

# Psykoanalyse i voksenpsykiatrisk poliklinikk - del 1



Hvordan kan psykoanalytisk teori være til nytte i arbeidet med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

TEKST

**Linda Sandbæk**

PUBLISERT 1. oktober 2021

EMNER

psykoanalytisk teori

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

psykoanalyse

I voksenpsykiatrisk poliklinikk møter psykologer et bredt spekter av problemstillinger som skal avklares og eventuelt behandles. Uavhengig av henvisningsårsak kan man anslå at 30–40 % av pasientene i voksenpsykiatriske poliklinikker oppfyller kriterier for en eller flere personlighetsforstyrrelser (Korsgaard, 2019). Den hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelsen er emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) (Hersen & Turner, 2012). I det følgende presenterer jeg teori som jeg mener kan hjelpe oss å forstå bakgrunnen for symptombildet ved EUPF og hva som opprettholder det.

I neste nummer av dette tidsskriftet vil jeg gjennom en pasienthistorie beskrive intervensjoner og dimensjoner ved terapeutisk holdning. Jeg har i mitt arbeid med pasienter i poliklinikk ikke kunnet tilby pasienter psykoanalyse som behandlingsmetode. Allikevel har jeg funnet kunnskapen fra psykoanalysen nyttig som en del av behandlingen. Det gjelder både i kortere og lengre forløp, der behandlingen

primært har vært rettet mot komorbide symptomlidelser, og der personlighetsproblematikk har vært i forgrunnen for behandling.

## **Teoretiske bidrag**

Psykoanalysen omfatter både en teori om utvikling av personligheten, en teori om psykopatologi og en behandlingsmetode (Gullestad & Killingmo, 2013). Det vil hovedsakelig være bidrag fra førstnevnte som løftes frem her. Årsaken til at jeg velger å fokusere på EUPF, er både at det er den vanligste type personlighetsproblematikk vi møter som behandlere i psykisk helsevern, og fordi jeg synes psykoanalytisk teori har vært spesielt verdifullt når det gjelder å forstå kompleksiteten i disse pasientenes strev. Direkte årsaksforklaringer mellom teori og ett bestemt symptombilde finnes naturligvis ikke. Det vil dreie seg om høyst ulike veier inn i og ut av EUPF-symptomer gjennom de individuelle utviklingsløpene. Det som løftes frem, vil potensielt ha relevans for personlighetsforstyrrelser generelt, men jeg drøfter ikke dette nærmere.

Før vi ser nærmere på teoretiske bidrag, vil jeg kort se på hvordan psykoanalytisk tilnærming kan være et verdifullt tillegg til diagnostiske symptombeskrivelser. ICD-10 skiller mellom to undertyper av EUPF: impulsiv type og borderline type. Bortsett fra denne inndelingen som skiller mellom en mer impulsiv variant og en som hovedsakelig har vansker med usikker identitetsopplevelse og relasjoner, er diagnostikken nokså lik i DSM-5 og ICD-10. De grunnleggende kjennetegn ved lidelsen som beskrives i begge diagnosemanualene, er et gjennomgående mønster av ustabilitet i relasjoner, selvbilde og affekt som begynner i tidlig voksen alder, og er til stede på tvers av situasjoner. I tillegg er tilbakevendende selvmordsatferd eller selvskading, kronisk tomhetsfølelse, forbigående paranoide tanker og problemer med regulering av sinne beskrevet. Pasienter vil ofte oppfylle kriteriene for mer enn en personlighetsforstyrrelse. Vanligvis er det komorbiditet med symptomlidelser, hvor angst, depresjon og rusmisbruk er de mest vanlige (Hersen & Turner, 2012).

## **Hvorfor meg?**

*Hun havnet ofte i konflikter og situasjoner som gjorde at hun mistet arbeid og ikke evnet å slutføre prosjekter. Hun viste seg ved nærmere kartlegging å ha problemer med å akseptere autoriteter, ble lett fornærmet og hadde høye forventninger til hvordan kolleger og mennesker for øvrig burde se henne som person og forstå hennes behov. I terapien kom hun i kontakt med noe av sin underliggende skam og angst. Bak hennes kalde og noen ganger direkte slemme atferd overfor andre viste det seg en intens lengsel etter tilhørighet og etter at andre skulle se på henne som en god og akseptabel person.*

