



4 Borderline personlighetsforstyrrelse BPS Og adferdsforstyrrelse i følge ICD. 10 v. Q: 60

Slik forfatteren har beskrevet viser personlighetforstyrrelser BPS - adferdsforstyrrelser seg som en alvorlig forstyrrelse av den berørte persons personlige og sosiale adferd.

Denne lidelsen utvikler seg i tidlig barndom eller ungdomsårene og fortsetter gjennom hele livet. Årsakene kan ikke vises direkte til hjerneskade eller psykiatrisk lidelse, men mye mer til en strukturell mangel på oppdragelse. Rohde et al. viser til tap av urkjærlighet og urtillit, samt misbruk og mishandel av barnet som årsaker til utvikling av denne lidelsen (Andrawis A, 2018).

Personlighet og atferdsforstyrrelser er hos Dilling et al. (2011) under klassifiseringen F60 - F69:

- paranoid personlighetsforstyrrelse F60.0,
- dissosial personlighetsforstyrrelse F60.2,
- følelsesmessig ustabil F60.3,
- impulsiv type F60.30,
- skizoid personlighetsforstyrrelse F60.1,
- borderline type F60.31,
- histrionisk personlighetsforstyrrelse F60.4,
- engstelig (unnavikende) personlighetsforstyrrelse F60.6,
- anankastisk (tvangsmessig) personlighetsforstyrrelse F60.5,
- avhengig (asthenisk) personlighetsforstyrrelse F60.7,
- andre spesifikke personlighetsforstyrrelser F60.8,
- videre narcissistisk personlighetsforstyrrelse F60.80,

- passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse F60.81, ellers andre andre spesifikke personlighetsforstyrrelser F60.88 og så videre. (Möller et al., 2005)

Her begrenser forfatteren seg til F60.31 "borderline type" som den vanligste manifestasjonen av en personlighetsforstyrrelse (Andrawis A, 2018).

Introduksjon

Borderline- type patologi og psykoanalyse

Som Rohde-Dachser (2006) har beskrevet, ligger historien om borderline-typen i psykiatrien langt tilbake. Første gang ble den praktisert av Aichhorn i 1925 blant en gruppe pasienter, hvor han fant ut av at hans pasienter lider av mangel på impuls kontroll. I 1938 ble gjennom Stern borderline nevnt som en diagnose for å skille pasienter av denne typen fra psykotiske pasienter.

Som allerede nevnt hadde Stern beskrevet egenskaper hos pasientene som Kernberg (2008) senere overtok og publiserte i sitt arbeid om borderline jeg-patologien. Fra et analytisk synspunkt er det en tendens hos pasienter å idealisere objektforholdet (barn-mor forhold) og samtidig skifte fra idealisering til devaluering. Dette kalles en ambivalent tilstand. Grinker et al. beskriver i sine empiriske kriterier over borderlinepasienter en inndeling av fire karakter typer (Rohde-Dachser 2006) :

Karakteriseringens undergrupper

- 1.) anakastiske betegnelser
- 2.) sinneanfall
- 3.) manglende jeg identitet
- 4.) depresjon gjennom ensomhet

Samtidig utviklet Kernberg teorier om borderline type personlighetsorganisasjonen, hvor han i psykodynamiske fenomener ved pasientens jeg-patologi kunne vise til primitiv forsvarsmekanisme som hadde sammenheng med traumer fra tidlig barndom og viste seg i proaktiv identifikasjon, (Andrawis A, 2018) spaltning og fornektelse. Opprinnelig oppstår en patologi av overjegets objektforhold som preges av mangel på angsttoleranse, impuls kontroll, samt mangel på sublimeringsevne og kan betegnes som jeg svakhet (ibid.).

På den ene side kan denne tidlige forstyrrelsen spores tilbake til forholdet mellom mor og barn, hvor urtilliten og urkjærligheten ble brutt, og på den annen side til traumatiske opplevelser i tidlig barndom. Her spiller psykososiale komponenter en rolle som boligmangel, arbeidsledighet, fattigdom, alkoholisme, separasjon, skilsmisse og vold innen familien. Også faren er involvert i sammenheng med autoritet, fravær og forhold til familien. Videre forholdet mellom foreldrenes samliv innen konfliktløsning, så som et broderlig forhold uten rivalisering i aksept og takknemlighet er viktig. Det kommer ikke nødvendigvis til en traumatisering av barnet, dette kan også handle om epidemiologi, noe som kan føre til symbiotisk binding (ibid.).

