

# **Om å forstå og behandle personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser**

Et bidrag til en behandlingsmetode med fokus på  
å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser

**DEL 1:** En innføring

Av psykolog **Andreas Aamodt**

Spesialist i klinisk psykologi, NPF

Kristiansand 2005

(Skriftlig arbeid for spesialiseringen i klinisk psykologi.)

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	4
<b><u>DEL 1: OM Å FORSTÅ OG BEHANDLE PERSONER MED ALVORLIGE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER</u></b> .....	7
<b><u>1 Om personlighetsforstyrrelser</u></b> .....	7
1.1 <u>Om forståelse og behandling</u> .....	9
<b><u>2 En integrasjon av affektteori, selvpsykologi og praktisk livsfilosofi</u></b> .....	11
2.1 <u>Begrunnelse for valg av teorier og behandlingsmodell</u> .....	11
2.1.1 <u>Resultater fra psykoterapiforskning</u> .....	13
<b><u>3 Følelser</u></b> .....	14
3.1 <u>De enkelte følelsene</u> .....	16
3.2 <u>Følelsene utgjør et signalsystem</u> .....	18
3.3 <u>Følelsene utgjør et motivasjonssystem</u> .....	19
<b><u>4 Personlighetsutvikling</u></b> .....	20
4.1 <u>Personlighetsutviklingen fører til at det dannes relativt faste reaksjonsmønstre i forhold til forskjellige følelser</u> .....	21
<b><u>5 Om å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser</u></b> .....	23
5.1 <u>Om å legge merke til følelsene</u> .....	24
5.2 <u>Om å tåle følelsene</u> .....	24
5.3 <u>Om å forstå følelsene</u> .....	25
5.4 <u>Om å bruke følelsene</u> .....	25
5.5 <u>Om å uttrykke følelsene</u> .....	27
5.6 <u>Følelser, tanker og handlinger</u> .....	28
<b><u>6 Forstyrret og mangelfull personlighetsutvikling</u></b> .....	28
<b><u>7 Diskusjon: Om den terapeutiske relasjon og grunnlaget for vellykkede behandlinger</u></b> .....	32
7.1 <u>Om forståelse</u> .....	32
7.1.1 <u>Om forståelse og konfrontasjon</u> .....	33
7.2 <u>Om omsorg</u> .....	35

7.3	<u>Om relevant kunnskap</u> .....	36
7.4	<u>Om behandlingstilbud og terapeuter</u> .....	36
7.5	<u>Oppsummering av diskusjonen</u> .....	37
<b>8</b>	<b><u>Avslutning</u></b> .....	<b>38</b>
<b>9</b>	<b><u>Referanser</u></b> .....	<b>40</b>

## **DEL 2:**

**OM Å FORSTÅ OG BEHANDLE PERSONER MED ALVORLIGE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER: ET BIDRAG TIL EN BEHANDLINGS-METODE MED FOKUS PÅ Å LEGGE MERKE TIL, TÅLE, FORSTÅ, BRUKE OG UTTRYKK FØLELSER. DEL 2: EN KONKRET OG PRAKTISK BEHANDLINGSMODELL  
(Upublisert manuskript).**

## **APPENDIKS:**

**AFFEKTTEORI, SELVPSYKOLOGI OG PRAKTISK LIVSFILOSOFI  
(Upublisert manuskript)**

## **KOMPENDIUM:**

**OM Å LEGGE MERKE TIL, TÅLE, FORSTÅ, BRUKE OG UTTRYKKE DE FORSKJELLIGE FØLELSENE: ET BIDRAG TIL HVORDAN VI KAN UTVIKLE VÅR EMOSJONELLE INTELLIGENS (EQ)  
(Upublisert manuskript)**

## **Forord**

Denne fremstillingen vil dreie seg om følelser, personlighetsutvikling og psykoterapi. Den vil belyse temaer som er relevante for alle menneskers selvutvikling og helse.

Fremstillingen vil ta utgangspunkt i mennesker som har fått en alvorlig forstyrret og mangelfull selvutvikling. Den vil handle om mennesker som blant annet har et svært vanskelig forhold til sine egne følelser, ønsker og behov. I faglitteraturen blir slike mennesker betegnet som lidende av alvorlige personlighetsforstyrrelser. Iblant blir de betegnet som lidende av en "borderline" personlighet.

Mennesker med personlighetsforstyrrelser preges av langvarige, sammensatte og mangfoldige psykiske lidelser, iblant av svært alvorlig karakter. Personer som sliter med alvorlige personlighetsforstyrrelser strever vanligvis med veldige plager og problemer, og de trenger som oftest hjelp fra store deler av det offentlige helse- og sosialapparatet.

I mange fagmiljøer synes det å råde en slags resignert pessimisme i forhold til pasienter som lider av alvorlige former for personlighetsforstyrrelser. De fleste fagpersoner gir uttrykk for at det er vanskelig å forstå og behandle denne pasientgruppen. Fra forskningshold har det i tråd med dette stort sett blitt rapportert om nokså dårlige behandlingsresultater (Monsen, Odland, Faugli, Daae & Eilertsen, 1995b; Torgersen, 1995; Bateman & Fonagy, 2000; Wilberg, 2001; og Malt, Retterstøl & Dahl, 2003). Mange mener at de rapporterte behandlingsresultatene viser at disse pasientene kun i liten grad har nytte av behandling.

Mitt mål med denne fremstillingen er å komme med et bidrag til hvordan vi kan forstå og behandle personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser på en god og effektiv måte. Jeg vil vise til dokumentasjon som viser at de aller fleste av disse pasientene kan få det mye bedre ved hjelp av nyere former for psykoterapeutisk behandling (Perry, Banon & Ianni, 1999). Mange kan til og med bli både velfungerende og friske (Monsen, Odland, Faugli, Daae & Eilertsen, 1995a; Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremers, Nadort & Arntz, 2006).

Store deler av fremstillingen vil være basert på psykolog Jon T. Monsens (1989, 1991, 1993, 1994, 1996 & 1997) og medarbeideres (Monsen, Ødegård & Melgård, 1986;

Karterud & Monsen, 1997; Monsen & Monsen, 1999 & 2003; og K. Monsen, 1989 & 2002) arbeider. Disse klinikerne, teoretikerne og forskerne har arbeidet mye med det de først kalte følelsesbevissthet, og senere har kalt **affektbevissthet**<sup>1</sup>.

I **del 1** vil jeg gjøre rede for hva som menes med begrepet personlighetsforstyrrelser. Jeg vil forsøke å forklare hvordan en forstyrret og mangelfull personlighetsutvikling er kjernen i problemene disse personene har. For å illustrere fremstillingen kommer jeg innimellom til å referere til to pasienter jeg har hatt i behandling. Mye av fremstillingen er basert på en forståelsesmodell, og en korresponderende behandlingsmetode, som er utviklet av Monsen og medarbeidere. Metoden kalles i blant for **affektbevissthetsmodellen**, og den har et fokus som går ut på å arbeide med å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser stadig bedre. Avslutningsvis i del 1 vil jeg diskutere modellen ved å se den i forhold til noen nødvendige betingelser for å kunne utvikle gode terapeutiske relasjoner, og vellykkede behandlinger.

I **del 2** (Aamodt, 2005b) vil jeg gjøre nærmere rede for den psykoterapeutiske behandlingsmodellen som jeg i del 1 har skissert. Jeg vil konkretisere denne behandlingsmodellen, og vise hvordan vi i praksis kan behandle personer som blant annet lider av alvorlige personlighetsforstyrrelser. Konkret og praktisk vil jeg forsøke å gjøre rede for hvordan vi kan arbeide psykoterapeutisk med pasientenes evne til å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke alle former for følelsesopplevelser.

Psykoterapeutisk behandling som fokuserer på å arbeide med følelser, vil styrke personens selvfølelse, og den vil stimulere til personlighetsutvikling. En person som gjennomgår denne formen for behandling, vil etter hvert oppleve klarere og mer forståelige følelsesmessige reaksjoner på de fleste typer livshendelser. Personen vil kunne leve livet mer følelses- eller affektbevisst. Det psykoterapeutiske arbeidet vil styrke personens evne til å forstå og håndtere sine følelser, tanker og handlinger, og hjelpe til med å løse opp i problemer og tilfredsstillende gode ønsker og behov. Evnen til å

---

<sup>1</sup> Mitt kjennskap til teoriene og behandlingsmodellen bygger på at jeg har gjennomgått en inngående veiledningsbasert utdanning i tre år ved "Institutt for Affektteori og Psykoterapi" drevet av Jon T. og Kirsti Monsen. Jeg har også deltatt på flere seminarer hvor Monsen har presentert sin teori og behandlingsmodell. Ved siden av dette har jeg med stor interesse studert den refererte litteratur. Jeg har dessuten selv undervist mye om temaene følelser, selvfølelse, personlighetsutvikling og psykoterapi. Til sist vil jeg nevne at jeg i løpet av ni års klinisk arbeid har fått mange egne erfaringer som i høy grad har bekreftet behandlingsmodellens nytteverdi og effektivitet. Mange pasienter har støttet opp om mitt arbeid med dette.

mestre livet vil ved dette styrkes.

I **appendikset** (Aamodt, 2005c) vil jeg gjøre nærmere rede for nyere affektteori og selvpsykologi. Jeg vil også introdusere noen sentrale forfattere som har behandlet emner som har med praktisk livsfilosofi å gjøre. Disse argumenterer for en del grunnleggende prinsipper vi kan styre etter hvis vi vil forsøke å leve gode liv. Ved å knytte behandlingsmetoden opp mot livsfilosofi vil jeg også forankre den i en overordnet etikk. Affektteoretikere, selvpsykologer, og sentrale livsfilosofer, vektlegger ofte verdien av å forsøke å forstå og mestre følelser, ønsker og behov.

I **kompendiet** (Aamodt, 2005d) vil jeg ta for meg de 13 grunnleggende følelseskategorier jeg i denne fremstillingen opererer med. Denne delen av fremstillingen sikter mot å gi en oversikt over det menneskelige følelseslivet. En slik oversikt vil kunne danne et godt grunnlag for enhver form for selvforståelse og selvutvikling. En forståelse av de grunnleggende elementene i følelseslivet vil hjelpe oss til å utvikle vår emosjonelle intelligens. Jeg vil nokså inngående drøfte hvordan vi kan legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke alle de 13 forskjellige følelseskategoriene.

Jeg håper at jeg ved hjelp av denne fremstillingen skal klare å formidle en godt begrunnet behandlingsoptimisme knyttet til behandlingen av personer som sliter med alvorlige personlighetsforstyrrelser spesielt, og personer som sliter med psykiske lidelser generelt. Det å forstå og håndtere følelser, ønsker og behov er sentralt i alt godt psykisk helsearbeid. Behandlingsmodellen berører så sentrale ting i menneskelivet at den kan tilpasses alle former for psykiske forstyrrelser, og den kan bidra til vekst og personlighetsutvikling for alle.

## **DEL 1:**

### **OM Å FORSTÅ OG BEHANDLE PERSONER MED ALVORLIGE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER**

#### **Om personlighetsforstyrrelser**

*Inger var 25 år da hun startet opp i psykoterapeutisk behandling hos meg <sup>2</sup>. Hun møtte smilende og tilsynelatende avslappet opp på kontoret. Da jeg håndhilste på henne merket jeg at hånden hennes var våt av svette, hun virket også fjern og flakkende i blikket.*

*Inger var henvist fra en psykiatrisk akuttavdeling ved et lokalt sykehus. Der hadde hun det siste året vært innlagt flere ganger på grunn av at hun var så dypt fortvilet at hun ikke orket å leve lenger. Hun hadde i forkant av to av innleggelsene gjort dramatiske selvmordsforsøk, som heldigvis ikke hadde lyktes. Legene ved sykehuset hadde funnet ut at Inger blant annet led av en sterk sosial angst. Hun var redd for å treffe andre mennesker. Inger hadde dessuten hatt mange til dels alvorlige depresjonsperioder i løpet av de siste fem årene. Hun hadde også stadig oftere panikkangstaktige anfall. Inger var alvorlig redd for å "klikke", og bli "gal".*

*Det viste seg at Inger hadde vært vanskelig å behandle ved avdelingen. Det hadde utviklet seg mange konflikter mellom henne og flere av medpasientene, og også mellom henne og enkelte av de ansatte på avdelingen. Inger hadde dessuten røykt hasj mens hun var innlagt.*

*Etter bare noen få konsultasjoner kunne jeg slå fast at Inger i henhold til vanlig diagnostisk praksis led av en alvorlig form for personlighetsforstyrrelse.*

Begrepet personlighetsforstyrrelse viser til forstyrrelser i personligheten. Personer som strever med personlighetsforstyrrelser preges av personlige reaksjonsmønstre som ofte oppleves som smertefulle, og vanskelige å mestre. De opplever ofte intense og overveldende følelsesreaksjoner. Følelsesreaksjoner som gjerne inkluderer skam- og skyldfølelser, samt fortvilelse, redsel og sinne. Slike reaksjonsmønstre aktiveres nokså automatisk i situasjoner som på en eller annen måte minner om tidligere vonde opplevelser (Tomkins, 1995; og Monsen, 1997).