Diagnose er et viktig struktur- og kommunikasjonsverktøy for behandlere og tilbyr pasienten et navn for og beskrivelse av sine plager. Pasienter har formidlet at det kjennes godt å vite at det finnes andre med lignende vansker som en selv, og at det å få en diagnose øker troen på at det er mulig å behandle problemene. En diagnose kan også gi mer konkrete fordeler som tilgang til behandling og trygdeytelser. Samtidig gir diagnosen begrenset informasjon, den betyr ikke at vi kjenner personens beveggrunner

eller får vite hvordan vi kan hjelpe. Å forstå de underliggende mekanismene og funksjonen bak symptomer vektlegges innenfor psykoanalytisk tilnærming. Litt forenklet kan vi kalle det spørsmålet om «hvorfør meg». Jeg tror de fleste pasienter kommer til behandling med dette spørsmålet i tankene. I neste nummer av tidsskriftet vil jeg fortsette historien til kvinnen i eksempelet over og vise hvordan man kan arbeide med EUPF i poliklinikk. Jeg vil i det følgende løfte frem bidrag fra psykoanalytisk teori som kan gi terapeuten en dypere kunnskap om hvordan og hvorfor pasienten strever, som i sin tur vil kunne øke empati og evne til å gi meningsfull tilbakemelding via bekreftende intervensjoner og psykoedukasjon.

### **Symptomer som overflate-indikatorer**

I psykoanalytisk tenkning ser man psykiske lidelser som et resultat av en kombinasjon av underliggende motsetningsfylte følelser, udekkede relasjonelle behov og en nevrobiologisk sårbarhet. Symptomer sees på som overflate-indikatorer på bestemte forsvar mot følelser. I EUPF vil symptomene vanligvis forsvare en skjør personlighetsstruktur og mangel på positive følelser overfor en selv. Et stabilt selvilde kan ikke opprettholdes i situasjoner med ekte eller innbilt avvisning, insensitivitet eller indre eller ytre trussel om å bli forlatt (McCoullough et al., 2003).

Tilstedeværelsen av traumer har dokumentert sammenheng med personlighetsforstyrrelser. Det kan være seksuelle, emosjonelle og fysiske overgrep, men det kan også dreie seg om forsømmelse (Hersen & Turner, 2012). Innenfor psykoanalytisk tenkning er man opptatt av hvordan traumet fortolkes i en interpersonlig kontekst, hvor tilliten til andres empati blir svekket på et grunnleggende plan (Varvin, 2019). Når det gjelder forsømmelse og andre mindre synlige krenkelser, har man vektlagt at traumer også kan handle om hva personen ikke har fått, som manglende gode tilknytningserfaringer, omsorg og nærhet. Slike mangler kan resultere i udekkede lengsler og et skjørt selvilde. Green (1986) beskriver «den hvite sorg»: en indre smerte som handler om at du vet at du gikk glipp av noe viktig i form av menneskelig kontakt, men du greier ikke riktig å gripe dette som du mangler og savner, du har ikke referansene til det. Green knytter denne smerten til barnets tidlige erfaringer med en følelsesmessig utilgjengelig omsorgsperson.

Hos Freud var menneskelig motivasjon hovedsakelig koblet til libido og aggresjon, mens nyere psykoanalytiske bidrag har kastet lys over menneskers relasjonelle behov. Sistnevnte kalles objektrelasjonsteori (Gullestad & Killingmo, 2013).

Objektrelasjonsteori betegner ulike bidrag som har satt søkelyset på objektrelasjonens betydning i individets utvikling. En hovedforskjell mellom disse er i hvilken grad man fokuserer på den indre og den ytre verden (representert av henholdsvis Klein versus Bowlby). En annen hovedforskjell er i hvilken grad man eksplisitt har løsrevet seg fra Freuds driftsperspektiv eller ikke, representert av Kohut versus Kernberg (Mitchell & Black, 1995). Jeg går ikke nærmere inn i denne teoretiske kompleksiteten her, men løfter frem bidrag jeg selv har funnet spesielt nyttige i arbeidet med EUPF.

