline Personlighetsforstyrrelse (ibid., p. 1031). Til tross for dette kan det argumenteres for at APD og Borderline Personlighetsforstyrrelse har likheter med tanke på at begge personlighetsforstyrrelsene trolig kjennetegnes av nedsatte mentaliseringsevner og en svekket affektregulering. Ved å måle individer med APD sine refleksive evner ved bruk av Reflective Functioning Scale før og etter endt mentaliseringsbasert behandling, kan dette gi en indikasjon på om personer med APD fikk forbedrede mentaliseringsevner etter endt terapi. Vi kunne også i denne sammenheng vurdert individets tilknytningsstil før og etter endt terapi, for å undersøke hvorvidt individets tilknytningsstil endres gjennom en mentaliseringsbasert behandling.

De nevnte forslagene til fremtidige undersøkelser kan videreutvikles, og gjøres mer avanserte enn eksemplene vi har oppgitt. Likevel kan de anses som forslag for å videreutvikle forskningen vedrørende APD, og en mentaliseringsbasert behandling av denne lidelsen. Vi har i denne oppgaven tatt et skritt i å videreutvikle forståelsen av denne lidelsen, og mulige alternative behandlinger til de som eksisterer i dag. Forslagene til videre utforskning av MBT i behandling av APD kan anses som neste skritt.

8. Referanseliste

- 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.
- Alden, L. (1989). *Short-Term Structured Treatment for Avoidant Personality Disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 57, No. 6, pp. 756-764.
- Alden, L.E. Laposa, J.M, Taylor, C.T. & Ryder, A.G (2002) Avoidant personality disorder: current status and future directions. In *Journal of Personality Disorders*, 16 (1), 1-29. 2002.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- Allen, J. G., Fonagy, P, Bateman, A. (2010) *Mentalisering i klinisk praksis*, Hans Reitzels Forlag, København.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. (5. ed.). DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J., & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following Time-limited Supportive-Expressive Therapy. *Psychotherapy*, 34, 133-143.
- Barlow, D. H. (2000) Unraveling the Mysteries of Anxiety and Its Disorders From the Perspective of Emotion Theory. *The American Psychologist*. Nov, 2000. Vol 55(11).
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbaseret Behandling af Borderlinepersonlighedsforstyrrelser*. Akademisk Forlag 2007. København K.
- 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.
- Beck, J.S. (2011): *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford
- Bele, E., V., Glasø, L. (2010) Tverrfaglige team - et tveegget sverd? *Magma - Tidsskrift for økonomi og ledelse* 2010 ;Volume 13.(2) p. 27-34 UiB

- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. Second edition. New York, The Guilford Press.
- Bertelsen, P. (2000), *Antropologisk Psykologi, en almenpsykologisk opfattelse af den frie vilje, bevidsthede og selvet*. (1 ed.). Frydenlund, 2000.
- Bertelsen, P. (2001), Hvad er antropologisk psykologi? In *Journal of Anthropological Psychology*. No 9, 2001, ISSN 1902-4649, Department of Psychology, University of Aarhus.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Rosenbaum, J.F., Hèrot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J. & Faraone, S.V. (2001). Further Evidence of Association Between Behavioral Inhibition and Social Anxiety in Children. In *The American Journal of Psychiatry*. Oct 2001; 158.
- Borge, F-M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 991-1010.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Routledge Classics 2005
- Bowlby, J.(1988). *A Secure base*. Routledge Classics 2005.
- Brinkmann, S.; Tanggaard, L. (red.) (2007). *Psykologi: Forskning og profession*. Hans Reitzels Forlag.
- Busch, F.N, Milrod, B.L., Singer, M.B. & Aronson, A.C. (2012). *Manual of Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy – eXtended Range*. Routledge. Taylor Francis Group. 2012.
- Carroll, K.M., Nuro, K.F (2002). One Size Cannot Fit All: A Stage Model for Psychotherapy Manual Development. *Clinical Psychology: Science and Practice* Volume 9, Issue 4, pages 396–406, December 2002
- Christensen, G. (2005) *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Coolican, H. (2009). *Research methods and statistics in psychology* (5. ed. London: Hodder & Stoughton
- Coon, J. (2004): Cognitive-Behavioral Interventions with Avoidant Personality: A Single Case Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Volume 8, Number 3, 1994
- Dahl, A. A. (2010) Personlighedsforstyrrelser og seksuelle afvigelser. In Mors, Sørensen & Parnas (2010). *Klinisk psykiatri* 3.udgave. Munksgaard 2009.

