

# En mentaliseringsbasert forståelse av unnvikende personlighetsforstyrrelse

Henning Jordet og Per Ladegård

## Introduksjon – Hva er Unnvikende Personlighetsforstyrrelse

Engstelig, unnvikende personlighetsforstyrrelse (UPF) er den mest utbredte personlighetsforstyrrelsen i Norden. Undersøkelser peker i retning av at 2-5 % av befolkningen lider av denne personlighetsforstyrrelse (Torgersen, 2009; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). Det er også en lidelse kjennetegnet av stor personlig lidelse så vel som omfattende funksjonstap (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2007; Olsson & Dahl, 2012).

I kliniske populasjoner ligger prevalensen på mellom 11-57 % (Sigmund Karterud, Urnes, & Wilberg, 2017). Likevel finnes det få spesifiserte behandlingsprogram rettet mot UPF, og det er få studier av effekten av behandlingen. Man har typisk henfaldt til andre behandlingsmodeller, ofte hentet fra annen angstbehandling, hvor fokus har vært på atferd (Weinbrecht, Schulze, Boettcher, & Renneberg, 2016).

Diagnosen ble først innført i DSM-III, sterkt influert av Millon (1981). På engelsk heter den «Avoidant Personality Disorder» (både DSM-5 og ICD-10). På norsk har vi valgt å oversette dette til Unnvikende Personlighetsforstyrrelse (DSM-5) eller Engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse (ICD-10). På dansk har lidelsen fått navnet «Evasiv personlighetsstruktur». Svenskene har valgt å kalle den «Personlighetsssyndrom av angstlig typ».

*Henning Jordet, psykologspesialist, Poliklinikk Personlighetspsykologi, Søndre Vestfold DPS, [bjor@ziv.no](mailto:bjor@ziv.no). Per Ladegård, psykiatrisk sykepleier, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold HF, [perl@ziv.no](mailto:perl@ziv.no).*

Begrepene er forskjellige og blir normative for forståelsen av pasientens problemer. Enten et fokus på pasientens atferd (avoidant/unnnvikende/evasiv) eller følelser (ängstlig, engstelig). «Engstelig» beskriver en følelse uten å spesifisere hva pasienten engster seg for. Ingen av begrepene synes å invitere til fokus på hvilke grunnleggende antagelser om seg selv og andre som forklarer atferden og trigger følelsene.

Vi ønsker å argumentere for at unnnvikende personlighetsforstyrrelse er kvalitativt annerledes enn symptomlidelser, og at man derfor bør ta et annet utgangspunkt i behandlingen av pasienter med unnnvikende personlighetsforstyrrelse. Den kvalitative forskjellen ønsker vi å belyse ved å se på hvordan lidelsen atskiller seg fra den symptomlidelsen som de likevel er mest beslektet med, nemlig sosialfobi. Deretter ønsker vi å sette unnnvikende personlighetsforstyrrelse inn i en personlighetspsykiatrisk forståelsesramme og se hvordan dette passer inn med teorien og forskningen rundt mentalisering, samt komme med en beskrivelse av hvordan man kan arbeide med unnnvikende personlighetsforstyrrelse ut fra mentaliseringsbasert terapi.

## Etiologi

Som for alle personlighetsforstyrrelser må man anta at utviklingen av en UPF skyldes et komplisert samspill mellom medfødt temperament og miljømessige faktorer og ikke minst tidlige tilknytningsmønstre. Temperament hos denne gruppen er ifølge flere studier beskrevet som «hemmet adferd» («behavioral inhibition») karakterisert ved tendens til å unngå fremmede og nye situasjoner, sjenanse, forhøy et sensitivitet og reaktivitet for angst (Eikenaes, Pedersen, & Wilberg, 2016). Man finner en tydelig tendens i retning mangelpatologi i motsetning til konfliktpatologi; Arbel og Stravynski (1991) beskriver oppvekst preget av lite emosjonell støtte, fravær av uttrykt kjærlighet og stolthet, samt en overvekt av skam- og skyldinduksjon og intoleranse. I tillegg er det i denne gruppen en forhøyet forekomst av fysisk neglekt; tidlig etterlatt alene, for lite eller skitne klær, ikke nok mat etc. (Eikenaes et al., 2016). Disse pasientene har ikke alltid spesifikt fått høre at det er noe galt med dem – problemet er at de heller *ikke* har fått høre at de er OK, og man kan tenke seg at denne typen neglekt vil kunne føre til en følelse av verdiløshet. Dette bekrefter vårt inntrykk av at mange av disse pasientene har en opplevelse av at *noe* må være galt med dem, men de har ofte ingen formening om *hva*. Dette kommer til uttrykk hos noen av pasientene som opplever at det å være i en terapi-gruppe eller en fast sosial sammenheng blir *vanskeligere* etter hvert, og noen

forklarer dette med at når andre blir bedre kjent med dem, vil faren for å bli «avslørt» øke. Denne frykten forsterkes av at de selv ofte ikke vet *hva* som risikerer å bli avslørt.

Denne formen for omsorgssvikt kan ofte bli bagatellisert når den sammenlignes med dramatiske historier om vold og seksuelle overgrep, og konsekvensene er også ofte *tilsynelatende* mindre dramatiske enn hos en person med BPF. Historisk har da også UPF blitt betraktet som en «mildere» form for PF, og det foreligger påfallende mindre forskning på denne pasientgruppen enn på for eksempel BPD på tross av at forekomsten, som tidligere nevnt, i befolkningen er betydelig høyere og graden av menneskelig lidelse og funksjonssvikt er like høy.