### **Behovet for tilknytning**

Det er vist sammenheng mellom EUPF og utrygg tilknytning i barndommen (Hersen & Turner, 2012). Psykoanalytikeren Bowlby (1969, 1973) utviklet teorien om at mennesker har et biologisk behov for tilknytning (Gullestad & Killingmo, 2013). Spedbarnets disposisjon til å die, smile, gråte og følge etter ble beskrevet som tilknytningsatferd. Vanligvis vil tilknytningsatferden møtes med respons som trygger barnets tilknytningsbehov. Tilknytning er koblet til utforskning. Barnet kan utforske verden når han vet at han kan vende tilbake til den trygge basen for emosjonelt påfyll. Uten en sikker base vil barnet utvikle en form for mistilpasning. Barnet kan bli overopptatt av omsorgspersonen og får ikke tatt i bruk omgivelsene der ute for egen del. Eller han vandrer uforsiktig ut i verden uten å se seg tilbake. Ved desorganiserte former for tilknytning ser vi en mangel på strategi. Barnet står i et spenn mellom sitt behov for tilknytning til omsorgspersonen på den ene siden og samtidig redsel for vedkommende på den andre. En frykt uten løsning.

**«Det utrygge oppsøkes aktivt fordi det paradoksalt nok kan gi en følelse av trygghet gjennom å sikre tilknytningsbåndet»**

Dersom behovet for trygghet ikke er oppfylt, kan pasienten for eksempel få panikk når terapeuten skal på ferie, eller har vansker med å forlate kontoret til avtalt tid (det kan selvsagt også være andre motiver bak denne type atferd). Vi kan også møte en person som har utviklet et forsvar mot tilknytningsbehov, og som virker i overkant selvtilstrekkelig. Andre igjen kan streve med tillit på et helt grunnleggende nivå. De er redde for at andre skal gjøre dem vondt, kan hende også for terapeuten. De desperate anstrengelsene for å unngå å bli forlatt som vi ser hos EUPF, kan forstås som en måte å sikre seg den livsviktige kontakten med andre på. Ofte pendler personen mellom to motsatte posisjoner: unngåelse og avvisning av kontakt på den ene siden, og sterkt kontaktbehov på den andre.

Menneskers tilknytningsbehov forsvinner ikke. Det finnes alltid en tilknytning, men den behøver ikke være forankret i trygge og varme følelser. Selv når omsorgspersonen er fraværende eller mishandler barnet, vil barnet prøve å få omsorg der det er mulig. Dette kan være en tilnærming til å forstå ulike typer selvdestruktiv atferd som vi ser ved EUPF: Det utrygge oppsøkes aktivt fordi det paradoksalt nok kan gi en følelse av trygghet gjennom å sikre tilknytningsbåndet. Vi kan lettere forstå hvorfor en person gang på gang velger partnere og venner som ikke kan eller vil møte hans eller hennes behov. Vi kan se for oss hvordan barnet, og senere «barnet i den voksne», intensiverer sin tilknytningsatferd og går til ytterligheter som selvskading og selvmordsatferd for å bli hørt. Som en pasient uttrykte det: «Jeg må rope veldig høyt for å bli hørt.» Å møte en terapeut som kan formidle en forståelse forut for og parallelt med å finne alternative mestringsstrategier til ulike typer selvdestruktiv atferd, vil etter min erfaring være avgjørende for endring.

## **Internalisering av objektreasjoner**

I psykoanalyse refererer begrepet objektreasjoner til interne representasjoner av erfaringer og ikke til atferd som kan observeres direkte. Disse indre representasjonene påvirker i sin tur personens atferd. Internalisering brukes om prosessen som skjer når den enkelte «tar inn» miljøet og skaper indre representasjoner av dem. På et generelt plan refererer internalisering til en etablering av intrapsykiske strukturer som gjør barnet stadig mer uavhengig av at omsorgspersonene er konkret til stede. Mahler (1968, 1975) beskrev gjennom observasjon av mødre og barn en utvikling fra symbiose gjennom ulike faser på vei til objektkonstans. Objektkonstans betyr at barnets følelsesmessige forhold til moren har blitt en indre struktur som består relativt uavhengig av hennes fysiske nærvær og svingninger i barnets behov. Mahlers hypotese var at spedbarnet i begynnelsen opplever seg selv og moren som en. Denne fasen i utviklingen kalte hun symbiose. Morens kapasitet til «holding» og «primary maternal preoccupation» (Winnicott, 1956, i Mahler, 1968) er symbiosens organiserende krefter. Mahler observerte hvordan barnet gradvis separerte seg fra mor ved å protestere og distansere seg. Hvis gleden over voksende autonomi får lov til å dominere i samspillet mellom mor og barn, vil barnet lettere være i stand til å overvinne separasjonsangsten som følger av en stadig mer uavhengig fungering. Mahler observerte hvordan mor hjelper barnet i den gradvise differensieringen, på samme måte som fuglemoren hjelper fugleungen ut av redet, «the gentle push». (Mahler et al., 1975, s. 73). Den trygge forventningen moren utstråler når hun føler at barnet kan greie seg mer og mer på egen hånd, synes å være en viktig trigger for barnets egen følelse av sikkerhet.