- Della Selva, P.C. (2001). *Intensiv dynamisk korttidsterapi*. Hans Reitzels Forlag, København 2001.
- Dencik, L. (2005). *Mennesket i postmoderniseringen – om barndom, familie og identiteter i opbrud*. Westerling, A. & Hanson, T. (Transl.). Værløse, DK: Billesø & Baltzer.
- Denny, B.T., Fan, J. Liu, X., Ochsner, K.N., Guerrerri, S., Mayson, S.J., Rinsky, L., McMaster, A., New, A.S., Goodman, M., Siever, L.J. & Koenigsberg, H.W. (2015). Elevated amygdala activity during reappraisal anticipation predicts anxiety in avoidant personality disorder. In *Journal of Affective Disorders* 172. 2015. Elsevier.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. & Procacci, M. (2007) *Psychotherapy of Personality Disorders*. Routledge 2007.
- Egidius, H. (2000). *Pædagogik i det 21.århundrede*. Dansk forord ved Hans Jørgen Kristensen. Gyldendal Uddannelse, København. 1.udgave, 1.oplag
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., *et al* (2006) Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189, 60– 64.
- Essex, M.J., Klein, M.H., Slattery, M.J., Goldsmith, H.H., Kalin, N.H. (2010) Early Risk Factors and Developmental Pathways to Chronic High Inhibition and Social Anxiety in Adolescents. In *The American Journal of Psychiatry*; Jan 2010; 167. ProQuest Research Library.
- Falkum, E., Olavesen, B., Hytten, K., (2015), Problemet med mangfoldet av psykoterapeutiske skoler, i: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol. 52, nr. 4, 2015
- Festinger, L. & Aronson, E. (1960). Arousal and reduction of dissonance in social contexts. In Cartwright, D. & Zander, A. (Eds.). *Group dynamics*, 3rd edition, Evanston, IL: Row, Peterson & Co. (pp.125-136). In Aronson, E. & Pratkanis, A. R. (Eds.) (1993). *Social Psychology Vol II*. Aldershot, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Freud, A. (1984/1965). *Jeg'et og forsvarsmekanismerne*. (3.ed.). Hans Reitzels forlag, København 1984.
- Freud, S. (1910) The origin and development of psychoanalysis. *The American Journal of Psychology*, vol 21. No 2. Pp. 181-218.
- Fonagy, P. (2004): *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Karnac Books Ltd.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.

- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gallese, V. (2001). The “Shared Manifold” Hypothesis: From Mirror Neurons To Empathy. In *Journal of Consciousness Studies* Vol. 8. No. 5-7, 2001.
- Gallese, V., Keysers, C. Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. In *TRENDS in Cognitive Sciences*. Vol. 8 No.9. September 2004.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Gilbert, S.E. & Gordon, K.C (2012): Interpersonal Psychotherapy Informed Treatment for Avoidant Personality Disorder With Subsequent Depression, *Clinical Case Studies* 12(2) 111–127
- Gilbert, P. & McGuire, M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles Psychobiology and Evolution. In *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*.
- Gråwe R. W., Cabrera L. M, Eriksen L. (2008). *Manual: Mestring av sosial angst*. Trondheim: TAPIR Akademiske Forlag.
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W. & van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(Pt 2), 181–191
- Holm, L. & Callesen, P. (2007) Kognitiv behandling af angsttilstande. *Maanedsskrift for Praktisk Lægegerning*, December 2007, 85. årgang
- Hougaard, E. (2004) *Psykoterapi – teori og forskning*. Dansk Psykologisk Forlag. p. 273-320 (47sider)
- Høstmælingen, A. (2010) Hvordan kan prinispperkløringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 47, nr. 10 p. 930-936
- Høye, A. 2013, På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser, i: *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 12.13.2013, p. 1329-1331
- Jacobsen, C.H. & Mortensen, K.V. (2013). *Psykoterapeutisk praksis. På psykodynamisk grundlag*. Hans Reitzels Forlag, København. 2013.
- Jansz, J. (2004). Psychology and society: An overview. I: J. Jansz & P. van Drunen (red.) *A Social History of Psychology*. Oxford: Blackwell [44 sider] p. 1-44.
- Jørgensen, C. R. (2002). *Psykologien i senmoderniteten*. København, DK: Hans Reitzels Forlag.