---

<sup>2</sup> Jeg bruker oppdiktete navn på de to pasientene jeg bruker som eksempler i denne fremstillingen. Flere detaljer er dessuten omskrevet slik at pasientene ikke skal kunne kjennes igjen.

I diagnosesystemet ICD-10, som brukes her i Norge, er overordnede kriterier for personlighetsforstyrrelser at personen har utviklet 'negative reaksjonsmønstre' i følelsesliv, impulskontroll og behovstilfredsstillelse som går ut over personen selv eller andre. Dette kan mer folkelig beskrives som at personen av komplekse årsaker har problemer med å forstå og håndtere sine følelser, ønsker og behov. Med dette som bakgrunn kan personlighetsforstyrrelsene deles opp i tre hovedtyper. Den ene hovedtypen består av vanligvis mindre alvorlige forstyrrelser som viser seg ved at personen er utpreget engstelig, og ved at han eller hun hemmes i sin livsutfoldelse. Personer som lider av slike forstyrrelser er for eksempel ofte unnvikende, avhengige eller tvangspregede. De mer alvorlige personlighetsforstyrrelsene kan deles inn i to undertyper. Den ene består av eksentriske eller sære personer som kan være paranoide eller ekstremt reserverte og tilbaketrukkede, såkalt schizoide. Den andre undertypen av alvorlige former for personlighetsforstyrrelser består av mer dramatiske og, for andre ofte, uberegnelige personer. Personer med denne formen for forstyrrelser er iblant dyssosiale, emosjonelt ustabile (borderline), dramatiserende og hysteriforme. Alle disse formene for personlighetsforstyrrelser kan være av forskjellig alvorlighetsgrad. De pasientene som lider mest, er nok de som ligger under for de alvorligste formene for alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Personlige reaksjonsmønstre utvikles i løpet av oppveksten, og de er som oftest nokså stabile etter at personen har nådd begynnelsen av 20 års alderen (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003). Dette gjør at personer med personlighetsforstyrrelser ofte vil slite med sine problemer i mange år, hvis de ikke får en god og effektiv behandling som endrer reaksjonsmønstrene.

Som en del av sitt symptom-bilde kan personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser lide av mange typer psykiske lidelser. De kan plages av forskjellig former for angst. Mange har en sterk sosial angst, en del har agorafobisk angst og panikkangstanfall. De kan videre streve med tvangstanker og tvangshandlinger. De plages ofte av tilbakevendende depressive episoder av forskjellig alvorlighetsgrad, episoder som ofte kan være preget av fortvilelse, skyldfølelse og selvforakt. Dette kan hos en del av personene føre til at de skader seg selv. Noen kan gjøre selvmordsforsøk, eller i verste fall begå selvmord. Flere opplever dessuten perioder med hektisk aktivitet med en underliggende uro og fortvilelse. Eller de kan føle seg overdrevent glade, stolte og



harmoniske inntil de gjerne faller sammen i nye depressive tilstander. Under press står mange med alvorlige personlighetsforstyrrelser i fare for å overveldes av uvirkelighetsfølelser og psykotiske reaksjoner. Mange sliter med til dels alvorlige kroppssmerter, og andre somatoforme tilstander. Noen får anoreksi, bulimi, eller kanskje andre former for spiseforstyrrelser. Stadig flere personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser har problemer med alkohol eller stoffmisbruk. En del er innblandet i kriminalitet og voldsbruk. Mange personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser sliter med stormfulle, dramatiske og konfliktfylte forhold til andre mennesker.

Alt i alt kan man trygt si at alvorlige personlighetsforstyrrelser kan være opphav til de fleste typer psykiske lidelser, og til mange former for destruktiv adferd. De aller fleste personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser har store og langvarige sosiale problemer knyttet til sin familie, sine venner, sin skolegang, arbeid, økonomi og lignende.

Enkelte studier viser at halvparten eller mer av de personene som har en eller annen form for psykisk lidelse, også har en personlighetsforstyrrelse (Karterud, Urnes & Pedersen, 2001). På bakgrunn av undersøkelser i befolkningen i flere vestlige land er det gjort antagelser om at 10 – 13 % av alle voksne individer lider av en eller annen form for personlighetsforstyrrelse, de aller fleste av mildere former heldigvis (Karterud et al., 2001).

## **Om forståelse og behandling**

*Inger fortalte innledningsvis i behandlingen at hun ikke forsto noe av hvorfor hun hadde det så forferdelig. Hun forsto ikke hvorfor hun så ofte følte et voldsomt og fortvilet raseri.*

*Raseriet hadde flere ganger fått henne til å ødelegge ting, og skjelle ut andre mennesker.*

*Inger fortalte at hun var forvirret og skremt fordi hun i løpet av det siste året flere ganger hadde følt seg fjern og svimmel. Hun opplevde mye som kaotisk, og hun fortalte at hun strevde med et voldsomt "tankekjør". Hun var alvorlig deprimert, og hun led av en form for generalisert angst som ofte toppet seg i panikkangstanfall.*

*Inger brukte flere typer medisiner mot angst og depresjon. Likevel hadde hun det helt forferdelig. Hvis hun skulle treffe andre mennesker pleide hun å røyke hasj, og iblant drikke alkohol, for å roe seg ned såpass at hun orket å treffe dem. Sovemedisinene hun hadde fått på sykehuset virket ikke så verst hvis hun i tillegg røykte hasj før hun skulle legge seg, fortalte*

*hun. Hvis hun var heldig, kunne hun sove sammenhengende i tre til fire timer.*

*Inger syntes iblant at hun hørte stemmer når hun var helt alene. Stemmene sa at hun var ond.*

*Inger fortalte gråtende at hun hatet seg selv. Inger mente at hun var en forferdelig person som ikke fortjente å leve.*

For at vi virkelig skal klare å hjelpe andre personer, må vi først og fremst forsøke å forstå dem. Deretter må vi utvikle og utvise omsorg for dem. Det er viktig at vi aktivt, vennlig og forståelsesfullt gir uttrykk for at vi forsøker å forstå pasientenes opplevelser. Dette er helt grunnleggende i enhver form for god psykoterapeutisk behandling. Smedslund (1997) og Rognes (2000) viser ved hjelp av logiske analyser at det er helt nødvendig at pasienter får oppleve at terapeuten både forstår og viser omsorg for ham eller henne, for at han eller hun skal kunne få en sunn tillit til terapeuten.

Vi må derfor innstille oss på å leve oss inn i hvordan personer med personlighetsforstyrrelser egentlig har det, og hvordan de opplever livene sine. En medfølende forståelse av personens vekslende følelsetilstander er en nødvendig forutsetning for å kunne forstå ham eller henne (Stern, 1985). Dette danner grunnlaget for alle former for empatiske erkjennelser. Ofte vil vi finne en ensom, tragisk (Kohut, 1977), tapper, og på mange måter hjelpeløs person, bak den tilsynelatende mestrende eller avvisende fasaden han eller hun skjuler seg bak. Hvis vi klarer å leve oss inn i hvordan personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser har det, vil vi kunne utvikle en dyp medfølelse med dem. Dette fører ofte til at vi på en naturlig måte blir glad i dem, og ønsker å være dem til hjelp.

Hvis vi forsøker å forstå og være til hjelp for personer med personlighetsforstyrrelser, må vi være forberedt på å leve oss inn i svært smertefulle opplevelser. For terapeuter som arbeider med slike personer, synes det spesielt å være viktig at han eller hun i en rimelig grad selv forstår og mestrer de følelsene som oppstår i løpet av behandlingen. Alle som er med på å behandle personer med personlighetsforstyrrelser bør ha anledning til å få veiledning og støtte i dette ofte så vanskelige og krevende arbeidet.

I tillegg til å forstå hvordan personer med personlighetsforstyrrelser opplever livene sine, må vi forsøke å forstå hvorfor de har sine plager og symptomer. Hva er årsaken til at de lider så fælt? Vi må videre lære oss hvordan vi kan behandle disse personene på en god og effektiv måte. Dette slik at de kan få det bedre, og kanskje bli både vel-

fungerende og friske. For å mestre alt dette trenger vi gode teoretiske forståelsesmodeller.

## **En integrasjon av affektteori, selvpsykologi og praktisk livsfilosofi**

Jeg kommer til å basere store deler av denne fremstillingen på Monsen og medarbeideres affektbevissthetsmodell. Da affektbevissthetsmodellen ble utviklet var den sterkt påvirket av systemteori, affektteori, samt eksistensielle- og psykodynamiske terapiformer. Senere har modellen funnet seg vel til rette innen nyere psykodynamisk selvpsykologi og intersubjektivitetsteori. Spesielt slik disse teoriene er fremlagt av Stolorow og medarbeidere (Stolorow, 2004; Stolorow, Atwood & Brandchaft, 1994; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987). Jeg vil videre se affektbevissthetsmodellen i lys av forfattere som har kommet med viktige bidrag til en praktisk livsfilosofi. Jeg vil dessuten inkludere elementer fra moderne modeller for kognitiv terapi rettet mot personlighetsforstyrrelser (Young, 1999, Young & Klosko, 2002; og Young, Klosko & Weishaar, 2003). I appendikset har jeg som nevnt gjort nærmere rede for disse teoritradisjonene.

Jeg vil presentere en modell som er åpen og integrerende. En modell som gjerne kan hente impulser og behandlingsmetoder fra andre behandlingstradisjoner som respekterer verdien av å forsøke å forstå og mestre følelsesmessige opplevelser.

### **Begrunnelse for valg av teorier og behandlingsmodell**

Filosofen Ken Wilber (1995, 2000, 2001 & 2005) har arbeidet i mange år med å utforske, systematisere og integrere et bredt spekter av behandlingsmetoder. Wilber (2000) mener at det som kjennetegner alle gode behandlingsmodeller, er at de på en eller annen måte fremmer personens bevisste kontakt med positive og negative følelser, og også med andre former for opplevelser. Dette gjør at opplevelsene får anledning til å integreres i personligheten slik at de kan bearbeides og utvikles videre. Det å utvikle selvbevisstheten på denne måten er helt i tråd med mange eksistensfilosofiske idealer, og også i overensstemmelse med sentrale prinsipper fra historiens såkalte visdomstradisjoner (Wilber, 1995 & 2000). Filosofen Sokrates' hovedbudskap gikk for eksempel ut på at mennesker bør utvikle kjennskapet til seg selv for å leve gode liv.

Jeg gjør i appendikset rede for hvordan affektteoretikere, selvpsykologer og sentrale livsfilosofier understreker verdien av nettopp å utvikle et åpent og vennligsinnet forhold til personlige opplevelser av alle typer. De er alle opptatt av verdien av å forsøke å forstå og mestre følelsesmessige opplevelser. Affektbevissthetsmodellen er så langt jeg vet, den modellen som i høyest grad kretser omkring nettopp det å utvikle menneskers forhold til sine egne følelser. Den varianten av modellen jeg her skal presentere fokuserer systematisk på å trene pasientene opp til å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke alle følelsene. Mye av det terapeutiske arbeidet foregår ved hjelp av terapeutens empatiske innlevelse i pasientens opplevelser. Dette er fundamentalt i denne behandlingsmodellen. Studier viser at bruk av empati er avgjørende for hvor vellykket en behandling blir (Orlinsky & Howard, 1986; og Hubble, Duncan & Miller, 1999).

Ved at terapeuten stadig fokuserer på pasientens følelser vil han eller hun dessuten stadig få tilbakemeldinger som kan fortelle hvordan terapien oppfattes av pasienten. Denne informasjonen kan terapeuten benytte seg av, og han eller hun kan justere behandlingen hvis pasienten ikke føler seg forstått eller hjulpet.

Andre momenter som taler til affektbevissthetsmodellens fordel er at den er rimelig enkel, og at den er logisk sammenhengende. Behandlingsmodellen har dessuten en stor forklaringsverdi fordi den tar for seg sentrale og grunnleggende aspekter ved menneskelivet. Den kan derfor som nevnt tilpasses alle former for psykiske lidelser.

Modellen er videre i fin overensstemmelse med anerkjent utviklingspsykologisk viten (Lichtenberg, 1983; Stern, 1985; og Beebe & Lachmann, 2002), og den er i tråd med studier av det menneskelige følelsesliv (Tomkins, 1995; Nathanson, 1992 & 2003; Wilber, 2001; Ekman, 2004; og Goleman, 1995 & 2004).