### **«En person med vaklende objektkonstans får problemer med å skille mellom hva som er egne følelser og hva som er andres»**

Pasienter med EUPF veksler mellom å idealisere og devaluere i sine relasjoner. Vi ser en konflikt mellom distanse og nærhet. Dette kan forstås som at det på et indre plan ikke i tilstrekkelig grad er blitt etablert et skille mellom selv og objektrepresentasjoner. Med en vignett vil jeg illustrere hvordan terapeuten kan forsøke å møte behovet for både tilknytning og separasjon hos pasienten.

En person med vaklende objektkonstans får problemer med å skille mellom hva som er egne følelser og hva som er andres. Selvhenføring og projeksjon (i alvorlige former paranoide tanker) kan forstås nærmere i lys av teori om individets intrapsykiske utvikling. Vi kan ved EUPF se oppfatninger som i liten grad samsvarer med andre menneskers opplevelse av samme situasjon. For eksempel kan terapeuten oppleves som avvisende eller utilstrekkelig basert på pasientens projeksjon av egne følelser (eg. usikkerhet, sinne, redsel). Slike projeksjoner har gjerne en viktig psykologisk funksjon for individet, for eksempel som en beskyttelse mot å føle seg alene og overlatt til seg

selv ved å erfare egne følelser slik de er. Dette kan igjen henge sammen med en indre verden som i varierende grad greier å skille mellom selv og andre, og hvor stress forverrer vanskene. I møte med projeksjoner hvor terapeuten oppfattes som usikker, utilstrekkelig eller avvisende, kan det for eksempel hende at terapeuten blir usikker på om hun kan hjelpe pasienten, og på bakgrunn av dette henviser videre eller avslutter saken. Pasienten mister i så fall en mulighet til å kjenne på og bearbeide egne følelsesmessige reaksjoner.

Gjennom å være bevisst på det som utspiller seg i den terapeutiske relasjonen, kan en motivirke alliansebrudd og frafall i terapi. Etter hvert kan pasienten trene på å oppfatte når projeksjonene aktiveres, og bruke dette som signal om at han trenger å redusere stress gjennom å ta vare på seg selv eller be om hjelp.

## **Jeg er ingen**

Tomhetsfølelse er et diagnostisk kriterium ved EUPF. Mange av disse pasientene opplever det som uutholdelig å være alene, å holde ut seg selv. Jeg er ingen, sa en av mine pasienter til stadighet. I tillegg til tilknytning har vi mennesker grunnleggende behov for følelsesmessig bekreftelse. For å utvikle et sammenhengende selv med evne til å føle er det avgjørende at barnets følelser blir sett og bekreftet av omsorgspersonen. Kohut beskriver det som «the gleam in the mothers eye», denne kvaliteten ved samspill hvor barnet føler seg velkommen i verden (Kohut 1971, i Gullestad & Killingmo, 2013). Stern (1985) skriver om ulike former for inntonning i samspillet og hvordan dette kan forstyrres. Barnet lærer hvordan han kan dele og eventuelt bli hjulpet med sine emosjonelle tilstander ut ifra responsene han får fra omverdenen.

I terapirommet kan vi møte pasienten som krever å bli sett på en spesifikk måte av terapeuten eller andre. Både språk og handlinger kan fortelle historier som vitner om ubekreftede deler av selvet. En av mine mannlige pasienter med EUPF kom i behandling fordi han etter år med gjentatt utroskap hadde ønske om å leve i et stabilt parforhold og få barn. Han beskrev hvordan han følte seg umettelig på den type oppmerksomhet som nye kjærlighetsforhold innebærer. Han var oppvokst med en mor som periodevis slet med dype depresjoner, og som derav i vekslende grad kunne være tilgjengelig for ham. Han kunne etter hvert både minnes og oppleve avvisningen og forlatthetsfølelsen fra den gang og knyttet dette til hvordan han oppsøkte nye kvinner som kunne bekrefte hans mannlighet og person. Senere fant han mer varig reparasjon av sine barndomserfaringer gjennom et stabilt parforhold.