- Jørgensen, C. R. (2009). *Personlighedsforstyrrelser* (2. ed). København, DK: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, C. R. (2012). *Danmark på briksen, Et psykologisk perspektiv på Danmark og danskerne i det senmoderne*. 1. Udgave, 1. Oplag. København: Hans Reitzels forlag. (395 p.)
- Kantor, M. (2003). *Distancing: Avoidant Personality Disorder, Revised and Expanded*. Praeger Publishers, 294 sider.
- Kantor, M. (2010) *The essential guide to overcoming avoidant personality disorder*. Praeger
- Kagan, J. Reznick, J.S. & Snidman, N. (1987) The Physiology and Psychology of Behavioral Inhibition in Children. In *Child Development*, vol 58, No 6. 1987. pp. 1459-1473.
- Kalat, J.W (2009). *Biological Psychology*. 10. ed. Wadsworth, Cengage Learning 2009.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York. Basic Books.
- Karterud, S. (2013), Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). In *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2013: 50.
- Karterud, S., Batemanm A, (2010) *Mentaliseringsbasert terapi – Manual og vurderingsskala*, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Karterud, S., Wilberg, T., Pedersen, G., Friis, S., Urnes, Ø., Irion, I., Brabrand, J., Leirvåg, H. & Falkum, L. E. (1998). The Norwegian network of psychotherapeutic day hospitals. *International Journal of Therapeutic Communities*, Vol.1, p. 15-28.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo, Norge: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. & Wilberg, T. (2007) From general day hospital day treatment to specialized treatment programs. In *International Review of Psychiatry*, 2007, 19: (1): 39-49.
- Katznelson, H. (2014) Reflective functioning: A review. In *Clinical Psychology Review* 34. 2014. Elsevier Ltd. 2014.
- Kennair, L. (2012). *Evolutionary Clinical psychology*. Elsevier Inc. 2012.
- Kernberg, O. (1984) *Severe Personality Disorders*. Yale University Press.
- Killingmo, B. (1989): Conflict and deficit. Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 70, (nr. 65), (s. 65-79).
- Kvale, S. (2003). The Church, the Factory and the Market: Scenarios for psychology in a Postmodern Age. *Theory & Psychology*, 13, p. 579-603.
- Leary, M.R (2004). The Curse of the Self: Self-Awareness, Egotism, and the Quality of

Human Life . Published to Oxford Scholarship Online: September 2007

- Leary, M. R., & Tate, E. B. (2010). The role of self-awareness in dysfunctional patterns of thought, emotion, and behavior. In J. E. Maddux & J. P., Tangney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology*. New York: Guilford.
- Levy, K.N, Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2006) Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006. Vol 74, No. 6.
- Lipsitz, J.D. & Markowitz, J.C (2013) Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Rev.* 2013 Dec;33(8):1134-47. Epub 2013 Sep 25.
- Luborsky, L. (1997) The core conflictual relationship theme: A basic case formula- tion method. In: T.D. Eells (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Case Formula- tion*. Guilford Press (p. 58-83)[25]
- Luborsky L., & Barber, J. P. (1993). Benefits of adherence to psychotherapy manuals and where to get them. I N. C. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber & J. P Doherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice* (ss. 211-226). New York: Basic Books.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), February (pp.63-78). In Aronson, E. & Pratkanis, A. R. (Eds.) (1993). *Social Psychology Vol II*. Aldershot, UK: Edward Elgar Publishing Limited. 15 s.
- Matusiewicz, A.K., Hopwood, C.J.,Banducci, A.N, Lejuez, C.W (2010) The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders. Published in final edited form as: *Psychiatric Clinics of North America*, 2010 September
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. New York: Wiley., p.268.
- Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (2005). *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. Hans Reitzels Forlag.
- Mors, Sørensen & Parnas (2010). *Klinisk psykiatri* 3.udgave. Munksgaard 2009.
- Neenan, M. & Dryden, W. (2006). *Kognitiv terapi i en nøddeskal*. Dansk Psykologisk Forlag. (Kap. 1) [20s]