## Unnvikende personlighetsforstyrrelse (UPF) og Sosialfobi (SAD)

Det er en tilbakevendende diskusjon i fagmiljøene om hvordan Unnvikende PF (UPF) forholder seg til Sosial fobi (SAD). Noen argumenterer for en forståelse av UPF som en alvorligere, mer kronifisert SAD hvor konsekvensen blir *ikke* å definere det som en personlighetsforstyrrelse, men som en symptomlidelse (Carter & Wu, 2010; Chambless, Fydrieh, & Rodebaugh, 2008; Ralovski et al., 2005; Reich, 2009). Vi vil i det følgende argumentere for en forståelse for at det dreier seg om to klart definerte lidelser, hvor det riktignok ofte foreligger komorbiditet, men hvor det er fullt mulig å tilfredsstille kriteriene for den ene og ikke den andre. Bögels et.al (2010) hevder i sin anbefaling til DSM-5 at det foreligger tilstrekkelig evidens for å definere UPF og SAD som to forskjellige tilstander, og hevder at en sammenslåing av disse til én symptomlidelse vil kunne føre til at klinikere overser viktige mangler i normal identitetsutvikling og mellommenneskelig fungering, begge kardinalkjenne tegn for PF.

Marques et al. (2012) har i sin undersøkelse vist at antallet av oppfylte trekk fra UPF i DSM har signifikant sammenheng med psykososial dysfunksjon, selv om det ble kontrollert for graden av sosialfobi og depresjon. De enkeltkriteriene som hadde størst betydning i forhold til psykososial dysfunksjon, var kriterium 2: «Ikke villig til å involvere seg med andre mennesker så sant vedkommende ikke er sikker på å bli likt», kriterium 3: «Tilbakeholdende i intime forhold av frykt for å bli beskjemmet eller latterliggjort» samt kriterium 7: «Er uvanlig nølende når det gjelder å ta sjanser eller å involvere seg i nye aktiviteter, fordi vedkommende tror de kan føre ham eller henne i forlegenhet».

Som beskrevet tyder det på at det er en kvalitativ forskjell mellom SAD og

UPF. Vi vil argumentere for at det ligger i selve definisjonen at når UPF er klassifisert som en personlighetsforstyrrelse, er det naturlig å se på hvordan personlighetsfunksjonene er forstyrret hos mennesker med en UPF. Pasienter med UPF synes i høy grad å være drevet av følelsen «skam», men i tillegg fremtrer det en bredere og dypere følelsesmessig vaksomhet, sammenlignet med SAD. Personer med UPF har lavere selvfølelse, mindre stabilitet i selvoppfattelse, mindre evne til nytelse, færre positive emosjoner og mer gjennomgående relasjonsproblemer, typisk i form av følelsesmessig tilbaketrekning eller overtilpasning til den andre (Eikenaes, Hummelen, Abrahamsen, Andrea, & Wilberg, 2013; Hummelen, Wilberg, Pedersen, & Karterud, 2007).

I den alternative, diagnostiske modellen som er fremsatt i appendiks i DSM-5, er det foreslått at man tar stilling til overordnet svekkelse av personlighetsfungering innenfor områdene identitet, retning i livet, empati og nærhet (Bender, Morey, & Skodol, 2011). Vi vil derfor se på hvordan vi kan forstå UPF ut fra disse områdene:

## Identitet

Hos mennesker med UPF finner vi at deres identitetsfølelse er kjennetegnet av en stor skamfølelse rundt egen person. De ser seg selv som mindreverdige og skammer seg uttalt over seg selv. De er redde for at andre skal se dette og "avsløre" deres utilstrekkeligheter og, i egne øyne, graverende mangler. Det er dog veldig vanskelig å forstå *hva* de skammer seg over, da det hele oversvømmes av skammen. Skammens funksjon er å skjule det man skammer seg over, og således blir det vanskelig å få tak i det psykologiske materiale vi som terapeuter trenger for å behandle pasienten. Opplevelser som kunne være korrektive til deres selvbylde, blir «annullert», da de ikke opplever at positive tilbakemeldinger, suksess eller annet har noe med dem som person å gjøre. En av våre pasienter, en kvinne på ca. 60 år, hadde fortalt at hun for flere tiår siden hadde en jobb hvor hun ble betraktet som særdeles dyktig og hennes tjenester etterspurt. Hun sa ved en senere anledning «Jeg har aldri fått til noe i hele mitt liv!». På spørsmål om hva hun tenkte om sin tidligere yrkeskarriere, svarte hun oppriktig forbauset «Hva har det med saken å gjøre?».

## Retning i livet

Deres evne til å sette seg mål er likeledes påvirket av denne måten å se seg selv på; de tenker ikke de evner å være en del av samfunnet og har derfor en uttalt

En mentaliseringsbasert forståelse av unnnvikende personlighetsforstyrrelse

tendens til *ikke* å sette seg mål i det hele tatt. Panksepp (1998) anser nysgjerrighet og lekenhet å være en grunnfølelse. Pasienter med UPF viser i uttalt grad liten evne til å gjenkjenne og agere på denne følelse. Resultatet blir lite hevdelse av egne interesser og mangelfullt engasjement i eget liv. Det som skjer med pasienten, kommer utefra, og vedkommende opplever liten autonomi og evne til å påvirke hendelsenes gang. Fremmede og nye aktiviteter unngås, da disse kun blir en ny arena de kan bli avslørt i forhold til hvor lite egnede de føler de er.