Eksakt diagnose i henhold til DSM-III-R kriterier

For en nøyaktig diagnose av borderline typene må 5 av de følgende 8 kriteriene være til stede.

1. Impulsivitet i minst 2 områder hvor man er aktivt selvdestruktiv. For eksempel: seksualitet, bruk av penger, butikktveri, rusmisbruk, hensynsløshet i mellommenneskelige forhold og spiseanfallet
2. Å utvise et visst mønster av ustabilitet, som også påvirker mellommenneskelige relasjoner, og manifesterer seg ved å skifte mellom nedvurdering og over-idealisering.
3. Overdrevet sinne eller manglende evne til å kontrollere sinne, f.eks. utbrudd av sinne, pågående raseri eller fysisk vold (Möller et al., 2005).
4. Ustabilitet i form av humørsvingninger, fra normalt humør til depresjon, angst eller irritabilitet, hvilket humør kan vare fra noen få timer til noen få dager.
5. Identitetsforstyrrelse som er vedvarende og manifesterer seg i usikkerhet i minst to av følgende områder av livet: selvbylde, seksuell orientering, langsiktige mål, karriereoppdrag, valg av venner eller partnere, personlige verdier.
6. Selvmordsforsøk, selvbeskadigelse og gjentatte selvmordstrusler.
7. Kjedsomhet og kronisk følelse av tomhet.
8. Desperat forsøk på å hindre imaginær ensomhet eller ekte ensomhet (Kernberg 1998).

Borderline - Type F 60.31

Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 F internasjonal klassifisering av psykiske lidelser:

- Tilstedeværelse av følelsesmessig ustabilitet av ens selvbylde, av indre preferanse, inkludert uklar og forstyrret seksualitet
- kronisk følelse av indre tomhet
- Tendens til intense, men flyktige forhold som kan føre til gjentakelse av følelsesmessige kriser, inkludert overdreven innsats for ikke å bli forlatt. I tillegg selvbeskadigelse og selvmordstrussler, som også kan opptre uten årsak (Dilling et al., 2011). DSM-III-R kriteriene for borderline personlighetsforstyrrelse kan overlape med andre vanskelige personlighetsforstyrrelser, særlig den schizotypiske, histrioniske, antisosiale og narsissistiske personlighetsforstyrrelse (Andrawis A, 2018).

Tre kriterier for diagnostisering av borderline type forstyrrelser

Kernberg (2008) sitert de følgende tre kriteriene for borderline forstyrrelser:

- I. Motstandens nivå
- II. Identitetsdiffusjon (mangel på integrasjon)
- III. Evne til virkelighetskontroll

I motsetning til den neurotiske personlighetsforstyrrelsen, hvor forsvarsorganisasjonen sentrerer seg om fortrenninger og andre modne forsvarsmekanismer, viser det seg hos pasienter med borderline forstyrrelser

eller et psykotisk organisasjonsnivå, spaltningens primitive mekanismer som den sentrale motstandsform. (Kernberg 1998). Spaltning og andre mekanismer som proaktiv identifisering, primitiv idealisering eller nedvurdering, fornektelse, omnipotent kontroll (kontrollbehov) og devaluering oppstår i samspill. Dette er for å beskytte sitt jeg mot konflikt og dukker opp i motstridende selvopplevelser, hvor forsvarsmekanismene prøver å holde motstridende betydninger adskilt. Dermed kan man snakke om en splittelse gjennom disse forsvarsmekanismer (Andrawis A, 2018). Disse kjennetegnene er også tydelige i pasientinteraksjonen. Spaltningen fører til en deling av de ytre objekter og selvet til "absolutt ondt" og "absolutt godt". Dette betyr at i overføringer i form av projeksjon, blir personer delt inn god eller ond (ibid.).