- Neumer, S.,P., Martinsen, K. D., Gere, M. K, Villabø, M.A (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: Utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2011; Volum 48 (1).
- Ogden, T. (2010). Sosial ferdighetsopplæring for barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 48, nummer 1, 2011, side 64-68
- Panksepp, J. (1998) *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press USA. 2004.
- Perris, C., & Perris, H. (2000). *Personlighetsforstyrrelser: opståen og behandling i et utviklingspsykopatologisk perspektiv*. København, Danmark: Hans Reitzels.
- Perry, J.C. Defense Mechanism rating scales (5ed.) The Cambridge Hospital, Dept. of Psychiatry.
- Perry, S., Cooper, A.M. & Michels, R. (1987). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure, and Clinical Application. In *The American Journal of Psychiatry*. 1987; 144.
- Porcerelli, J.H. Ablon. J.S. Dauphin. V.B. Leitman. S. (2007) Psychoanalysis with Avoidant personality disorder: A systematic case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007. Vol 44. No. 1. et al. 2007.
- Prætorius, N. (2004) Livet som Undtagelsestilstand. *Psyke og logos* 2004, årg. 25, nr 2.
- Procacci, M., Popolo, R., Petrilli, D. & Dimaggio, G. (2007). Avoidant personality disorder: model and treatment. In: Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. & Procacci, M. (2007) *Psychotherapy of Personality Disorders*. Routledge 2007.
- Ragans, V. (2012). *Anvendt vitenskapsteori*. Fredriksberg; Samfunnslitteratur
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M.C., Ørstavik, R.E., Tambs, K. & Kendler, K.S. (2007) The Relationship between Avoidant Personality Disorder and Social Phobia: A Population-Based Twin Study. In *The American Journal of Psychiatry*; Nov 2007; 164, 11; ProQuest Research Library.
- Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2004). The Mirror-Neuron System. In *Annu. Rev. Neuroscience* 2004.
- Roelofs, K., Van Peer, J., Berretty, E., De Jong, P., Spinhoven, P., Elzinga, B.M. (2009). Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis Hyperresponsiveness Is Associated with Increased Social Avoidance Behavior in Social Phobia. In *Biological Psychiatry*. 2009;65;336-343. Society of Biological Psychiatry.
- Rutan, J.S. & Stone, W. (2007). *Psychodynamic Group Psychotherapy*. The Guildford Press,

Fourth Edition, 2007

- Samuels, J. (2011). Personality Disorders: Epidemiology and public health issues. In: *International Review of Psychiatry*, 2011; 23.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. In: *Infant Mental Health Journal* vol. 22 (1-2), 7-66. 2001.
- Schön, D. A. (2006) *Den reflekterende praktiker*. Forlaget KLIM
- Siever, L.J. & Davis, K.L. (1991). A psychobiological Perspective on the Personality disorders. In *The American Journal of Psychiatry*. 148, 12. 1991.
- Siever, L.J. & Weinstein, L.N. (2009). The neurobiology of personality disorders: Implications for Psychoanalysis. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 57 (2) 2009.
- Skjelstad, D.V. (2013). Er tiden moden for dimensjonale diagnoser? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* Vol 50, nummer 6, 2013
- Skårderud, F. (1998). *Uro. En reise i det moderne selvet*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer om tavshet, veltalende og raseri i terapirommet. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*. Nr. 13, 2001; 121: 1613-7.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Sommerfelt, B., Fonagy, P. (2012). Minding the minded body. Mentalisering og spiseforstyrrelser *Mellanrummet*.
- Stafset L. K., Gomes J. E. V. og Arnberg K.: Manualbasert terapi: erfaringer, muligheter og utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 48, nummer 10, 2011
- Strauss, J.L., Johnson, S.L., Laurenceau, J., Hayes, A.M., Newman, C.F., Brown, G.K, Barber, J.P., Beck, A.,T. (2006): Early Alliance, Alliance Ruptures, and Symptom Change in a Nonrandomized Trial of Cognitive Therapy for Avoidant and Obsessive–Compulsive Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006, Vol. 74, No. 2,
- Strelau, J. (1998) *Temperament: A Psychological Perspective*. Kluwer Academic Publishers. 1998.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L.,Grove, W., & Cadoret, R. (1998). The co-occurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, 302-315.
- Sullivan, H. (1940): *Conceptions of modern psychiatry*. New York: W.W. Norton.