## Empati

Det finnes utallige definisjoner på begrepet empati, fra det verdinøytrale som kun beskriver evnen til å observere og forstå en annens mentale tilstander og prosesser (mentalisering av andre), uavhengig av følelsesmessig respons og om en velger å handle på denne innsikten (Kohut, 1959), til en verdiladet altruistisk definisjon («jeg er en person som bryr meg om andre»). Pasienter med UPF har generelt problemer med at deres forståelse av andre preges av fastlåste og dårlig mentaliserte/hypermentaliserte forestillinger, og at deres fokus derfor i stor grad blir på hva andre tenker *om dem*). Ubehaget ved dette forsterkes av redselen for at andre skal avsløre feil og mangler ved dem selv som de selv ikke kan identifisere, men like fullt er overbevist om at de har. Dette er de ofte supersensitive på, slik at de ofte overser signaler om positive emosjoner, så som varme, interesse og omsorg. En umentalisert antagelse om at andre ikke interesserer seg for dem kan ofte gi seg utslag i at de, for å beskytte seg mot følelsen av avvisning, ikke signaliserer noen interesse for andre, og pasienter med UPF kan derfor noen ganger *fremstå* som uempatiske (G. S. A. e. a. Dimaggio, 2007). Dette blir imidlertid unyansert, da de i situasjoner hvor de føler seg trygge, både evner å forstå og interessere seg for den andre. Man kan således tale om en generell evne til empati, som dog har store, følelsespesifikke mangler. Med andre ord har mennesker med UPF ofte store problemer med det kognitive aspektet ved empati, men de har vanligvis ikke problemer med å gjenkjenne enkelte affektive aspekter.

## Nærhet

Pasienter med UPF klarer ofte å ha vedvarende relasjoner, men disse er sjelden åpne, autentiske og likeverdige. I det tidligere nevnte kriterium 3 utfolder selve patologien seg ved at de ikke klarer å snakke med andre mennesker om hvor-

dan de har det. De opprettholder derfor ofte det Winnicott (1965) betegnet som et «falskt selv», og skjuler det «sanne selv» dypt inne i seg, under forestillingen om at dette er utilgivelig og skambelagt. De holder ofte fast i egen forestilling om mindreverd og etablerer derfor relasjoner som fastholder dem i denne forestillingen. Hvis de lykkes med noe, anser de det ofte for "flaks" eller tilfeldigheter. De kan til nød se et rimelig sunt forhold som et uttrykk for at de, enn så lenge, har vært så heldige at den andre ikke har avslørt dem.

## Mentalisering og MBT

En nylig studie viste at UPF er kjennetegnet ved økt aktivitet i amygdala og lav aktivitet i hjernestrukturer relatert til mentalisering<sup>7</sup> (Buades-Rotger, Beyer, & Kramer, 2017). Derfor vil vi hevde at mentaliseringsbasert terapi (MBT) i modifisert form er fruktbar både som forståelsesramme og i behandlingen av mennesker med UPF. For å kunne forstå og behandle pasienter med UPF må vi etter vår mening ha et behandlingstilbud hvor man flytter fokus bort fra pasientens atferd og over på pasientens personlighetsmessige, mentale fungering. I dette øyemed finner vi det naturlig å benytte mentalisering og MBT som utgangspunkt for hvordan vi kan strukturere og spesifisere det terapeutiske arbeidet.

Mentalisering er evnen til å danne sunne, realistiske og fleksible forestillinger om egne og andres handlinger som uttrykk for en mental tilstand. Begrepet innfanger en sentralt, intra- og interpsykisk kapasitet som kjennetegner alle mennesker og er sentral for personligheten (A. Bateman & Fonagy, 2013).

Bateman og Fonagy (Fonagy, 2004) har utviklet en strukturert, spesifikk behandlingsmodell med utgangspunkt i mentalisering rettet mot pasienter med Borderline Personlighetsforstyrrelse. Denne har vist seg effektiv i flere studier og er nå også manualisert (A. Bateman & Fonagy, 2008, 2009; S. K. A. Bateman, 2010; Jørgensen et al., 2013; S. Karterud et al., 2013).

Behandlingen er kombinasjonsbehandling, hvor man har individuell psykoterapi, gruppepsykoterapi og psykoedukasjon. Dertil kommer medisinerings etter APA eller NICE guidelines.

For å kunne arbeide med pasienter med UPF ut fra et mentaliseringsbasert perspektiv, er det viktig å ha i mente at MBT i sin tradisjonelle form er utviklet for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Det er således en del sentrale elementer man bør overveie å endre, gitt at man i MBT hele tiden skal ha øye for pasientens ideosynkratiske mentaliseringskapasitet. Dette lig-

ger eksplisitt i modellen; det at man ønsker å engasjere pasienten i en mentaliserende prosess for således å øke pasientens evne til å mentalisere i situasjoner hvor de er følelsesmessig aktivert.