Behandlingsmetoden er også i overensstemmelse med forskning og teori omkring de viktigste prinsippene vi mennesker må leve i tråd med for å være velfungerende, og leve gode liv. Behandlingsmodellen kan altså trygt forankres i en overordnet etikk, og den kan begrunnes ved hjelp av moralfilosofi. Sentrale forfattere som behandler disse temaer (Covey, 1989, 2004; Goleman, 1995, 2004; Robbins, 1991, 1994; og Wilber, 2005b), forklarer videre at det å utvikle en emosjonell intelligens (EQ, eller følelses-intelligens), er noe av det som bør prioriteres høyest for mennesker som ønsker suksess. De dokumenterer hvor viktig dette er på de fleste av livets områder.

## Resultater fra psykoterapiforskning

Et annet og svært viktig moment som taler for affektbevissthetsmodellen er at vi ved hjelp av denne behandlingsmodellen kan behandle personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser på en meget god og effektiv måte. Monsen og medarbeidere (Monsen et al., 1995a; og Monsen et al., 1995b) har dokumentert svært gode resultater ved å benytte en form for behandling som ligger svært nært opp til den jeg skal presentere. **De kan vise til de beste resultatene jeg til nå har funnet dokumentert i faglitteraturen når det gjelder behandling av personer med personlighetsforstyrrelser.** Jeg har vurdert Monsens og medarbeideres arbeider i forhold til nyere og velrenommerte oversiktsstudier av forskning omkring behandling av personer med personlighetsforstyrrelser (Perry, Banon & Ianni, 1999; Bateman & Fonagy, 2000; Wilberg, 2001; og Malt, Retterstøl & Dahl, 2003). Monsens og medarbeideres behandlingsresultater er referert til i alle disse oversiktsstudiene, og de vurderes som seriøse og velfunderte. Oversiktsstudiene viser at flere nyere behandlingstilnæringer synes å ha en god virkning på personer med personlighetsforstyrrelser. Ingen studier jeg til nå har funnet har likevel vist like gode resultater som de jeg nå skal referere.

Monsen og medarbeidere behandlet i sin hovedstudie 25 pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser ved hjelp av psykoterapi. Terapiene varte i gjennomsnitt i litt over to år, og det var vanligvis to terapitimer i uken. Etter at behandlingene var avsluttet kunne Monsen og medarbeidere dokumentere at over 70 % av pasientene langt på vei var friske (Monsen et al., 1995a). **Over 70 % av pasientene viste ved behandlingsavslutningen ikke lenger tegn på noen klar psykisk lidelse.** Pasientene ble vurdert på nytt 5 år senere (Monsen et al., 1995b), og det viste seg da at tilfriskningen hadde holdt seg. Pasientene hadde dessuten fortsatt en positiv utvikling på en rekke andre livsområder.

Monsen og medarbeideres studier er bemerkelsesverdige. Med en god behandlingstilnærming kan vi altså ofte ha grunn til å forvente svært gode resultater. Dette utfordrer utbredte forestillinger om at psykoterapeutisk behandling av mennesker med alvorlige personlighetsforstyrrelser har liten effekt, og at disse personene svært sjeldent kan bli friske.

Jeg vil i tillegg nevne at en annen studie, hvor en variant av affektbevissthetsmodellen ble brukt, også kunne demonstrere uvanlig gode behandlingsresultater (Monsen, K., 2002). I denne studien ble personer med forskjellige kroniske smertelidelser behandlet. Behandlingsresultatene viste at 85 % av pasientene enten var smertefrie, eller hadde laveste grad av smerte, etter at behandlingen var gjennomført. Dette viser at behandlingsmetoden er anvendelig i mange sammenhenger, og at den som sagt kan tilpasses de aller fleste former for psykiske lidelser.

## **Følelser**

Følelsene utgjør en fundamental del av oss mennesker. Følelsene er så sentrale i personligheten at det er nødvendig å forsøke å forstå og bruke dem (Basch, 1988 & 1999; Covey, 1989 & 2004; Nathanson, 1992 & 2003; Tomkins, 1995; Wilber, 1995 & 2000; Goleman, 1995 & 2004; Robbins, 1994, 1996; Monsen & Monsen, 1999; McCullough et al., 2003; og Stolorow, 2005).

Goleman (1995) poengterer at ønskemålet er hensiktsmessige følelser som står i forhold til omstendighetene. Hvis følelsene dempes for sterkt, forårsaker de kjedsomhet, og en avstand i forholdet personen har til seg selv og andre. Hvis følelsene på den andre siden er ute av kontroll, kan de gjøre følelselivet svært ustabil. Følelsene kan da for eksempel forårsake desperat fortvilelse, overveldende angst, vilt raseri eller maniske sinnsopprør. Personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser sliter ofte med slike følelsesreaksjoner.

Følelser som ikke forstås eller mestres kan manifestere seg i mange forskjellige symptomutforminger. Det dokumenteres stadig fra flere hold at manglende mestring av følelser er sentralt i en rekke psykiske og fysiske lidelser. Nathanson (1994) forklarer for eksempel hvordan langvarige og uforløste følelser som tristhet, engstelse, skam-, skyld- og tilkortkommenhetsfølelser, alle kan forårsake stress, angst og depresjoner. Atwood og Stolorow (1984) gjør rede for hvordan ubearbeidede og sterke følelser kan komme til symbolsk uttrykk i form av hallusinasjoner og vrangforestillinger. Hallusinasjoner og vrangforestillinger er beslektet med hvordan vi alle om natten uttrykker og bearbeider følelseladete opplevelser mens vi drømmer (Fosshage, 1997). Haugsgjerd (1990) er en av dem som med styrke hevder at psykiske lidelser utgjøres av

følelsesmessige fastlåsing, eller fastfrysninger. Han argumenterer for at følelsesmessige konflikter er selve kjernepunktet i alle psykiske lidelser.

Følelsene bringer oss i kontakt med oss selv. Jo mindre kontakt en person har med sine følelsesmessige opplevelser, jo mindre kontakt har han eller hun derfor med seg selv (Monsen, 1991). Han eller hun vil da være fremmedgjort i forhold til sin egen menneskelige natur.

Mennesker med personlighetsforstyrrelser har store problemer med å forholde seg til sine følelser på gode og livsfremmende måter (Monsen, 1991, og Monsen & Monsen, 1999). Personer som lider av personlighetsforstyrrelser har som oftest et lite åpent, forståelsesfullt og vennligsinnet forhold til sider ved seg selv og andre.

*Inger fortalte gråtende at hun ofte ikke forsto hva som skjedde med henne. Hun var veldig forvirret. Hver dag hadde hun perioder hvor hun var urolig og anspent i kroppen. Hun kunne i slike perioder begynne å svette samtidig som hun frøs. I tillegg til dette fikk hun en kraftig hjertebank, og hun ble tørr i munnen. Hun syntes av og til at hun nærmest kunne høre at andre tenkte stygge tanker om henne. Da jeg spurte henne om det kunne være noe hun opplevde som truende eller vanskelig, avviste hun dette med en gang. Hun fortalte innbitt og stolt at hun ikke hadde vært redd for noe siden hun var i begynnelsen av tenårene.*

*Jeg undersøkte, som jeg alltid gjør, opplevelsene til Inger nærmere. Det viste seg da at hun ofte var redd og engstelig. Hun var plaget av gnagende skyld-, skam-, og tilkortkommenhetsfølelser. Hun var dessuten som oftest veldig trist. Det viste seg at disse følelsene ofte utløste et fortvilet og desperat raseri.*

*Vi fokuserte først på hvordan hun opplevde alle disse følelsene, og hvordan de kjentes rent kroppslig. Jeg bekreftet i tillegg alle følelsene som forståelige og naturlige sett ut ifra hvordan Inger opplevde livet sitt. Hun fikk ved dette mye bedre kontakt med seg selv. Inger ble seg sine følelser bevisst, og hun fikk ved dette et grunnlag for å utvikle en stadig økende psykologisk innsikt.*

Det er viktig å understreke at følelsene i løpet av barns utvikling i stadig større grad kobles sammen med tanker, og forskjellige former for verdier og såkalte leveregler. Skadelige tankemønstre og leveregler spiller ofte en stor rolle i forskjellige former for psykiske forstyrrelser generelt, og i forskjellige former for personlighetsforstyrrelser spesielt (Young, 1999; og Young & Klosko, 2002). Destruktive tanker kan gi opphav til destruktive følelser. Sunne og gode tankemønstre kan for sin del hjelpe personen til å

legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser på en god måte.

Hos mange velfungerende mennesker foregår følelsesbearbeidingen nokså automatisk og ureflektert. Dette kan fungere godt hvis forholdet til de følelsesmessige reaksjonene er relativt åpent og fleksibelt. Alle mennesker vil imidlertid kunne ha god nytte av å forstå og utvikle følelseslivet sitt videre, slik at de får et mer bevisst og reflektert forhold til hele spekteret av følelser.

## **De enkelte følelsene**

For å gjøre følelsene konkrete vil jeg kort gjøre rede for de mest sentrale menneskelige følelsene. Jeg vil så å si sette ord på følelsene. Jeg baserer meg her hovedsakelig på Tomkins' (1995), Nathansons (1992 & 2003) og Monsens (1991; Monsen & Monsen, 1999) arbeider.

Det er viktig å merke seg at alle typer følelser i utgangspunktet er en naturlig del av det menneskelige følelsesliv. Alle følelser er sunne og livsfremmende, såfremt de mestres på en god måte.

### Nøytrale følelser:

#### **1 - Overraskelse.**

Følelsen overraskelse kommer i en kategori for seg selv. Dette er en nøytral følelse som vanligvis straks etterfølges av en annen følelse som enten kan være positiv eller negativ.

### Positive følelser:

#### **2 - Interesse / iver,**

#### **3 - Velbehag / glede,**

#### **4 - Nærhet / hengivenhet,**

#### **5 - Stolthet / triumf.**

Noen vil sikkert savne den mest omtalte av alle positive følelser i denne oversikten, **kjærlighet**. Kjærlighet kan imidlertid forstås som en kompleks følelse som blant annet inkluderer elementer fra følelsene interesse og glede, men aller mest fra nærhet og hengivenhet. Begrepet kjærlighet viser selvsagt også til dimensjoner i menneskelivet som handler om langt mer enn bare følelser. **Begjær** kan for sin del forstås dit hen at her er positive følelser koblet sammen med de enda mer basale og preprogrammerede driftene



som er en del av oss mennesker. Det finnes dessuten andre positive, og svært viktige, følelser som ikke inkluderes i oversikten fordi de også anses å være mer sammensatte og kompliserte enn de rene grunnfølelsene. Jeg nevner her følelsen av å være **takknemlig**, av å ha **ærefrykt**, og følelsen av å være **snill og god**. Andre viktige og gode følelsetilstander er følelsen av å være **målbevisst** og av å ha **pågangsmot**, følelsen av å være **selvsikker** og av å være **modig**.

#### Negative følelser:

**6 - Redsel / panikk (angstfølelser),**

**7 - Tristhet / fortvilelse,**

**8 - Irritasjon / sinne (aggressive følelser),**

**9 - Sjenanse / flauhet  
(skamfølelser),**

**10 - Dårlig samvittighet / skyldfølelse,**

**11 - Misunnelse/ sjalusi,**

**12 - Forakt,  
følelser).**

**13 - Avsky (aversive**

Det finnes også for de negative følelsene mange sammensatte og viktige former så som det vi kan kalle **kjedsomhet**, **depresjon**, forskjellige typer **angst**, **sårhet**, **skuffelse**, **utålmodighet**, **frustrasjon**, **tilkortkommenhetsfølelse**, **utmattelsesfølelse** og **ensomhetsfølelse**.

I kompendiet har jeg som nevnt skrevet en del om hver og en av disse følelses-kategoriene. Jeg har der også drøftet hvordan vi kan legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke alle disse forskjellige følelsene.

De oppramsede kategoriene kan forstås som en slags følelsesfamilier. De regnes som en form for grunnfølelser. Disse kan utvikles, og de kan kobles sammen med andre følelser. Utviklingen av følelsene gjør at vi etter hvert for eksempel kan oppleve mange forskjellige former for glede. De fleste av de nevnte følelsene synes vi alle å være født med. Noen av dem utvikles først til fulle etter hvert som vi vokser opp.

Følelsene aktiverer oss både mentalt og kroppslig. De kan oppleves og beskrives av mennesker. De kan dessuten måles ved hjelp av avanserte utgaver av tekniske måleapparater som EEG eller fMRI (Goleman, 2004). Følelsene kan ved dette forene

psykologi og biologi. Følelsene er en form for psykobiologiske reaksjoner.