Winnicott (1960) beskriver de tidlige stadiene av å utvikle et sant selv i motsetning til et falsk selv, der ekte følelser og tanker må holdes skjult for omverden. Å oppleve at ens indre verden kan deles med en annen, er en forutsetning for psykologisk intimitet. Utforskning handler ikke bare om å bevege seg fysisk ut i verden, men også om å utforske seg selv og andres indre verden (Gullestad & Killingmo, 2013). For en person med utrygg tilknytning og varierende evne til å skille mellom egne og andres følelser blir det en tidvis skremmende og forvirrende søken etter mening. For mange med personlighetsforstyrrelse blir terapirommet den første erfaringen av å dele emosjonelle

og personlige erfaringer med en annen person, i stedet for å handle eller projisere ut følelser.

## Oppsummerende betraktninger

Jeg skrev innledningsvis at diagnoser, til tross for at de kan være viktige i kommunikasjons-sammenheng og som strukturerende verktøy, ikke utdyper i tilstrekkelig grad individuelle utviklingsveier inn i og ut av de symptomene de beskriver. De sier lite om det spørsmålet som ofte opptar våre pasienter: «Hvorfor meg?» I denne teksten har jeg løftet frem bidrag fra psykoanalytisk teori som jeg selv har funnet nyttige i poliklinisk arbeid med EUPF. Vi har blant annet sett at pendling mellom nærhet og avstand i nære relasjoner, mellom idealisering og devaluering, kan forstås som uttrykk for manglende objektkonstans. Terapeutens teoretiske kunnskap blir også etter hvert internalisert som en del av hans eller hennes forut-forståelse. Både gjennom egen praksis og som veileder har jeg sett hvordan psykoanalytisk teori kan øke terapeutens gjenkjennelse av og derav evne til å formidle grunnleggende menneskelige erfaringer. Kunnskapen blir et repertoar av tilgjengelige språklige verktøy, bilder og metaforer som kan hjelpe terapeuten å hente frem empati i det indre, og demonstrere sin forståelse gjennom validerende og psykoedukative intervensjoner i det ytre. Min påstand er at dette, uavhengig av komorbid symptomlidelse og hvilken annen behandlingsmetode som brukes, vil kunne ha en spesielt stor verdi for det problemkompleks vi typisk ser hos EUPF. Vekslingen mellom å validere og å tilby problemløsende strategier er en gjennomgående balansekunst i alt psykoterapeutisk arbeid. Der hvor fundamentet for trygghet i kontakt med andre stadig vakler, blir denne balansen spesielt viktig, og teoretiske bidrag som kan øke vår kapasitet til å forstå likeså.

**Merknad:** *Alle pasienteksempler er helt eller delvis konstruert for å bevare anonymitet.*

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 10, 2021, side*

### TEKST

**Linda Sandbæk**, psykologspesialist ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus

KONTAKT: [linda.sandbaek@gmail.com](mailto:linda.sandbaek@gmail.com)

### + Vis referanser

Bowlby, B. (1969). . Basic Books.

Bowlby, B. (1973). . Basic Books.

Green, A. (1986). Karnac Books.

Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2005).  
Universitetsforlaget.

Hersen, M. & Turner, S. M. (2012).

John Wiley & Sons.

- Korsgaard, H. O. (2019). . I faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri, Legeforeningen.no. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdo...>
- Mahler, M. S. (1968). . Hogarth Press.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1975).  
Basic Books.
- McCoullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf J. & Hurley, C.L. (2003)  
The Guilford Press.
- Mitchell, S. A. & Black, M. J. (1995).  
Basic Books.
- Stern, D. N. (1985).  
Basic Books.
- Varvin, S. (2019). Det kliniske møte med overleverer etter menneskerettighetsovergrep. I Stänicke, E., Strømme H., Kristiansen S. & Indrevoll Stänicke, L. (red.), Klinisk tenkning og psykoanalyse (s. 141-164). Gyldendal Akademisk.
- Winnicott, D. W. (1960). Ego distortions in terms of true and false self. I D. W. Winnicott (red.), (s. 141-152). Karnac Books.