Vi vil derfor i det nedenstående presentere en generell mentaliseringsforståelse av pasienter med UPF med utgangspunkt i en generalisert og til dels karikert fremstilling av deres problemer. Det er dog alltid viktig å ha i mente at det er den enkelte pasient man sitter overfor man skal behandle, og ikke en diagnose basert på et deskriptivt system.

## Mentalisering og unnvikende personlighetsforstyrrelse

Som nevnt er UPF kjennetegnet ved å være en personlighetsforstyrrelse hvor problemene er gjennomgående og vedvarende. Personer med UPF vil derfor, rimelig kontekstuavhengig, ha store mentaliseringsproblemer. I motsetning til personer med borderline, ser vi ikke den store emosjonelle ustabilitet og reaktivitet på ytre hendelser. Det meste av patologien ved UPF foregår på en indre, lukket arena. Deres mentaliseringssvikt er således mer vedvarende og ikke så fluktuerende som vi ser i andre lidelser. Det kan derfor være vanskelig å finne typiske utløsende hendelser for mentaliseringssvikt, på samme måte som vi kjenner det fra mennesker med BPD. Dessuten unngår mennesker med UPF som regel mange av de situasjonene som kunne påvirket dem, for eksempel vil bare tanken på å dra på en fest nærmest være utenkelig i seg selv. På den måten vil det ofte være *fraværet* av hendelser som blir det sentrale i arbeidet med UPF, og ikke hendelser i seg selv.

Videre ser vi at pasienter med UPF har en betydelig dårligere autobiografisk hukommelse enn andre (Spinhoven, Bamelis, Molendijk, Haringsma, & Arntz, 2009). Dette formentlig fordi de generelt har en lav affektbevissthet (Johansen, Normann-Eide, Normann-Eide, & Wilberg, 2013; Normann-Eide, Johansen, Normann-Eide, Egeland, & Wilberg, 2013). Især å differensiere mellom forskjellige følelser er vanskelig for mennesker med UPF (Farmer & Kashdan, 2014; Kashdan, 2007). Personer med UPF har ofte store problemer med affektiv kausalitet; de forstår ofte ikke hva som har bragt dem i den følelsesmessige tilstanden de befinner seg i. Opplevde affekter er som regel det som hjelper oss å huske situasjoner, hendelser, tanker etc. (G. e. a. Dimaggio, 2015). Så igjen blir *fraværet* av opplevde emosjoner det sentrale problemet pasientene har, og ikke nødvendigvis emosjonene i seg selv. Her ser vi et viktig terapeutisk aspekt i behandlingen av UPF. Mentaliseringssvikt hos UPF-pasienter kommer ikke som følge av at de blir oversvømmet av følelser, slik vi ser

hos pasienter med BPD. Det er derfor ikke fruktbart å gå etter de tilstedeværende følelsene, da det ikke er de som i utgangspunktet skaper mentaliseringsproblemer. Som regel er pasientene i kontakt med følelser av angst, engstelse og skam. Disse kan pasienten som regel snakke om, og ofte vil de kunne delta i *pseudomentaliserende* diskurs rundt dem. F.eks. «Jeg vet de ikke tenker på meg, men jeg føler likevel at de alle sammen ser på meg og tenker negativt om meg». Ved å fokusere på disse følelsene, kommer man som kliniker til å overse det sentrale ved UPFs patologi, nemlig at det er *fraværet* av emosjoner som er problemet.

Et annet argument for å unngå å bli i angst, engstelse og skamfølelse, er at disse følelsene hos mennesker med UPF som regel utløser massiv mentaliseringsvikt hvor de havner i *konkret mentalisering*. De blir i denne mentale tilstand overbevist om at deres indre opplevelse er ens med virkeligheten og det kan bli veldig vanskelig å jobbe med dem. Derfor er det nødvendig å hjelpe pasienten ut av denne tilstanden, gjerne ved å fokusere på andre følelser, situasjoner eller nøytrale emner inntil mentaliseringsevnen er noenlunde restaurert.

Generelt er det en påfallende manglende nysgjerrighet for egne og andres mentale tilstander. De er nærmest «mind-blind» i den forstand at de ikke undersøker hva andre tenker eller føler, på samme måte som de har problemer med å relatere seg til at egne tanker og følelser er nettopp det, altså tanker og følelser. Samtidig er de patologisk opptatt av andre menneskers tanker og følelser rettet mot dem, men det er ikke nødvendigvis de reelle tanker og følelser, men de tanker og følelser som er i overensstemmelse med deres eget skamfilserte selvbylde. Således er det tale om utstrakt grad av konkret mentalisering. Som nevnt er dette en tilstand hvor deres egne opplevelser av andres mentale tilstander blir forvekslet med virkeligheten, og den er ikke mulig å korrigere ved å inngå i intervensjoner som eksponering eller kognitiv rekonstruksjon.

Man kan til dels få pasienten inn i en diskurs om andres mentale tilstander, men pasienten er da ofte i en tilstand hvor de er overtilpasset terapeuten og dennes intervensjoner. Man kommer derfor fort inn i en *pseudomentaliserende* samtale, hvor pasienten tilsynelatende er med på å undersøke mentale tilstander, uten at dette overhodet får noen betydning for indre strukturer og personlighetsutvikling, eller fører til endret atferd utenfor terapeutenes kontor.