Følelsene kan aktiveres i forskjellige grader. Følelsesaktiveringen kan vare fra under ett sekund, til mange timer og dager. Forskjellige følelser kan dessuten veksle om hverandre. En del personer opplever for eksempel at de svinger mellom fortvilelse og sinne. I mange tilfeller kan følelsene kombineres som i den blandingen av interesse, glede og angst som oppleves som ”sommerfugler i magen” i forkant av et møte med en ny kjæreste.

I en del tilfeller vil bestemte følelsesaktiveringer påvirke en person i uker, måneder og år. Dette er positivt hvis det skjer med behagelige og livsfremmende følelser. Hvis det derimot forekommer langvarige og ubehagelige følelsesaktiveringer, er det spesielt viktig å undersøke dem nærmere. Dette for å se om det er noe som kan gjøres for å redusere eller bli kvitt kilden til de ubehagelige følelsene.

### **Følelsene utgjør et signalsystem**

Mange teoretikere, forskere og klinikere fremhever at følelsene utgjør et signalsystem (Tomkins, 1995; Monsen, 1991; Nathanson, 2003; og McCullough et al., 2003).

Inntrykk eller opplevelser vil aktivere forskjellige følelser. De følelsene som aktiveres vil stå i forhold til det som har aktivert dem. Hvis vi for eksempel opplever noe som truende eller vanskelig, vil en form for redsel eller angst oppstå. En måte å beskrive følelsenes signalfunksjon på, er å sammenligne dem med en radioforsterker (Tomkins, 1995). Følelsene forsterker inntrykk og opplevelser slik at de kommer tydeligere frem til mottageren.

Følelsene presser så å si viktig informasjon inn i bevisstheten. Følelsene er med på å gjøre det ubevisste bevisst. Følelsene signaliserer at noe kan være viktig å reflektere over, og forholde seg til. Monsen (1994) viser til at følelsene påvirker tankeinnholdet, og at de fører til en slags oppmerksomhetsfokusering.

Negative følelser kan for eksempel signalisere at ønsker og behov ikke dekkes, at forventninger ikke innfris, at noe ikke mestres eller er en stor utfordring for oss. Negative følelser kan også være et tegn på at noe eller noen plager oss, eller at noe går på tvers av vår livsfilosofi, våre verdier eller moral. Positive følelser kan fortelle oss at vi opplever

at vi har det bra med våre ønsker og behov, og at vi klarer oss fint.

Følelsene utgjør også et mellommenneskelig signalsystem. Følelsesuttrykk er på mange måter språket vi har før vi lærer å snakke. Følelsesuttrykk utgjør mye av små barns språk. Forskjellige følelsesuttrykk kan signalisere hva barn ønsker, trenger og misliker. En betydelig del av vår kommunikasjon som voksne foregår fremdeles ved at vi bevisst eller ubevisst utveksler følelsesmessige signaler (Ekman, 2004).

### **Følelsene utgjør et motivasjonssystem**

Tomkins (1995) og andre (Nathanson, 1992, 2003; og McCullough et al., 2003) forklarer hvordan følelsene utgjør en sentral og overordnet drivkraft hos dyr og mennesker. Følelsene utgjør et av våre viktigste motivasjonssystemer, og det er overordnet drifts- og smertesystemene som også er svært viktige for både mennesker og dyr. Følelsene ansporer både til refleksjon og handling.

En følelsesmessig tilstand setter i gang kroppslige prosesser som virker aktiverende. Følelsene vil ifølge sin natur uttrykkes både ved hjelp av ansiktsuttrykk, stemmebruk og annet kroppsspråk. Hvis følelsene ikke uttrykkes forekommer det en aktiv tilbakeholdelse ved at personen kontrollerer dem. Dette kan for eksempel skje ved at følelsene i lengre eller kortere tid undertrykkes eller avledes. En av de vanligste formene for følelsesundertrykking skjer ved at personen anspenner diafragmamuskelen i mellomgulvet, slik at pustemekanismen blir hemmet (Monsen, K., 1989). Hvis følelsesundertrykkingen er langvarig og fastlåst, kan den blant annet være årsak til mange forskjellige fysiske smertelidelser (Monsen, K., 2002).

En annen viktig grunn til at følelsene forstås som en drivkraft er at sunne mennesker vanligvis søker positive følelser, mens de forsøker å unngå eller begrense negative følelser (Tomkins, 1995; og Seligman, 2002). Det er imidlertid viktig å være klar over at vi ofte må tåle også negative følelser for at vi skal kunne utfolde oss i livet. Tomkins forklarer videre hvordan følelsene gjør gode ting bedre, og vonde ting verre. Følelsesreaksjoner gjør at hendelser blir viktige for oss, de får oss til å ta våre ønsker og behov på alvor.

Stolorow, Atwood og Orange (2002) gjør rede for at et av de viktigst menneskelige

behov er å forstå og organisere følelsesmessige opplevelser. Lichtenberg og medarbeidere (Lichtenberg et al., 1992 & 1996) har for sin del skrevet mye om behovene for nærhet og tilknytning (forståelse og omsorg), om behovene for utforsking og selvhevdelse, om behovene for å kunne reagere med aversjon og selvavgrensning, og til sist om behov for sensuell nærkontakt og seksualitet. Lichtenberg og medarbeidere demonstrerer hvordan tilfredsstillelsen av slike behov gir opphav til gode følelser, og motsatt hvordan frustrerte behov gir opphav til ubehagelige eller aggressive følelser.

Basch (1988 & 1999) har levert bidrag til hvordan vi kan forstå følelsesmessige reaksjoner i sammenheng med menneskelige behov for å mestre forskjellige livsoppgaver. Mestringsopplevelser fremkaller gode følelser, mens det å ikke mestre noe forårsaker ubehagelige eller aggressive følelser. Mennesker som opplever mye mestring har dessuten jevnt over en høy livskvalitet (Aamodt, 1992).

Lichtenberg og medarbeidere (Lichtenberg et al., 1992) viser videre hvordan det å gå på akkord med ens livsfilosofi, ens verdier eller moral forårsaker ubehagelige eller smertefulle negative følelser. Covey (1989 & 2004), Goleman (1995), Wilber (2000) og mange andre har også skrevet mye om dette. På den annen side føles det vanligvis godt å gjøre noe vi vurderer som godt.

## **Personlighetsutvikling**

Personlighetsutviklingen begynner i barndommen. Barn har store behov for å bli sett, anerkjent, bekreftet og korrigert for at personligheten skal kunne utvikles på en god måte (Monsen, 1991). Barn trenger mye oppmerksomhet, og de har store behov for nærhet, forståelse og omsorg. Det å kommunisere og dele følelsesmessige opplevelser er den mest gjennomgripende kontakt man kan ha med barn (Stern, 1985).

Det er alt i alt mye vitenskapelig belegg som tyder på at omsorgspersonenes evne til å være følelsesmessig til stede for barnet sitt, er av svært stor betydning for barnets personlighetsutvikling (Stern, 1985; og Beebe & Lachmann, 2002). Dette er spesielt viktig for i hvilken grad barnet utvikler et åpent, vennligsinnet og reflekterende forhold til seg selv og andre. Mye forskning viser dessuten til at følelsesmessig innlevelse fra omsorgsgivere fremmer utvikling og vekst hos barn. Følelsesmessig nærhet og anerkjennelse fremmer utvikling både emosjonelt, kognitivt og motorisk (Schibbye,

1995b; og Aamodt, 1995).

*Første gang jeg i terapien med Inger snakket om barns behov for å bli forstått og vist omsorg for, begynte hun å hulke krampaktig. Da jeg bekreftet at det måtte være uendelig trist å erkjenne hvor følelsesmessig alene hun så lenge hadde vært, slapp hun tårene og gråten friere til.*

*Inger fikk for første gang snakket om sine ekstreme savn og lengsler. Hun fortalte hvor ensom hun alltid hadde følt seg, og hvor vanskelig hun synes mye var. Hun husket for eksempel hvor forferdelig redd, skamfull og fortvilet hun hadde vært når moren ble sint og sur på henne når hun grudde seg til å gå på skolen i en periode. Hun hadde ikke turt å si at hun ble mye ertet og mobbet av flere av de andre i klassen fordi hun var så dårlig til å lese høyt i klassen.*

*I løpet av kort tid i terapi fikk hun mye mer sympati med seg selv. Hun forsto at sinnet hennes ofte hadde oppstått fordi hennes naturlige behov for å få forståelse, støtte og hjelp nesten hele livet hadde blitt frustrerte. Inger begynte å få et realistisk håp om at hun ved hjelp av forståelse, veiledning, utfordringer og støtte kanskje kunne få det mye bedre. Kanskje hun til og med kunne klare å leve et godt liv. Inger ble stadig roligere, og hun klarte å begrense rusmisbruket sitt.*

Barn trenger trygge voksenpersoner som blant annet kan trøste, berolige, og veilede dem når de opplever vanskelige følelser. Dette danner et nødvendig grunnlag for at barna i stadig større grad skal kunne klare disse oppgavene selv.

### **Personlighetsutviklingen fører til at det dannes relativt faste reaksjonsmønstre i forhold til forskjellige følelser**

Hvis personlighetsutviklingen foregår på en god måte, vil de fleste barn i løpet av oppveksten utvikle reaksjonsmønstre som hjelper dem til å mestre de forskjellige følelsene på mer eller mindre gode måter.

Selvpsykologer opererer med en relativt enkel utviklingsteori. De hevder at barn utvikler nokså faste reaksjonsmønstre som et resultat av det samspillet de har med sine omgivelser, og særlig det samspillet de har med sine omsorgspersoner (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; Stolorow & Atwood, 1992). Utviklingspsykologisk forskning bekrefter dette både ved hjelp av inngående observasjoner, og ved hjelp av eksperimenter (Stern, 1985; Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 2002; og Beebe & Lachmann, 2002). Det er nå så mye vitenskapelig belegg som støtter denne

utviklingsteorien at den bør heves over tvil<sup>3</sup>. Reaksjonsmønstrene som utvikles i samspill med omgivelsene utgjør etter hvert mye av barnets personlighet.

*Inger hadde tidlig bestemt seg for å forsøke å være snill og blid. Dette ble en sentral del av hennes personlighet. Hun gjorde alt hun kunne for å tilpasse seg morens forventninger. I terapien så vi hvordan dette hadde dempet noe av den sterke skyldfølelsen hun så ofte slet med. Inger ville for all del ikke plage moren med sine naturlige følelser av at mye var trist og vanskelig for henne. Hun forsøkte så godt hun kunne å undertrykke det ulmende raseriet hun så ofte kjente på. Hun gjorde dessuten alt hun kunne for å avlede de andre negative og smertefulle følelsene. Dette gjorde at det ble mye mindre konflikter enn det tidligere hadde vært hjemme.*

*Inger begynte allerede i trettenårs alderen å ruse seg med alkohol og hasj. Når hun var ruset følte hun seg mye roligere. Uten rus slet hun ofte med en veldig uro, og et vanskelig håndterbart sinne.*

Menneskers reaksjonsmønstre har i psykologien vært beskrevet ved hjelp av mange forskjellig begreper. Sentrale teoretikere bruker begreper som **skjemaer** (Lichtenberg et al., 1992 & 1996; & Young, Klosko & Weishaar, 2003), **leveregler** (Young & Klosko, 2002), **skripts** (Tomkins, 1995; og Monsen, 1997), **opplevelsesmønstre** (Beebe & Lachmann, 2002) eller **organiseringssprinsipper** (Stolorow et al., 1987) for å beskrive slike personlige reaksjonsmønstre. I psykodynamisk teori har man ofte brukt begrepet **personlighetsstruktur** for å beskrive forskjellige aspekter ved dette. Robbins (1991) opererer med begrepene **generaliseringer** og **nevroassosiasjoner** som viser til hvordan vi mennesker utvikler en form for følelsesprogrammer basert på våre personlige erfaringer i livet.

En nyere forståelse av det såkalte **overføringsbegrepet** (Fosshage, 1994) viser nettopp til at barn har en tendens til å organisere sine inntrykk av andre mennesker, og samspillet med disse, inn i visse mønstre. Stern (1985) har laget forkortelsen **RIGS** som viser til at barn danner en form for indre representasjoner, eller forestillingsmønstre, av samspillet de har med andre. Disse mønstrene blir en viktig del av personligheten. Mønstrene bærer de så med seg når de møter nye personer, og de danner da grunnlag for

---

<sup>3</sup> Også innen nyere former for kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser anses dette som en sentral kjensgjerning. I kognitiv terapi arbeides det blant med å undersøke hvordan de livsødeleggende reaksjonsmønstrene har oppstått i et formgivende oppvekstmiljø (Young & Klosko, 2002; & Young, Klosko & Weishaar, 2003).

forskjellig reaksjonsformer i samspillet med disse.