- Svarthberg, M, Stiles, TC, Seltzer (2004) Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy, and cognitive therapy for cluster C personality disorder. *Am. J psychiatry* 2004: 161:810-7.
- Swann, W. B., Jr. (1983). Self-verification: Bringing social reality into harmony with the self. In J. Suls & A. G. Greenwald (Eds.), *Social psychological perspectives on the self* (Vol. 2, pp. 33-66). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Sylvers, P. Lilienfeld, S.O. & LaPrairie, J.L. (2010). Differences between trait fear and trait anxiety: implications for psychopathology. In *Clinical Psychology Review* 31. (2011).
- Taylor, P., Rietzschel, J. Danquah, A. & Berry, K. (2015). Changes in attachment representations during psychological therapy. In *Psychotherapy Research* 2015. Vol 25. No. 2, 222-238.
- Torgersen, S. (2005). Epidemiology, In John M Oldham; Andrew E Skodol & Donna S Bender (ed.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing. ISBN 1-58562-159-5. 8
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58.
- Turner, J. C. & Oakes, P. J. (1997). The socially structured mind. In McGarty, C. & Haslam, S. A. (Eds.), *The message of social psychology*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Publishers
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61,
- Wilberg, T., Karterud, S. Pedersen. G. & Urnes, Ø. (2009), p. 393. The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. In *Nord J Psychiatry* vol 65. No; 5. 2009.
- Williams, K.D. (2007). Ostracism. In *Annuals Review of Psychology*. 2007.
- WHO ICD-10 (2011). Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. Revisjon. Norsk utgave 2011.
- Øvreeide, H. (2002). *Fagetikk i Psykologisk Arbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Internettsider:

Arefjord & Lossius, 2012, Terapeuter vet at det finnes mange som ikke blir bedre, Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, Nummer 10, 2012, side 1013-1016, i:

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=277320&a=3

Eikenæs, I. (2013). Forståelse av unnvikende PF i lys av nyere forskning. http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Aktiviteter/NAPP,%20kurs%20og%20konferanser/PowerPointer/APD_IE_psykiatriveka%202013_uten%20data.pdf.

Nedtegnet den 01.03.2015.

Jeppesen, T. & Sørensen, H. 2010: "Børns sosialisering i en daginstitution". Viborg Universitet: [https://www.ucviden.dk/student-](https://www.ucviden.dk/student-portal/files/9575891/Bacheloropgave_1_.pdf)

[portal/files/9575891/Bacheloropgave_1_.pdf](https://www.ucviden.dk/student-portal/files/9575891/Bacheloropgave_1_.pdf)

http://brage.bibsys.no/uis/bitstream/URN:NBN:nobibsys_brage_21584/1/Høvik,%20Janne.pdf. Nedtegnet den 03.03.2015

Kulbotten, G., 2013, Effekt av langvarig psykodynamisk terapi, i: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 50, nummer 3. 2013, side 160-262, i:

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=317195&a=3

Krüeger, E.S. (2014). ANGST - PANIK - En kognitiv forståelse. <http://archive-dk.com/page/4036982/2014-05-30/http://www.psykoweb.dk/angst/1research2.htm>.

Nedtegnet den 04.05.2015.

MBT Kvalitetslaboratorium Oslo universitetssykehus. http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_mbt-kvalitetslaboratorium/_Sider/Utdredning.aspx

Mikalsen & Normann, Spesialistoppgave i voksen klinisk psykologi: Kombinert individualterapi og gruppebehandling: Bedre affektregulering og økt mentaliseringsevne som terapeutisk mål ved behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I: http://stiftelsen-hvasser.no/documents/Mikalsen_Normann_bedretaffektreguleringogoktmentaliseringssevne.pdf

Nordahl, H.M (2010). TERAPIFORMER: METAKOGNITIV TERAPI.

<http://www.psykologibloggen.no/?p=3028>. Nedtegnet den 02.04.2015

Simonsen, S., Nørgaard, N., Evasiv personlighetsforstyrrelse – mentaliseringsproblemer og foki for behandling, i: Nordis konference om mentalisering og mentaliseringsbasert terapier, Ambulatorium for personlighetsforstyrrelser, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Powerpointpresentasjon (2014)

www.forumformentalisering.dk/.../Sebastian-Simonsen-og-Nana-Lund-Nørgård-Nyt-oplæg-til-Nordisk-MBT-23.maj-2014.pptx