*Teleologisk* sett har pasientene en tendens til å skanne omgivelsene etter tegn som er i samsvar med deres eget selvbylde; et rynket bryn blir tegn på misnøye, en lukket dør blir bevis på avvisning etc. «Confirmation bias» er den allmennmenneskelige tendensen til å legge mest merke til inntrykk som



bekrefter det vi allerede antar. Denne tendensen øker ved angst/ubehag (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van, 2007). *Det er viktig å huske på at denne «confirmation bias» også gjelder egne affektive tilstander og de tanker og forestillinger som disse affektive tilstandene fører til.*

## Mentaliseringsbasert behandling

MBT skiller seg generelt fra tradisjonell psykodynamisk psykoterapi ved å være mindre interessert i innsikt, og mer fokusert på prosessen bak innsikten. Hvor den tradisjonelle psykodynamiske terapeuten vil være opptatt av å skape forståelse og tolkninger, vil vi i MBT være mer opptatt av *hvordan* man skaper forståelse og kommer frem til tolkninger. Som beskrevet tidligere, ser vi at pasienter med UPF ofte har hatt problemer i sine tilknytningsrelasjoner hvor de har følt seg lite sett og forstått. Man kan forvente at denne dynamikken så vil utspille seg i terapirelasjonen, hvor pasienten vil legge opp til at terapeuten blir opptatt av å forstå og se pasienten, men at pasienten vil oppleve dette som å bli misforstått og oversett. Et typisk eksempel vil være terapeuten som forsøker å berolige sin pasient med en tolkning som har som hensikt å fjerne skam, og derfor sier noe i stil med "Det er ikke så underlig du føler deg mindre verdt med tanke på hvordan dine foreldre ikke så deg da du var liten". Problemet med denne type tolkning er at den kommer inn i et psykologisk system som ikke hører dette som trøstende og skamreducerende, men som snarere tolker dette som et bevis for hvor udugelig de er; "jeg burde jo nå snart skjønne at følelsen av mindreverd er feil", eller som tenker at terapeuten ikke ser ham/henne" det er SÅ mange andre grunner til at jeg ikke er god nok, men siden terapeuten velger å fokusere på mine foreldre, er det fordi de andre grunnene er helt forferdelige".

Når vi derfor skal jobbe mentaliseringsbasert med UPF, blir vi nødt til å ta denne formen for tilknytning og psykologiske prosess på alvor og dermed holde fokus på de prosessene som utspiller seg i relasjonen til terapeuten i et "her og nå"-perspektiv. Vi må i utstrakt grad modellere mentalisering ved å gjøre vår tenkning *eksplisitt* og samtidig demonstrere den *mentaliserende, ikke-vitende holdning*. På denne måten skifter vi fokus fra en innsiktsorientert terapi til en mentaliserende terapi. Vi debatterer ikke pasientens opplevelse av seg selv, vi forsøker ikke å forklare de symptomene vi ser ut fra pasientens historie, men forsøker å hjelpe pasienten til å bli nysgjerrig på egne, indre prosesser ved å undre oss genuint over hvordan pasienten kommer frem til sine konklusjoner om seg selv og andre. Så en typisk endring i fokus i forhold

til ovenstående eksempel vil så være: "Jeg hører du tenker du er et forferdelig menneske, og jeg tenker det må være utrolig vanskelig å oppleve seg selv sånn. Men jeg må innrømme at jeg ikke helt forstår hvordan du kom frem til en så bastant konklusjon om deg selv?"

Som tidligere beskrevet vil en pasient med UPF ha problemer med å merke og forstå at affekter er til stede (Moroni et al., 2016). I MBT vil vi derfor fokusere på hva som *nå* skjedde og hvilken følelsesmessig reaksjon som er til stede (affektbevissthet og affektiv kausalitet). Et fokus på sammenhengen mellom reaksjoner i dag og opplevelser *i barndom oppvekst* vil etter vår mening risikere å fremme en pseudomentalisert forståelse som pasienten ofte opplever som en teoretisk konstruksjon mer enn en opplevelse som gir gjenklang i dem selv. I denne sammenheng er det verdt å merke seg at MBT ikke ser på pseudomentalisering som et ubevisst forsøk på å unngå ubehagelige følelser (forsvar), men snarere en manglende *evne* til å mentalisere tanker og følelser. Dette er ytterligere en grunn til å anlegge en åpen, eksplisitt diskurs med pasienten med tanke på å hjelpe pasienten i gang med å bli nysgjerrig på indre, følelsesmessige opplevelser. Dette med henblikk på å skape disse indre prosessene fremfor å rydde opp i eller oppdage dem.