Vi har tidligere diskutert de følelsesmessige reaksjonsmønstrenes sentrale rolle i personlighetsutviklingen. Organiseringen av følelser, og utviklingen av følelsesmessige reaksjonsmønstre, er noe av det mest sentrale i personligheten. Mange reaksjoner foregår automatisk, og kun i liten grad bevisst.

*Inger fortalte at hun etter hvert pleide å trekke seg inn på rommet sitt når hun merket at raseriet vokste i henne. Hun forsøkte da så godt hun kunne å avlede raseriet sitt ved å tenke på noe hyggelig. Hvis hun ikke klarte å roe seg ned, pleide hun å ødelegge noen av tingene sine. Etter en stund forsøkte hun gjerne å tenke ut ting hun kunne finne på for å gjøre moren glad. Hun ville gjøre opp for den vedvarende følelsen hun hadde av at hun ødela så mye for moren sin.*

## **Om å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser**

Monsen og medarbeidere har utviklet en spesiell metode for å kartlegge menneskers reaksjonsmønstre i forhold til sine egne følelser. Etter min erfaring er dette en metode som kan være svært nyttig hvis vi vil forsøke å forstå og være til hjelp for personer med psykiske lidelser generelt, og personer som sliter med personlighetsforstyrrelser spesielt.

Ved hjelp av et såkalt **affektbevissthetsintervju** kan terapeuten finne ut av hva slags reaksjonsmønstre en person har i forhold til de mest grunnleggende følelsene (Monsen et al, 1986; og Monsen, Melgård & Ødegård, 1986b). Et affektbevissthetsintervju vil kunne belyse store deler av personens selvfølelse, eller følelse-av-seg-selv. Dette intervjuet kan fortelle oss mye om personligheten til den vi intervjuer.

Affektbevissthetsintervjuet brukes for å undersøke personens forhold til forskjellige aspekter ved hver følelestype. Disse aspektene korresponderer i hovedsak med denne fremstillingens fokus på å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser. Etter at terapeuten har undersøkt pasientens følelsesreaksjoner, vil han eller hun ofte kunne gjøre seg opp en mening om hva som er personens mest grunnleggende og uløste problemer.

Jeg vil nå komme med en kort beskrivelse av de fem forskjellige aspektene ved følelsene som jeg i denne fremstillingen refererer til. De fem aspektene utgjør fem trinn

som det kan være svært nyttig å gå gjennom hvis vi forsøker å forstå og mestre følelser.

### **Om å legge merke til følelsene**

*Inger hadde det helt klart for seg at hun ofte ble sint. Hun benektet imidlertid at hun noen gang ble redd eller følte skam. Inger fortalte at hun sjeldent var trist. Den vedvarende uroen og rastløsheten som hun strevde med, hadde hun ingen forståelse av. Hun trodde at hun "bare var sånn". Som barn fortalte hun at hun imidlertid ofte både hadde vært redd, skamfull og trist. Inger hadde utviklet store problemer med å legge merke til ubehagelige følelser.*

Det første følelsesaspektet dreier seg om i hvilken grad personen er oppmerksom på at følelsene er aktivert. Det handler med andre ord om evnen til å legge merke til, gjenkjenne og iaktta egne følelsesreaksjoner. Jo bedre en person således er i stand til å legge merke til forskjellige følelser, jo bedre fungerer så å si det følelsesmessige sanseapparatet. Goleman (1995) forklarer at det at man er seg sine følelser bevisst, danner selve grunnlaget for selvbevissthet og psykologisk innsikt.

Den følelsesmessige oppmerksomheten kan vurderes i forhold til en skala som går fra at personen er uten fokusering på følelsen, til at han eller hun i beste fall har et fokusert, konsentrert og åpent forhold til den.

### **Om å tåle følelsene**

*Hvis Inger ble sint, reagerte hun med fortvilelse. Hun hatet denne følelsen, og forsøkte så godt hun kunne å bli kvitt den. Den eneste metoden hun etter hvert mente hjalp henne, var å drikke alkohol eller røyke hasj. Inger hadde utviklet store problemer med å tåle sinnet sitt, og hun hadde hatt et alvorlig rusproblem siden hun var i begynnelsen av tenårene.*

*Som vi allerede vet, tålte heller ikke Inger de mange overveldende negative følelsene. Disse følelsene stresset henne så voldsomt at hun iblant reagerte med et fortvilet raseri.*

Det andre følelsesaspektet dreier seg om toleransen for følelsesopplevelsen. En viktig side ved dette er personens aksept og åpenhet i forhold til følelsene. Det handler om personens vilje og evne til å la følelsen virke på seg, og til å la seg bevege rent følelsesmessig. Goleman (1995) forklarer at det å utvikle toleransen i forhold til spesielt ubehagelige og aggressive følelser, er en sentral bestanddel av den emosjonelle intelligensen.



I verste fall kan det være at personen avspalter følelsene, eller kanskje i høy grad undertrykker dem. I beste fall vil han eller hun akseptere, anerkjenne, og ønske følelsene velkommen. Hvis personen orker å la seg bevege av en følelsesmessig reaksjon, kan han eller hun undersøke sine egne opplevelser nærmere.

### **Om å forstå følelsene**

*Inger hadde innledningsvis i behandlingen store vansker med å forstå hva det var som var årsaken til hennes lidelser. En av årsakene til dette var at hun blant annet ikke erkjente at det var mye som var vanskelig og truende for henne, slik at hun ble redd og fikk angstreaksjoner. Inger tenkte vanligvis at sinnet hennes var et tegn på at hun enten var gal eller ond.*

*Inger forsto ikke at sinnet hennes ofte ble utløst av at hun følte seg truet og redd. Inger ble stadig truet av overveldende skam- og skyldfølelser uten at hun helt var klar over dette. Disse følelsene oppsto hvis hun ikke klarte å leve opp til ubønhørlige krav og forventninger hun hadde til seg selv.*

Hvis personen tåler følelsene, kan han eller hun forsøke å utforske dem. Personen kan da forsøke å finne ut av hva det er som har utløst dem, og hva de kan være et signal om. Følelsenes kan ved hjelp av dette fungere som et signalsystem for personen. Ved å reflektere over følelsesreaksjoner, kan han eller hun utvikle en dypere forståelse for seg selv, andre, og tilværelsen som helhet. Viktige ønsker og behov kommer i fokus. Covey (1989), Goleman (1995) og Robbins (1991 & 1996) er blant dem som gjør rede for at det å forstå sine egne opplevelser er helt nødvendig for å klare seg godt i livet.

Noen ganger forteller følelsene oss mest om situasjonen personen er i, mens de andre ganger forteller mer om personene selv. Følelsesreaksjonene kan for eksempel være et konkret resultat av scriptene eller de såkalte levereglene personen har. Noen personer får for eksempel skyldfølelse med en gang de forsøker å markere sine ønsker og behov.

Jeg vil hevde at det aller beste er hvis personen utvikler en vennlig interesse for sine egne og andres følelser, uansett om de er positive eller negative. Dette vil gjøre at de kan få et stadig åpnere og mer fleksibelt forhold til følelsene. De blir da lettere å reflektere over, forstå og mestre.

### **Om å bruke følelsene**

*Inger bestemte seg for å undersøke opplevelsene sine nærmere i terapien. Hvis hun forsto*

*dem, kunne det jo være at de ble lettere å mestre.*

*Inger slet som sagt med en truende opplevelse av at hun aldri var god nok. Dette aktiverte både skyld- og skamfølelser. Følelser som i løpet av mange år hadde utviklet seg til at hun hatet seg selv. Ved at vi gjentatte ganger snakket om at det ikke er barns ansvar å sørge for at foreldre skal ha det godt, og at dette er en umulig oppgave for barn som har foreldre som selv strever med livet sitt, begynte hennes følelse av at hun aldri var god nok å avta. Først ble hun overrasket og forvirret når vi snakket om dette. Sener kjente hun på et sterkt sinne mot moren. Jeg bekreftet dette sinnet som både forståelig og naturlig. Senere i behandlingen ble hun mer trist når hun tenkte på hvor hjelpeløs og følelsesmessig alene hun hadde vært gjennom store deler av oppveksten. Inger gikk gjennom en sorgprosess. Til sist i behandlingen utviklet Inger en dypere forståelse av morens problemer. Dette gjorde at hun fikk en ny form for sympati for moren. En sympati som ga grunnlag for at hun forsonte seg med at moren ikke hadde klart å forstå og vise en god omsorg for henne når hun var barn.*

*Inger var ikke lenger redd for å "klikke" eller "bli gal". Hennes tro på at hun var ond minket og forsvant. Inger ble roligere, og uvirkelighetsopplevelsene kom stadig sjeldnere. Stemmene hørte hun aldri mer.*

Jo bedre en person forstår følelsesreaksjonene sine, jo bedre er han eller hun i stand til å bruke dem på livsfremmende måter. Personen kan for eksempel forsøke å endre det som skaper ubehagelig følelser, slik at følelsene kan minke eller forsvinne. Han eller hun bør søke løsninger på plagsomme problemer, og tilfredsstillende gode ønsker og behov. Mange forskjellige former for problemløsningsmetoder kan benyttes, og forskjellige personer trenger forskjellige typer av veiledning og kanskje hjelp til å lære seg mestringsteknikker i forskjellige sammenhenger.

Hvis det synes umulig å løse enkelte problemer, må han eller hun kanskje forsøke å forandre forventningene til det som aktiverer følelsene. Hvis forventningene blir mer realistiske, vil følelsene ofte normaliseres. Hvis negative følelser oppstår som et resultat av negative script eller leveregler er det viktig å forstå og arbeide med å endre disse grunnleggende personlighetsproblemer (Monsen, 1997; Robbins, 1991 & 1996; og Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Alle mennesker bør dessuten søke handlinger som gir gode følelser (Seligman, 2002). Det vi fokuserer på påvirker i høy grad følelsene våre. Dette kan gjøres i form av å arbeide mot tilfredsstillende opplevelser, opplevelser som er i overensstemmelse med gode prinsipper for å leve godt for seg selv og andre (Covey, 1989, 2004; Wilber, 1995,

2001; og Robbins 1991 & 1994).

Vi kan i tillegg dyrke positive følelser ved å bruke kroppen på måter som aktiverer positive følelser, og ved å assosiere positive følelser fra for eksempel musikk til oppgaver vi må gjøre (Robbins, 1991 & 2004).

### **Om å uttrykke følelsene**

*Inger forsøkte så godt hun kunne å gi uttrykk for alle former for positive følelser. De negative følelsene hadde hun ikke delt med noen siden hun var liten. Hun bet tennene sammen, og forsøkte å "psyke seg opp". Inger tok på seg en slags smilende maske uansett hvor urolig hun følte seg inne i seg. Denne uroen var så stressende at hun ofte merket at hun ble irritabel og sint. Hun forsøkte da så godt hun kunne å undertrykke dette sinnet, men noen ganger mistet hun liksom kontrollen slik at hun ble rasende på vennene sine. Hun hadde vært i slåsskamp med flere av dem. I løpet av det siste året hadde hun trukket seg vekk fra de fleste av sine medmennesker.*

*Inger måtte etter hvert våge å treffe andre uten alltid å smile og være blid. Hun hadde en stor utfordring som gikk ut på å tørre å være seg selv. Inger lærte seg å utfordre redselen sin, og hun trente seg på å gi uttrykk for mange forskjellige følelser. Til sin store glede opplevde hun at flere forsto henne godt, og hun utviklet etter hvert flere nære vennskap med andre mennesker. Hun ble ved dette kvitt sin fortvilte ensomhetsfølelse.*

Et siste følelsesbevissthetsaspekt er evnen eller viljen en person har til å gi uttrykk for hans eller hennes følelser ved hjelp av ansiktsuttrykk, stemmebruk, kroppsholdninger og bevegelser. Følelsene vil i sin natur uttrykkes, og det å uttrykke følelser regnes av mange som et grunnleggende behov (Nathanson, 1992; og Young, Klosko & Weishaar, 2003). Evnen eller viljen til å gi uttrykk for følelsene ved hjelp av ord er også viktig. Dette forutsetter at følelsene i rimelig grad er sortert, og at personen har et følelsesspråk som gjør at han eller hun kan bruke ord for å beskrive sine egne følelser. Dette kan trenes opp slik at det i beste fall både blir nyansert, fleksibelt, presist og effektivt.

I verste fall vil ikke personen vedstå seg enkelte av følelsene i det hele tatt. Han eller hun vil da være følelsesmessig alene og ensom når disse følelsene aktiveres. I beste fall uttrykker personen seg tydelig og nyansert på en måte som er hensiktsmessig, og også hensynsfull overfor andre. For at vi skal kunne oppleve gode former for nærhet og tilknytning med forståelse og omsorg, er det nødvendig at vi gir uttrykk for mye av det vi føler, ønsker og har behov for på gode måter. Dette er således også et viktig tema å

arbeide med i parterapi (Johnsen, 1998).

En sentral utfordring for alle mennesker er at vi opparbeider oss mot og evne til å uttrykke oss tydelig, samtidig som vi tar hensyn til andres følelser, ønsker og behov.

### **Følelser, tanker og handlinger**

I flere nyere terapeutiske tilnærminger er det fokus på å arbeide med å integrere følelsene med tanker og handlinger. Dette er helt i tråd med klassiske dannelsesmodeller som fokuserer på å få **hjertet** (følelsene), **hodet** (tankene) og **hendene** (handlingene) til å utvikle seg i harmoni med hverandre. Forfattere som har skrevet om praktisk livsfilosofi gjør rede for hvor viktig dette er for at vi skal kunne leve gode og meningsfulle liv (Covey, 1989; Goleman, 1995; og Robbins, 1991 & 1994).

Affektbevissthetsmodellen fremmer i seg selv personens evne til å integrere følelser, tanker og handlinger. Ved å legge merke til og tåle følelsene, vil personen komme i direkte kontakt med dem. **Følelser** kommer derved i fokus. Ved å reflektere og forsøke å forstå følelsene, kan de settes i sammenheng med tanker og fornuft. **Tanker** kommer derved i fokus <sup>4</sup>. Ved å bruke og uttrykke følelsene, settes de i sammenheng med handlinger. **Handlinger** kommer derved i fokus.

### **Forstyrret og mangelfull personlighetsutvikling**

*Ingers foreldre hadde gått fra hverandre da Inger var fem år gammel. Hun var enebarn og vokste opp med sin mor. Inger fortalte at hun helt siden hun begynte på barneskolen hadde fått raserianfall hvor hun ble veldig sint på sin mor. Moren hadde da blitt sint på henne, og sa som oftest at Inger var veldig utakknemlig som kunne behandle henne slikt. Hun som gjorde alt for henne. Inger fikk vær så god gå inn på rommet sitt og være der inntil hun ble blid igjen. Inger fortalte gråtende hvor forferdelig dette hadde vært. Hun hadde i slike stunder ofte grått i flere timer, før hun til sist ble så utslitt at hun sovnet. Da hun etter slike episoder igjen traff sin mor, forsøkte hun som oftest å be veldig om unnskyldning for at hun hadde vært så fæl. Moren hadde imidlertid store vansker med å akseptere disse unnskyldningene.*

Personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser har som oftest vokst opp under

---

<sup>4</sup> Dette er et felt som blant annet affektteori og kognitive terapitradisjoner har kommet med viktige bidrag til.

betingelser som gjorde det vanskelig for dem å utvikle en god og sunn personlighet. Det har ofte vært et dårlig samspill mellom dem og omsorgspersonene. Disse personene har som oftest i for liten grad fått tilfredsstilt sine behov for at omsorgspersonene skulle være på bølgelengde med deres forskjellige følelser, ønsker og behov (Stolorow & Atwood, 1992; Monsen, 1997; og Young, Klosko & Weishaar 2003). Det er viktig å være klar over at andre betydningsfulle personer, og usunne holdninger i oppvekst-kulturen generelt, kan være med på å forstyrre en persons personlighetsutvikling.

Personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser har fått en forstyrret eller mangelfull personlighetsutvikling som gjør at de har utviklet store problemer med å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke flere av de grunnleggende følelsene vi alle har i oss. Grunnleggende følelsesreaksjoner har gjerne ikke blitt bekreftet, satt ord på, og integrert som en del av deres bevisste opplevelser, og deres ønsker og behov er ofte uklare.

Mange affektteoretikere og selvspsykologer hevder med styrke at smertefulle eller truende følelser kun blir u håndterlige hvis barnets behov for at omsorgspersonene skal hjelpe dem til å tåle, romme, omforme og dempe følelsene ikke tilfredsstilles (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow et al., 1987; Monsen & Monsen, 1999; McCullough et al., 2003). Hvis slike følelsesmessige behov over lengre tid frustreres, vil barnet ikke få muligheten til å utvikle en god selvfølelse, eller en velfungerende personlighet.

Barn er avhengige av å bevare tilknytningsbånd til sine viktigste omsorgsgivere. Dette fordi barn nettopp har store behov for omsorg, tilknytning og kjærighet. Hvis omsorgspersonene i for liten grad forstår og viser omsorg overfor barna sine, vil barna for sin del ofte forsøke å tilpasse seg omsorgspersonenes ønsker og behov (Stolorow et al., 1987; Stolorow, Atwood & Brandchaft, 1994). De kan komme til å utvikle et skadelig og lite fleksibelt sosialt tilpasset selv. Winnicott (1965) har beskrevet dette som det falske selvet. Dette selvet blir barnets fasade utad, en maske det bærer overfor omverdenen. Bak fasaden vil det ekte selvet, som først og fremst består av følelsesmessig betente opplevelser, fortsette å leve sitt eget liv. Viktige opplevelser hos barnet kan på denne måten komme til å bli skjøvet helt ut i bakgrunnen.

*I behandlingen av Inger viste det seg snart at hun passet fint inn i en slik forståelsesmodell. Inger ble innledningsvis overrasket over at jeg syntes å kunne se rett gjennom henne, spesielt når jeg ut fra hennes beskrivelser kunne foreslå hva hun følte i forskjellige situasjoner. Hun*

*følte for første gang at noen forsto henne, og hun begynte også i stadig større grad å forstå og hjelpe seg selv.*

I løpet av over ni års klinisk praksis har jeg gang på gang blant mine pasienter kunnet observere det vanskelige forholdet personer med personlighetsforstyrrelser har til sine egne følelser, ønsker og behov. En god del av disse pasientene synes å ha utviklet et rimelig åpent og fleksibelt forhold til de såkalte positive følelsene. De har imidlertid etter mine erfaringer alltid et svært forstyrret forhold til flere av de negative følelsene. Mange tror at negative følelser er et tegn på at de er syke, kanskje alvorlig forstyrrede eller onde. Dette er med på å forårsake at de ikke klarer å mestre dem. De fleste synes å være redde for hvordan omgivelsene skal møte dem hvis de viser eller uttrykker ubehagelige, og kanskje aggressive følelsesreaksjoner. De har som oftest hatt svært dårlige erfaringer med dette.

*Henriette er en annen person jeg har hatt i behandling. Hun slet med en helt ekstrem form for personlighetsforstyrrelse.*

*Henriette led i ungdomstiden av en langvarig og livstruende anoreksi. Etter at hun omtrent 15 år gammel begynte å misbruke narkotiske stoffer, klarte hun å spise såpass at hun fikk en rimelig normal kroppsvekt igjen. Henriette greide et par år senere, ved en enorm kraftanstrengelse, å slutte helt med de narkotiske stoffene. Hun utviklet da kraftige tilbakevendende depresjoner, panikkangst, tvangslidelser og somatoforme smertelidelser. Hun forsøkte flere ganger å ta sitt eget liv, men overlevde heldigvis alle forsøkene.*

*Henriette bodde en periode på et ungdomshjem, og hun hadde vært innlagt på forskjellige psykiatriske avdelinger i lengre perioder. Hun brukte ved oppstarten av behandlingen hos meg seks forskjellige medikamenter mot sine psykiske lidelser. Hun var da nettopp skrevet ut fra en psykiatrisk avdeling på Østlandet. Der hadde hun vært tvangsinnlagt i et halvt år på grunn av alvorlig selvmordsfare. Henriette hadde flere ganger forsøkt å ta livet sitt på avdelingen, og hun hadde hatt såkalt fastvakt i flere måneder. Hun hadde blitt forfulgt døgnet rundt. Henriette hadde til slutt lovet å ikke ta livet sitt i løpet av de første månedene hvis hun ble utskrevet fra avdelingen. Hennes fortvilte ønske var likevel å få dø. Henriette var da 24 år gammel.*

*Innledningsvis i behandlingen av Henriette gikk vi gjennom Monsen og medarbeideres affektbevissthetsintervju. Det viste seg da at Henriette hadde utviklet reaksjonsmønstre som gikk ut på at hun forsøkte å undertrykke og avspalte alle former for følelser, både negative og positive. Aktivering av nesten enhver form for følelsesmessig opplevelse satte i gang en motreaksjon som kunne ende opp som selvavsky, selvførakt, selvhat og selvmordstanker.*

*Henriette var derfor nærmest totalt fastlåst i sin problematikk, og hun forsøkte nærmest å fungere som en maskin uten egne følelser, ønsker eller behov. Henriette var fastlåst i et helt umulig prosjekt.*

*Jeg har drøftet denne pasienten nokså inngående i veiledning med Jon og Kirsti Monsen. I tillegg har jeg diskutert henne i en veiledningstime med Stolorow, og jeg har brukt henne som et kasus på et psykoterapiseminar ved Wilbers Integral Institute. Som en fellesnevner i mine drøftelser av Henriette har det kommet frem at hun i mange år syntes å ha blitt avvist og undertrykt av flere av sine nærmeste. Dette hadde ført til at hun hadde utviklet ekstreme reaksjonsmønstre hvor hun nærmest totalt avviste og undertrykte seg selv. Dette er imidlertid følelsesmessig umulig, og hennes følelser, ønsker og behov kom indirekte til uttrykk på mange uheldige måter. Disse viste seg i forskjellige symptomer og lidelser, og ikke minst i samspillet hun hadde med sine omgivelser. Ved nærmere undersøkelser viste det seg at flere tidligere behandlere ikke hadde forstått dette, og Henriette hadde da også i årenes løp stadig blitt dårligere og mer fastlåst i sin problematikk.*

Mange personer med personlighetsforstyrrelser forsøker så godt de kan å fremstå som positive, vennlige og sosiale. De står imidlertid stadig i fare for å undertrykke og gå på akkord med seg selv. Dette vil forårsake negative følelser, følelser som de igjen har store vansker med å forstå og mestre godt. Disse følelsene vil da gjerne føre til forskjellige former for symptomer, psykiske lidelser og destruktiv adferd.

Jeg vil til sist fremheve at omsorgspersonene som oftest har ønsket sitt barn alt vel. De aller fleste har nok gjort sitt beste ut fra sin forståelse, og sine personlige forutsetninger. Likevel har de kanskje ikke klart å forstå og tåle barnets opplevelser på områder hvor dette har vært nødvendig. Omsorgspersonene har kanskje selv hatt problemer med sitt forhold til seg selv og andre. De kan ha hatt følelsesmessige problemer selv. Det kan dessuten ha oppstått uheldige samspillmønstre mellom omsorgspersonene og barnet uten at omsorgspersonene har vært klar over det. De kan for eksempel ha fått høre at det er svært viktig å kontrollere og grensesette barna sine, uten at det har vært lagt stor nok vekt på hvor viktig det er med forståelse og kjærlighet overfor dem. Det bør videre nevnes at noen barn i utgangspunktet kan være vanskelige å forstå, og at noen har behov som det for mange omsorgspersoner kan være vanskelig å tilfredsstille. Mange studier viser for eksempel at barn er født med forskjellig grad av følsomhet eller sensitivitet i forhold til inntrykk fra omverdenen (Ekman, 2004). Dette er det viktig å forstå.

## Diskusjon:

### Om den terapeutiske relasjon og grunnlaget for vellykkede behandlinger

Både psykoterapiforskning (Hubble, Duncan & Miller, 1999) og alminnelig sunn fornuft viser at den terapeutiske relasjonen er av stor betydning for at utfallet av en psykoterapi skal bli godt (Rognes, 2000). Det å skape en god terapeutisk relasjon er stort sett ensbetydende med å bygge opp et tillitsforhold til pasienten. Psykologene Rognes (2000) og Smedslund (1997) argumenterer for at tillit mellom pasienter og terapeuter forutsetter at terapeuten viser forståelse og omsorg, samt at han eller hun har relevant kunnskap i forhold til behandlingen av pasienten.

### Om forståelse

Jeg har lagt vekt på at vi først og fremst må forsøke å forstå hvordan personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser faktisk har det. Hvilke følelsesreaksjoner sliter de med? Hvordan opplever de disse følelsesreaksjonene? Hvordan forstår pasienten selv sin situasjon, sine ønsker og behov? Jeg har hevdet at noe av det viktigste er å møte disse pasientene med at vi forsøker å forstå hva de føler og opplever, og at vi viser at vi ønsker å hjelpe og støtte dem. Den terapeutiske tilnærmingen jeg har lagt frem fremmer etter min erfaring i høy grad terapeutens forståelse og omsorg for pasientene sine. De aller fleste pasienter gir da også, etter min erfaring, uttrykk for at de føler seg forstått av terapeuter som forstår og aktivt bekrefter deres følelser, ønsker og behov.