Det er god evidens for at kontrollert eksponering er nyttig i behandling av spesifikke fobier. En forståelse av UPF som en slags sosial fobi har derfor ført til en antagelse om at gruppeterapi for pasienter med UPF har fungert som en nyttig eksponering for de fryktede situasjonene. Men mens en person med fobi mot f.eks. stålorm ved gjentatt eksponering vil kunne gjøre seg den erfaring at stålormen er fullstendig harmløs, vil eksponering hos en pasient med fastlåste, ofte umentaliserte forestillinger om seg selv og andre ikke på samme måte høste korrektive erfaringer. En som er overbevist om at alle på bussen tenker negative tanker om ham, vil ikke få noen opplevelse av at dette ikke stemmer; det de er redde for, er mentale tilstander som ikke kan bevises eller avkrefte (det er uvanlig i sosiale situasjoner å spørre en annen «du, hva tenker du egentlig om meg?»). For en pasient med UPF vil det samme spørsmålet til et gruppemedlem i terapigruppen være like utenkelig. Faktisk opplever mange med UPF at bekymringer og fantasier om andres tanker om ham faktisk øker jo nærmere relasjonen blir (jo nærmere du kommer, jo nærmere er jeg ved å bli «avslørt»). Menneskers naturlige tendens til «confirmation bias» gjør at denne pasienten gjennom sin tolkning av sosiale signaler opplever sin antagelse bekreftet.

Dette er ikke et argument mot gruppeterapi for denne pasientgruppen, men det er grunn til å tro at en viss evne til å gjenkjenne egne reaksjoner og

å kunne mentalisere må være til stede før pasienten kan nyttiggjøre seg gruppeterapi. Hvis pasienten i gruppen overveldes av et voldsomt ubehag og ikke er i stand til å mentalisere over dette ubehaget, vil pasienten neppe være i stand til aktivt å forholde seg til de andres eller sine egne mentale tilstander i gruppen. Pasienten blir med andre ord nødt til å ha en vis evne til å forholde seg til egne tanker og opplevelser som noe annet enn den reelle verden.

## Konkret mentalisering

Vi tenker at man kan jobbe med ekstrem konkret mentalisering i et innledende individualterapeutisk forløp hvor fokus er på evnen til det DiMaggio kaller «differensiering» (G. e. a. Dimaggio, 2015), altså evnen til å mentalisere egne reaksjoner, skjønne forskjellen på en teori/antagelse og virkeligheten, eller om man vil: gjøre det selvsyntone selvdystont. Sagt på en annen måte, lære å differensiere mellom «jeg er en idiot» (en «sannhet» i den virkelige verden; «konkret mentalisering») og «i enkelte situasjoner har jeg en tendens til å komme i tanker om at jeg er en idiot» (en mental prosess i meg). Dette gjøres ved å arbeide med den konkrete mentaliseringssvikt. Da utfordrer vi ikke direkte selve «riktigheten» av forståelsen, men er nysgjerrige på, og utforsker den mentaliserende prosessen i forhold til hvordan pasienten kom frem til denne antagelse.

På denne måten kan man sammen med pasienten se på hvilke mentale prosesser pasienten benytter for å trekke sine slutninger (eller mangel på sådan), for videre å finne mønstre i mentaliseringsprosessen. Ved å undersøke disse mønstrene hjelper man pasienten til å bli nysgjerrig på egen mentalitet, samt skape den ønskede diskrepans mellom en «tanke om verden» og «verden som den er».

En annen effektiv intervensjon vil være å få tak i de ofte få og små positive aspektene av pasientens selvoppfatning (vitalitet, ønsker, ambisjoner, interesser), ikke for å sette dem opp mot de negative selvoppfatningene, men for gradvis å forskyve «confirmation bias» om eget selv. En måte å gjøre dette på er å engasjere pasienten i samtale om felles interesser. En av forfatterne (PL) oppdaget en felles interesse for gamle hi-fi-forsterkere, og samtalen om dette førte til en merkbar vitalisering av en deprimert pasient, og denne affektive forandringen ble bemerket og utforsket. Man skaper altså et «affekt-fokus» hvor man ser på affekten mellom terapeut og pasient; «Jeg legger merke til at når vi snakker om dette emnet, så virker du mer levende, nysgjerrig og interessert. Jeg lurer på hvordan vi kan forstå dette?». Pasienten blir her utfordret

på sin fastlåste, konkrete mentalisering i og med at man får mulighet til sammen å utforske andre deler av personligheten som er mer sunne, positive og lystbetonte, mens de er aktive.

## Det individuelle forløp vs. gruppe

Det individuelle forløpet bør i stor grad støtte opp under gruppearbeidet og hjelpe pasienten, ofte på en pedagogisk måte, til å bringe materialet inn i gruppen. Man kan komme til å ligne mer en «coach» enn en terapeut, da en del av oppgaven er å «heie på pasienten» og hjelpe denne til å bruke gruppen. Kommer pasienten eksempelvis i individuell terapi for å snakke om hvordan de følte seg avvist av kjæresten i helgen, er det individualterapeutens oppgave å hjelpe pasienten å finne ut av hvordan han/hun kan bringe dette inn i førstkommende gruppemøte og ikke nødvendigvis gå inn i materialet og jobbe med det i den individuelle samtalen. Derfor anbefaler vi at individualterapeuten er en av gruppeterapeutene. Når pasienten vet at terapeuten vet at pasienten vet hva han/hun burde snakke om, blir det enklere å bringe psykologisk materiale inn i gruppen. Ved å få energien og de psykologiske prosesser inn i gruppen kan denne bli en mentaliserende arbeidsgruppe fremfor en gruppe pasientene lider seg igjennom for å beholde sin individualterapi.