*Henriette ønsket ikke å bli forstått. Hun var tvert imot redd for at jeg skulle avsløre hvor ille hun egentlig var. Jeg ga meg imidlertid ikke, og jeg forsøkte konsekvent å benytte meg av mine psykologiske kunnskaper til å forestille meg hva hun måtte føle. Deretter gjettet jeg på dette. Samtidig var jeg svært nøye med å understreke hvor naturlige og forståelige jeg syntes hennes følelsesreaksjoner var. Henriette ga etter hvert uttrykk for at terapien ble som et halmstrå som bandt henne til livet. Hun ble stadig mer åpen og tillitsfull overfor meg. Vi utviklet derved et godt grunnlag for å arbeide videre i terapien.*

Jeg har videre lagt vekt på at vi bør forsøke å forstå hva som er årsaken til at personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser har det som de har det. Jeg har argumentert for at det kan være svært nyttig å forstå personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser i lys av affektteori og nyere psykodynamisk selvpsykologi. Personer med personlighets-



forstyrrelser har som oftest vokst opp under betingelser som har gjort det vanskelig for dem å utvikle en god og sunn personlighet. Jeg har forklart hvordan personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser har utviklet store problemer med å mestre sine følelsesmessige opplevelser. Forholdet de har til seg selv og andre er i betydelig grad blitt forstyrret og mangelfullt utviklet. De har utviklet lite hensiktsmessige reaksjonsmønstre: såkalte scripts, skjemaer eller leveregler. Etter min erfaring kjenner de aller fleste pasientene med alvorlige personlighetsforstyrrelser seg svært godt igjen i en slik forståelsesmodell. De fleste synes dessuten selv etter kort tids behandling å forstå seg selv på en mer konstruktiv og omsorgsfull måte. De aller fleste vil dessuten kunne oppnå en betydelig positiv personlighetsutvikling ved at de går i psykoterapeutisk behandling som fokuserer på å utvikle deres evne til å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke sine følelser, og til å fokusere positivt på ønsker og behov.

*Henriette ble i løpet av terapien i stadig større grad i stand til å forstå hvordan hun hadde utviklet de enorme problemene hun hadde med sitt forhold til seg selv og sine følelser. Hun tillot seg da i større grad å kjenne på det naturlige raseriet, og den bitterheten, som hadde bygd seg opp i henne. Etter hvert ble hun mer trist og rolig. Henriette gikk, på samme måte som Inger, gjennom en slags sorgprosess når hun forsto hvor mange tragiske følelsesmessige påkjenninger hun hadde vært utsatt for i livet sitt.*

Jeg tror selv at mye av de dårlige resultatene som rapporteres når det gjelder behandling av personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser delvis kan være grunnet i at behandlerne benytter seg av mindre hensiktsmessige forståelsesmodeller.

### **Om forståelse og konfrontasjon**

Det har fra forskjellig hold blitt stilt spørsmål ved om den presenterte behandlingstilnærmingen er for lite konfronterende, og at den kanskje legger for mye vekt på å forstå pasientene. Noen har videre hevdet at det er et dårlig tegn at pasientene ikke kommer frem med flere aggressive følelser overfor terapeuter som benytter seg av denne behandlingsmetoden, enn det de synes å gjøre. Lignende kritikker har ofte blitt rettet mot selvspsykologisk orienterte terapeuter og forfattere generelt. En av dem som ofte trekkes frem i slike sammenhenger er Kernberg (1975) som mener at det er et sunnhetsstegn at pasientene kjenner på sinne og aggresjon overfor terapeutene sine.

Et hovedargument mot slike innvendinger er at det som særlig vekker irritasjon og sinne

hos mennesker er å ikke føle seg forstått eller respektert (Aamodt, 2005d). Det vil dessuten ofte oppstå en form for frustrasjons- eller fortvilelsessinne hvis en person over lengre tid har det vondt, og føler seg hjelpeløs. Hvis pasientene opplever at terapeuten forstår dem, og er dem til hjelp, er derfor mye av kilden til sinnet mot ham eller henne borte. De aller fleste blir dessuten generelt mindre sinte hvis de føler seg forstått, og opplever at de får hjelp til å få det bedre. Det er i denne behandlingsformen likevel svært viktig at terapeuter forsøker å legge merke til og bekrefte pasienters sinne, eller andre følelser, som rettes mot ham eller henne. Deretter bør disse følelsene søkes forstått ut fra pasientens perspektiv. Først da kan følelsene brukes for å fremme terapeutens forståelse av pasienten, og de vil da kunne være til hjelp for pasientens selvutvikling.

Mange selvpsykologer (Kohut, 1977; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; og Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1996) har i tråd med dette advart sterkt mot å være for konfronterende overfor personer som lider av alvorlige personlighetsforstyrrelser. Det samme har kognitivt orienterte terapeuter som arbeider med personlighetsforstyrrede pasienter lagt stor vekt på (Young, Klosko & Weishaar, 2003). De har forsøkt å forklare hvor sårbare disse pasientene kan være, og hvor skadelig det kan være hvis de ikke føler seg forstått. Pasientene kan fort få en uheldig utvikling som gjør dem både redde, skamfulle, fulle av skyldfølelse, fortvilelse eller raseri. Nathanson er opptatt av at konfronterende tilnærminger skaper sterke skamfølelser hos pasienter som nettopp ikke mestrer slike skamfølelser (2006, personlig kommunikasjon).

*Henriette kunne fortelle om mange hendelser i løpet av mange års tidligere behandling som hadde virket svært konfronterende på henne. Hun hadde ved dette blitt full av forferdelige følelser som hun ikke klarte å håndtere eller mestre. Innerst inne ulmet det et raseri i henne knyttet til dette. Dette raseriet hadde hun ingen toleranse eller forståelse for, og det gikk over i uro, angst og kaosopplevelser. Når sinnet kom mer tydelig frem, tolket hun det innledningsvis dit hen at hun nærmest var en ond djevel.*

Selv er jeg forsiktig med å konfrontere pasientene, men jeg er veldig opptatt av å utforske og bekrefte deres følelsesmessige opplevelser. De aller fleste gir uttrykk for at de føler seg forstått og hjulpet ved at jeg benytter denne fremgangsmåten. Jeg er videre opptatt av å utforske uheldige opplevelsesmønstre, og først deretter av å utfordre pasientene til å overskride disse. Jeg har mye fokus på å hjelpe dem til å løse opp i

problemer, og tilfredsstillende gode ønsker og behov. Jeg forsøker å finne en best mulig balanse mellom forståelse, forklaring og praktisk hjelp på den ene siden, og veiledning og utfordring på den andre. En av mine viktigste erfaringer som terapeut er at jeg gang på gang har opplevd hvor åpne, lærevillige og modige selv sårbare pasienter kan bli hvis de først føler seg forstått og støttet.

### **Om omsorg**

Jeg har i denne fremstillingen lagt vekt på at vi må forsøke å utvikle omsorg for personer med personlighetsforstyrrelser for å kunne hjelpe dem godt. Vi må ville dem vel. Vi bør ønske at pasientene skal få det godt, på lang sikt og etter beste skjønn (Rognes, 2000).

Fra enkelte fagmiljøer har det vært hevdet at det er uheldig å være vennlig og omsorgsfull overfor pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Noen har antydnet at det er uprofesjonelt å bli glad i pasientene, og at terapeuters ønske om å være til hjelp er et tegn på umodenhet og på en overdreven tro på terapeutens betydning for pasientenes liv. Det har også blitt hevdet at pasientene i større grad bør ta ansvar for seg selv. Etter min erfaring er det imidlertid slik at det kan være svært betydningsfullt og helsebringende for en følelsesmessig ensom, fortvilet og hjelpeløs person med personlighetsforstyrrelse å ha en terapeut som viser at han eller hun virkelig forsøker å forstå og være til hjelp. Mange av mine pasienter har gitt uttrykk for en stor takknemlighet i forhold til dette. Dette er et tema som har engasjert mange selvpsykologisk orienterte terapeuter (Kohut, 1977, Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987, Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1996). Innen nyere former for kognitive terapiformer rettet mot personlighetsforstyrrelser legges det i tråd med dette nokså stor vekt på at terapien skal kunne fungere som en omsorgsbasis hvor pasientene kan motta noe av den omsorgen de kanskje aldri tidligere har fått (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Det er videre min erfaring at personer med de alvorligste formene for personlighetsforstyrrelser ikke alltid klarer å ta ansvar for seg selv. De kan ha det så vanskelig at de faktisk ikke mestrer livet uten hjelp. Hvis terapeuten arbeider med å være oppmerksom på og utforske pasientenes følelser vil han eller hun få viktig informasjon om pasientenes problemer, ønsker og behov. Hvis terapeuten ved hjelp av dette arbeidet vurderer at det er viktige behov som ikke tilfredsstilles, bør han eller hun foreta seg noe

aktivt for å hjelpe pasienten til å få tilfredsstillende behovene sine bedre. Målet er hjelp til selvhjelp.

*Henriette satte etter hvert stor pris på den omsorg hun opplevde at jeg viste for henne. Hun gråt flere ganger av takknemlighet. Rent praktisk arbeidet vi blant annet med at hun skulle få kontakt med en psykiatrisk sykepleier, og senere også en støttekontakt. Disse var med på flere av terapitimene slik at vi sammen kunne snakke om hvordan vi alle på best mulig måte kunne forstå og være til hjelp for Henriette. Den psykiatriske sykepleieren ble etter hvert en svært betydningsfull støttepiller i behandlingen. Henriette fikk også hjelp av en sosionom til å skaffe seg en bolig, og hun fikk et tilbud om å bli med på noen fritidsaktiviteter som ble arrangert for mennesker med psykiske lidelser.*

### **Om relevant kunnskap**

Terapeuter og andre som arbeider med å behandle personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser, trenger kunnskap om hvordan de rent konkret kan gjøre dette.

Jeg håper at jeg ved hjelp av denne fremstillingen har klart å formidle noe viktig kunnskap som oppleves som relevant i forhold til å forstå og behandle personer med personlighetsforstyrrelser, eller andre som sliter med andre former for psykiske lidelser. I del 2 (Aamodt, 2005b) vil jeg ganske inngående forsøke å formidle relevant kunnskap om hvordan vi rent praktisk kan hjelpe personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser til å leve bedre og mer tilfredsstillende liv.

*Henriette har mange ganger gitt uttrykk for at hun føler seg veldig forstått og hjulpet av den behandlingstilnærmingen jeg i denne fremstillingen har gjort rede for. Hun har flere ganger sagt at behandlingen har reddet livet hennes. Henriette har videre et stort ønske om at flere behandlere skal forstå verdien av å arbeide psykoterapeutisk med å hjelpe personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser med å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser, og til å fokusere mer positivt på gode ønsker og grunnleggende behov.*

### **Om behandlingstilbud og terapeuter**

Jeg vil her til sist komme med noen refleksjoner over andre forhold som er viktige for at pasienter skal kunne få tillit til terapeutene sine.

Rammebetingelsene i det offentlige psykiske helsevesenet er i relativt stor grad utenfor den enkelte behandlerens kontroll, og det er dessverre slik at det ofte er vanskelig å finne anledning til å tilby personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser god behandling.

Behovene for behandling overskrider ofte de terapeutiske ressursene som står til rådighet. Det er så langt jeg vet få offentlig ansatte terapeuter som har anledning til å tilby pasientene to terapitimer i uken i over to år, slik som Monsen og medarbeidere gjorde i sin studie. De fleste personer med personlighetsforstyrrelse kan innen vanlige offentlige rammebetingelser likevel håpe på en betydelig personlighetsutvikling, men de må dessverre iblant gi opp håpet om å bli velfungerende og friske. Etter min mening er det svært viktig at vi utvikler stadig bedre behandlingstilbud for personer som sliter med personlighetsforstyrrelser. Hvis behandlingstilbudet oppleves å være utilstrekkelig, vil pasientene naturlig nok miste tilliten til at terapeuten kan hjelpe dem på en god måte.

Gir man en dårlig person en god metode, er det sagt, vil den gode metoden virke på en dårlig måte. Jeg har derfor i del 2 skrevet en del om terapeutens personlighet, holdninger og kunnskaper (Aamodt, 2005b). Jeg argumenterer videre for at det er viktig at terapeuter arbeider i tråd med gode livsfilosofiske prinsipper (Aamodt, 2005c). Wilber (1995) argumenterer for at vi bør arbeide i tråd med prinsippet om mest mulig bevisst liv for flest mulig levende vesener. Sentrale livsfilosofer argumenterer for viktigheten av å bygge livene våre på en eller annen form for universell kjærlighet. Underordnede prinsipper i tråd med dette er blant annet: ærlighet, vennlighet, forståelsesvilje, toleranse, tilgivelse, respekt, rettferdighet og ansvarlighet. Covey (1989) og Wilber (1995; og 2000) er blant dem som forklarer at det er avgjørende for mennesker å ta hensyn til både fysiske, følelsesmessige, intellektuelle og åndelige behov.