## Fraværet av hendelser

I MBT med BPF-pasienter vil en spørre om hendelser; interpersonlige situasjoner hvor pasienten opplevde en mentaliseringssvikt som kan utforskes i ettertid. UPF-pasienter har ofte vanskelig for å produsere hendelser, da de ofte har dårlig autobiografisk minne og også kan ha problemer med affektiv kausalitet; de forstår ofte ikke hva som har fått dem til å føle det de føler. Ofte fører deres problemer til at de unngår situasjoner som potensielt kunne ført til reaksjoner de kan undersøke nærmere. Vi har god erfaring med å spørre om «ikke-hendelser»; det de lot være å gjøre, festen de ikke gikk på, møtet de avlyste. Ved å undersøke hva han tror han ville *følt/opplevd* (heller enn hva som ville *skjedde*), vil det være mulig å få tak i de fastlåste og ofte konkret mentaliserte (ikke-differensierte) antagelsene. En annen måte å stimulere pasientene til å produsere mentale tilstander, er ved å gi dem oppgaver de skal løse mellom sesjonene. Det kan eksempelvis være å dra på familiemiddag, gå på foreldremøte etc. Oppgaven består ikke nødvendigvis i at de skal *gjøre* det, men å observere de *mentale tilstandene* som vekkes hos pasienten i relasjon til oppga-

ven – hvilke tanker, følelser og reaksjoner fikk pasienten da han/hun forsøkte å dra på foreldremøtet?

Det er med andre ord terapeutens oppgave å skape de mentale tilstandene som er fraværende hos pasientene med UPF. Som det fremkommer av forrige avsnitt, er et av kjerneproblemene til pasienter med UPF nettopp *fraværet* av hendelser, nysgjerrighet og følelser. Dette fraværet induserer skam, tilbaketrukkethet og engstelse. Som UPF-terapeut må man tolerere, utholde og akseptere at dette fraværet vil fylle mye i terapien. Man må avmystifisere dette ved å generalisere, men samtidig insistere på å være nysgjerrig på mentale tilstander, undersøke de aktuelle følelsene og ikke minst fremme de følelsene som er fraværende i terapien. Ofte bør man derfor som MBT-terapeut skifte fra en stil med mange spørsmål til en stil med flere *statements*. Man markerer sine tanker om mentale tilstander, gjør sitt resonnement *eksplisitt* og *tilgjengelig* for pasientene og fremsetter det som en mulig *hypotese*. Eksempelvis; «Når jeg forestiller meg hvordan det er å sitte til en familiemiddag og oppleve at svigerfar kritiserer meg, så tenker jeg at jeg kunne bli både sint og trist på samme tid. Hva tenker dere om dette?»

I dette arbeidet kan det være nyttig *ikke* å spørre de andre i gruppen hva de tenker om aktuelle hendelser som en medpasient bringer frem, fordi vi da fokuserer på en ytre hendelse som mange av dem ville frykte eller unngå helt. Ergo vil man neppe få særlig mentaliserende input fra gruppemedlemmene. Vi anbefaler isteden at man hjelper gruppen med å fokusere på mentaliteten ved å utforske hva den enkelte medpasient tenker om hvordan de tror vedkommende hadde det i den beskrevne situasjonen? «Hvordan ville du hatt det?» «Hva ville du tenkt hvis du var en av de andre?»

Dimaggio (2015) beskriver en serie intervensjoner som begynner med å be pasienten om en situasjon (en hendelse eller en ikke-hendelse), for så å fokusere på pasientens følelsesmessige reaksjon i denne situasjonen. Dersom dette lykkes, vil en kunne spørre pasienten om denne følelsesmessige reaksjonen vekker tidligere minner. Ofte vil både pasienten og (i gruppeterapi) andre gruppemedlemmer kunne få tak i tidligere lignende situasjoner, og på den måten vil differensiering fremmes ved at pasienten blir seg bevisst at de følelsesmessige reaksjonene synes like i flere forskjellige situasjoner, altså at de er automatiserte reaksjoner med liten forankring i den enkelte hendelse.

## Oppsummering

Vi har i denne artikkelen argumentert for at unnvikende personlighetsfor-

styrrelser er kvalitativt annerledes enn symptomlidelser idet det er snakk om en forstyrrelse av personligheten. Denne forstyrrelsen har vi gjennomgått ut fra en teoretisk modell hentet fra DSM-5. Et kjennetegn ved alle personlighetsforstyrrelser er problemer med mentalisering. Vi argumenterer derfor for at mentaliseringsbasert behandling vil være velegnet også for denne gruppen, dersom man tar høyde for målgruppens ideosynkratiske mentaliseringsproblemer. Med andre ord et fokus bort fra atferd og atferdens konsekvenser og over mot de mentale prosessene som atferden er en logisk følge av. På denne måte vil man bli mer opptatt av pasientens non-mentalisering og intervenser i henhold til dette. Vi har forsøkt å komme med strukturelle, så vel som konkrete eksempler på hvordan dette arbeidet kan utføres.

## Abstract

*This paper presents a theoretical framework for understanding and treating patients with avoidant personality disorder. We argue that avoidant personality disorders are qualitatively different from symptom disorders and therefore requires a consistent framework based on theory and clinical practice. We argue that we must shift our focus from behavior to mental processes as found in mentalization based treatment. This treatment needs to be tailored to the problems that are at the core of avoidant personality disorder.*

*The paper is based on literature and the clinical experience of working with these patients in an outpatient treatment program in Sandefjord, Norway.*

## Key words

*Avoidant personality disorder, Mentalization, mentalizing, MBT, treatment*

## Litteraturliste

- Arbel, N., & Stravynski, A. (1991). A retrospective study of separation in the development of adult avoidant personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 83(3), 174-178.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van, I. M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychol Bull*, 133(1), 1-24. doi:10.1037/0033-2909.133.1.1
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 165(5), 631-638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09040539
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanal Inq*, 33(6), 595-613. doi:10.1080/07351690.2013.835170

- Bateman, S. K. A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi*. Oslo: Gyldendal
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess*, 93(4), 332-346. doi:10.1080/00223891.2011.583808
- Bogels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress Anxiety*, 27(2), 168-189. doi:10.1002/da.20670
- Buades-Rotger, M., Beyer, F., & Kramer, U. M. (2017). Avoidant Responses to Interpersonal Provocation Are Associated with Increased Amygdala and Decreased Mentalizing Network Activity. *eNeuro*, 4(3). doi:10.1523/eneuro.0337-16.2017
- Carter, S. A., & Wu, K. D. (2010). Relations among symptoms of social phobia subtypes, avoidant personality disorder, panic, and depression. *Behav Ther*, 41(1), 2-13. doi:10.1016/j.beth.2008.10.002
- Chambless, D. L., Fydrich, T., & Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication? *Depress Anxiety*, 25(1), 8-19. doi:10.1002/da.20266
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2007). Socio-demographic conditions, subjective somatic health, Axis I disorders and personality disorders in the common population: the relationship to quality of life. *J Pers Disord*, 21(5), 552-567. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.552
- Dimaggio, G. e. a. (2015). *Metacognitiv Interpersonal Therapy for Personality Disorders. A treatment manual*. London: Routledge.
- Dimaggio, G. S. A. e. a. (2007). *Psychotherapy of personality Disorders. Metacognition. States of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge.
- Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H., & Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *J Pers Disord*, 27(6), 746-763. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_109
- Eikenaes, I., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2016). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychol Psychother*, 89(3), 245-260. doi:10.1111/papt.12075
- Farmer, A. S., & Kashdan, T. B. (2014). Affective and Self-Esteem Instability in the Daily Lives of People with Generalized Social Anxiety Disorder. *Clin Psychol Sci*, 2(2), 187-201. doi:10.1177/2167702613495200
- Fonagy, A. B. a. P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University press.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Compr Psychiatry*, 48(4), 348-356. doi:10.1016/j.comppsy.2007.03.004
- Johansen, M. S., Normann-Eide, E., Normann-Eide, T., & Wilberg, T. (2013). Emotional dysfunction in avoidant compared to borderline personality disorder: a study of affect consciousness. *Scand J Psychol*, 54(6), 515-521. doi:10.1111/sjop.12076
- Jorgensen, C. R., Freund, C., Boye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjolbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand*, 127(4), 305-317. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x
- Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M. S., Johansson, P. N., Schluter, C., . . . Bateman, A. W. (2013). The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): development, structure and reliability. *Psychother Res*, 23(6), 705-717. doi:10.1080/1050330

- 7.2012.708795
- Karterud, S., Urnes, Ø., & Wilberg, T. (2017). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kashdan, T. B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: theoretical synthesis and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 27(3), 348-365. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.003
- Kohut, H. (1959). Introspection, Empathy and Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 459-483.
- Marques, L., Porter, E., Keshaviah, A., Pollack, M. H., Van Ameringen, M., Stein, M. B., & Simon, N. M. (2012). Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: what does it add? *J Anxiety Disord*, 26(6), 665-672. doi:10.1016/j.janxdis.2012.05.004
- Moroni, F., Proccacci, M., Pellecchia, G., Semerari, A., Nicolo, G., Carcione, A., . . . Colle, L. (2016). Mindreading Dysfunction in Avoidant Personality Disorder Compared With Other Personality Disorders. *J Nerv Ment Dis*, 204(10), 752-757. doi:10.1097/nmd.0000000000000536
- Normann-Eide, E., Johansen, M. S., Normann-Eide, T., Egeland, J., & Wilberg, T. (2013). Is low affect consciousness related to the severity of psychopathology? A cross-sectional study of patients with avoidant and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 54(2), 149-157. doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.003
- Olsson, I., & Dahl, A. A. (2012). Avoidant personality problems--their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Compr Psychiatry*, 53(6), 813-821. doi:10.1016/j.comppsy.2011.10.007
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Ralevski, E., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Tracie Shea, M., . . . McGlashan, T. H. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatr Scand*, 112(3), 208-214. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00580.x
- Reich, J. (2009). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Curr Psychiatry Rep*, 11(1), 89-93.
- Spinhoven, P., Bamelis, L., Molendijk, M., Haringsma, R., & Arntz, A. (2009). Reduced specificity of autobiographical memory in Cluster C personality disorders and the role of depression, worry, and experiential avoidance. *J Abnorm Psychol*, 118(3), 520-530. doi:10.1037/a0016393
- Theodore, M. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III, axis II*. New York: John Wiley & Sons.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol*, 50(6), 624-632. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant Personality Disorder: a Current Review. *Curr Psychiatry Rep*, 18(3), 29. doi:10.1007/s11920-016-0665-6
- Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (pp. 140-157). New York: International Universities Press.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918. doi:doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1911