Ved siden av dette mener jeg det er av stor betydning at terapeuten selv i rimelig grad er i stand til å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke de følelsesmessige reaksjonene som det å behandle personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser vekker i ham eller henne. Terapeuters følelsesbevissthet kan trenes opp på samme måte som pasientenes følelsesbevissthet kan trenes opp.

### **Oppsummering av diskusjonen**

En terapeut som er i stand til å utvise forståelse og omsorg, og som har relevant kunnskap om følelser, behov, personlighetsutvikling og psykoterapi, vil ha gode forutsetninger for å utvikle gode og tillitsfulle terapeutiske relasjoner til pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Hvis terapeuten i tillegg er i stand til å arbeide i tråd

med gode livsfilosofiske prinsipper, og har mulighet til å tilby nok behandling, er betingelsene for tillit til stede (Rognes, 2000). Tillitsfulle terapeutiske relasjoner er som nevnt nødvendige for at psykoterapeutiske behandlinger skal kunne bli vellykkede.

Pasientens tillit til terapeuten kan imidlertid svekkes hvis terapeuten arbeider under forhold hvor han eller hun ikke har anledning til å tilby den grad av forståelse, omsorg og hjelp som kreves for at pasienten skal kunne utvikle seg og bli bedre.

## **Avslutning**

Jeg har i denne fremstillingen behandlet temaer som har med følelser, personlighetsutvikling og psykoterapi å gjøre. Disse temaene er relevante for alle mennesker.

Fremstillingen har først og fremst konsentrert seg om personer som har fått en alvorlig forstyrret eller mangelfull personlighetsutvikling. Disse personene har utviklet et svært vanskelig forhold til sine egne følelser, ønsker og behov, og de blir i faglitteraturen betegnet som lidende av alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Jeg har gjort rede for noen sentrale kjennetegn ved personer som lider av alvorlige personlighetsforstyrrelser. Jeg gjorde videre rede for hvordan et integrerende filosofisk perspektiv som særlig bygger på moderne affektteori, nyere psykodynamisk selvpsykologi og praktisk livsfilosofi, sammen kan gi oss en forståelse av hva disse personene sliter med

Jeg gjorde rede for de mest sentrale menneskelige følelsene, og jeg forklarte hvordan følelsene både utgjør et signalsystem og et motivasjonssystem. Deretter forklarte jeg hvordan følelsene organiseres i personligheten. Jeg la vekt på verdien av å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke alle former for følelsesopplevelser.

I løpet av fremstillingen har jeg skissert konturene av en psykoterapeutisk behandlingsmetode. Ved hjelp av vitenskapelig argumenter, og dokumenterte behandlingsresultater, har jeg argumentert for at behandlingsmetoden både er god og svært effektiv. Jeg diskuterte til sist behandlingsmodellen i forhold til et sett av nødvendige betingelser for at det skal kunne utvikles gode og tillitsfulle relasjoner mellom terapeuter og pasienter.

I del 2 (Aamodt, 2005b) vil jeg bygge videre på den forståelsen vi her i del 1 har

gjennomgått. Jeg vil konkretisere behandlingsmodellen, og vise hvordan vi i praksis kan hjelpe personer med blant annet alvorlige personlighetsforstyrrelser til å utvikle et åpent og mer fleksibelt forhold til alle følelsene. Ved hjelp av dette psykoterapeutiske arbeidet kan de aller fleste få det mye bedre, og mange kan til og med bli både velfungerende og friske.

Jeg håper at jeg ved hjelp av denne fremstillingen har klart å videreformidle en godt begrunnet behandlingsoptimisme knyttet til personer som lider av alvorlige personlighetsforstyrrelser spesielt, og personer som sliter med psykiske lidelser generelt.

## Referanser

- Aamodt, A. (1992). *På jakt etter lykken: Livskvalitet sett i sammenheng med opplevd kontroll*. Semesteroppgave. Psykologisk Institutt: Universitetet i Oslo.
- Aamodt, A. (1995). *Hva vil du forstå ved begrepet empati? Diskuter hvordan empati fungerer i den terapeutiske prosess*. 2. Avdeling psykologisk embetseksamen. Psykologisk Institutt: Universitetet i Oslo.
- Aamodt, A. (2005b). *Om å forstå og behandle personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser: Et bidrag til en behandlingsmodell med fokus på å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke følelser*. Del 2: En konkret og praktisk behandlingsmodell. Kristiansand: Upublisert manuskript.
- Aamodt, A. (2005c). *Affektteori, selvspsykologi og praktisk livsfilosofi*. Appendiks. Kristiansand: Upublisert manuskript.
- Aamodt, A. (2005d). *Om å legge merke til, tåle, forstå, bruke og uttrykke de forskjellige følelsene: Et bidrag til hvordan vi kan utvikle vår emosjonelle intelligens*. Kompendium. Kristiansand: Upublisert manuskript.
- Atwood, G. E. & Stolorow, R. (1984) *Structures of Subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Basch, M. F. (1988). *Understanding Psychotherapy: The Science Behind the Art*. New York: Basic Books.
- Basch, M. F. (1999). *Doing Brief Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British journal of psychiatry*, 177, 138-143.
- Beebe, B. & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale: The analytic Press.
- Covey, S. R. (1989). *The 7 habits of highly effective people*. New York: Simon & Schuster.



- Covey, S. R. (2004). *The 8<sup>th</sup> habit: From effectiveness to greatness*. New York: Simon & Schuster.
- Ekman, P. (2004). *Emotions revealed: Understanding faces and feelings*. London: Phoenix.
- Fosshage, J. L. (1994). Toward reconceptualising transference: Theoretical and clinical considerations. *Int. J. Psycho-anal.*, 75, 265-280.
- Fosshage, J. L. (1997). The organizing functions of dream mentation. *Contemporary psychoanalysis*. 33, 429-458.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy*. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 63; 649-658.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (2004). *Destructive Emotions: How can we overcome them?* New York: Bantam Books.
- Haugsgjerd, S. (1990). *Grunnlaget for en ny psykiatri*. Oslo: Pax forlag.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Johnsen, A. (1998). Semistrukturert følelsesbevissthetsintervju tilrettelagt for par-terapi-  
noen erfaringer. *Fokus*, 1, 21 – 32.
- Karterud, S., & Monsen, J. T. (Red.) (1997). *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Karterud, S., Urnes, Ø., & Pedersen, G. (Red.) (2001). *Personlighetsforstyrrelser: Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.

- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nortvale, NJ: Aronsen
- Lichtenberg, J. (1983). *Psychoanalysis and infant research*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F., & Fosshage, J. (1992). *Self and motivational systems: Toward a theory of psychoanalytic technique*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F., & Fosshage, J. (1996). *The clinical exchange: Techniques derived from self and motivational systems*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F., & Fosshage, J. (2002). *A spirit of inquiry: Communication in psychoanalysis*. Hillsdale: The analytic press.
- Malt, U., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: The Guilford press.
- Monsen, J. T. (1989). Inngående psykoterapi: En psykologisk behandlingsform tilpasset personer med alvorlige former for psykiske forstyrrelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 26, 523-534.
- Monsen, J. T. (1991). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano.
- Monsen, J. T. (1993). Kasusbeskrivelse: Knut O: En gutt med mangelfull og forstyrret selvutvikling. I G. Nielsen & A. L. Lippe (Red.). *Psykoterapi med voksne: Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano.
- Monsen, J. T. (1994). *Personality disorders and intensive psychotherapy focusing on affectconsciousness: A prospective follow-up study*. Oslo: Psykologisk Institutt.

- Monsen, J. T. (1996). Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknikk II: Om selvutvikling og mangelfull integrasjon av følelser – noen implikasjoner for psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 33, 952 – 960.
- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I Karterud, S., & Monsen, J. T. (Red.) (1997). *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkin's affect- and script theory within the framework of self psychology. I Goldberg, A. (Red.), *Progress in self psychology*, vol 15. Hillsdale: The analytic press.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2003). *Om følelsenes fenomenologi*. Institutt for Affektteori og Psykoterapi: Videregående psykoterapiseminar.
- Monsen, J., Ødegård, P., Melgård, T. (1986). Vitalitet og psykiske forstyrrelser belyst ved begrepene "opplevelsessevne" og "ekspressivitet." *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 23. 285 – 294.
- Monsen, J. T., Melgård, T. & Ødegård, P. (1986b). *Kartlegging av affektbevissthet: Intervjuguide*. Oslo: Notat.
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. E. (1995a). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5: 33 – 48.
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. E. (1995b). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36: 256 – 268.
- Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi: En behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi*. Oslo: Tano.
- Monsen, K. (2002). *A study of patients with pain disorders: Psychological and bodily characteristics, psychotherapy outcome and patterns of change*.

Doktoravhandling. Psykologisk Institutt, Universitetet I Oslo.

Nathanson, D. N. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. New York: W.W. Norton & Company.

Nathanson, D. N. (1994). The case against depression. *Bulletin of The Tomkins Institute*. Vol.1. Retrieved October 25, 2000 from <http://www.behavior.net/orgs/ssti/bltn01.html>

Nathanson, D. N. (2003). *The name of the game is shame*. Report to the Academic Advisory Council of the National Campaign Against Youth Violence. Retrieved January 2004 from <http://behavior.net/orgs/ssti>

Orlinsky, D. E., & Howard, K. L. (1986). Process and outcome in psychotherapy. I Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (Ed.). *Handbook of psychotherapy and behaviour changes*, s. 311 - 381. New York: John Willy & Sons.

Perry, J. P., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 156, 1312-1321.

Robbins, A (1991). *Awaken the giant within: How to take control of your mental, emotional, physical and financial destiny*. London: Simon & Schuster.

Robbins, A. (1994). *Giant steps: Small changes to make a big difference. 365 daily lessons in self-mastery*. New York: Simon & Schuster.

Robbins, A. (1996). *Personal Power II: The power of the emotions* (Audio program). San Diego: Robbins research international.

Robbins, A. (2004). *Unleash the power within*. London: Robbins research international.

Rognes, W. (2000). Psykoteraforskning, terapeutisk relasjon og tillit. *Impuls nr. 2*, 57 – 61.

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment* (Audio Book). New York: Simon & Schuster.

- Schibbye, A. L. L. (1995b). *Anerkjennelse: En terapeutisk intervensjon?* Manuskript: Universitetet i Oslo.
- Smedslund, J. (1997). *The structure of psychological common sense*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. D. (2004). Autobiographical reflections on the intersubjective history of an intersubjective perspective in psychoanalysis. I M. Bornstein, J. Lichtenberg & D. Silver (2004). *Psychoanalytic Inquiry* 24/4. Hillsdale: The Analytic Press.
- Stolorow, R. D. (2005). The contextuality of emotional experience. *Psychoanal. Psychol*, vol. 22, (in press).
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An Intersubjective approach*. Hillsdale: The analytic press.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. (1992). *Contexts of being*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. & Brandchaft, B. (Red.) (1994). *The Intersubjective perspective*. Northvale: Jason Aronsen.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. & Orange, D. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Tomkins, S. S. (1995). *Exploring Affect: The selected writings of Silvan. S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Torgersen, S. (1995). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wilber, K. (1995). *Sex, Ecology, Spirituality: The spirit of evolution*. Boston: Shambhala.
- Wilber, K. (2000). *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*.

Boston: Shambhala Publications.

- Wilber, K. (2001). *A theory of everything: An integral vision for Business, Politics, Science and Spirituality*. Dublin: Gateway.
- Wilber, K. (2005). Introduction to Integral Theory and Practice: IOS basic and the AQAL map. *Journal of Integral Theory and Practice*. Spring 2005, Vol 1, No. 1. Retrieved May 24, 2005 from [www.integraluniversity.org](http://www.integraluniversity.org).
- Wilber, K. (2005b). *Integral Psychotherapy Seminar*. Integral Institute. Boulder: Psykoteraseminar.
- Wilberg, T. (2001). Effekt av behandling hos pasienter med personlighetsforstyrrelse. I S. Karterud, Ø. Urnes, & G. Pedersen. (Red.) (2001). *Personlighetsforstyrrelser: Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. I D. W. Winnicott (Red.), *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2002). *Gjenvinn livet ditt: Hvordan du kan bryte ut av negative mønstre og ha det bra med deg selv igjen*. Trondheim: Stiftelsen Helse- og Rehabilitering.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

Psykolog Andreas Aamodt  
Spesialist i klinisk psykologi, NPF  
DPS - Solvang, Sørlandet Sykehus

NB: Denne fremstillingen er planlagt bearbeidet, og jeg har en intensjonsavtale med Fagbokforlaget om å vurdere å skrive en bok om temaet. Jeg arbeider ellers med muligheter for fagutvikling, forskning omkring problematikken med base i Sørlandet sykehus HF.