Primitiv idealisering

Det viser seg for eksempel ved overdrivelse av ytre objekter som "gode". Gode kvaliteter hos andre blir sykkelig overdrevet. Dette kan gå så langt at pasientene ikke vil akseptere menneskelige feil. Når en person blir overidealisert av en pasient da får han ikke lov til å gjøre feil. Pasienten mener at den idealiserte personen er perfekt. Det motsatte av overidealisering er absolutt nedvurdering. Den andre blir også oppfattet som farlig og forfølgende. Tidlige former for projeksjon og projektiv identifikasjon avviker fra modne former for projeksjon ved å tildele en impuls til en annen. Dette er en indikasjon på tidlig fortrenning. Som Kernberg har beskrevet, er den prosjektive identifikasjonen preget av tre trinn:

1. Frykt for andre, tilsynelatende preget av projiserte impulser.
2. Behovet for å kontrollere denne personen (terapeuten). Målet er å provosere en bestemt adferd som så tilsynelatende bekrefter pasientens projeksjon. Dette skjer på grunn av jeg struktur mangel. I sentrum står fortrenningens forsvarsmekanisme. Dette er basert på projektiv identifikasjon, som manifesterer seg gjennom spaltning eller primitive handlinger (ibid.).
3. Tendensen til å finne en impuls i seg selv mens den samtidig projiseres på den andre (ibid.).

Evne til virkelighetskontroll

Både i borderline personlighetsforstyrrelse og i nevrotiske personlighetsforstyrrelser, er evnen til å verifisere virkeligheten bevart. I motsetning til dette er det ikke tilfelle med en psykotisk personlighetsorganisasjon. Virkelighetsprøven kan skilles som et "ikke-selv" fra selvet. De intrapsykeiske oppfatninger og stimuli som opprinnelig var ment å skille ens egne affekter, blir intensivert, slik at sosiale normer ikke kan holdes. Dette tap av evne må helbredes for å kunne finne veien tilbake til virkeligheten: Pasienten, for hvem tingene fremstår fremmed, må gjøres oppmerksom på virkeligheten.

"Borderline personlighetsforstyrrelse organisasjonen manifesterer seg også i sekundære strukturelle trekk, slik som uspesifiserte tegn på jegsvakhet (mangel på impuls kontroll, mangel på angst toleranse og manglende utviklet evne til sublimering) fra overjeg patologi (infantile, umodne verdisystemer, motstridende indre moralske krav eller til og med antisosiale funksjoner.)"(Andrawis A, 2018). Sekundære strukturelle funksjoner er basert på de patologiske funnene. Diagnosen er basert på kriteriene for motstandsaksjonen, identitetsdiffusjon og virkelighetstesting.

Identitetsdiffusjon og mangel på integrering

Mangelen på integrasjon er definert som identitetsdiffusjon og forstås samtidig som et begrep av objektet. Dette betyr at det subjektivt opplevde er preget av indre tomhet, motstridende oppfatninger og motstridende oppførsel. De motstridende oppfatninger av andre, så vel som seg selv, manifesteres i manglende evne til å leve i mellommenneskelige forhold. I et kort intervju snakket en rammet person også om vanskeligheten ved å kunne samhandle med partneren på en realistisk og behørig balansert måte.

Praktisk behandling for borderline typen

De individuelle patologiske bildene under den terapeutiske prosessen viser hypomaniske personlighetsforstyrrelser (psykosomatiske lidelser), som i alle tilfeller regnes som sosial personlighetsforstyrrelse.

Kernberg forutsetter at grenseforstyrrelser oppstår i barndommen på grunn av fysisk mishandling eller seksuelle overgrep. For Herman et. al (1989), kan diagnosen av de berørte erstattes med alvorlig posttraumatisk stresslidelse fordi endelig diagnose ikke kan etableres. Seksuelt misbruk dukker i stedet opp i forbindelse med personlighetsforstyrrelser.

Behandlingsplan og mål

Ekspressiv psykoterapi er basert på en psykodynamisk modell, og har til hensikt å forbedre pasientens evne til å oppleve seg selv og andre som sammenhengende, integrerte og realistiske oppfattende individer. Pasienten bør lære å kontrollere sine impulser, å tolerere frykt, å regulere, påvirke, å sublimerer instinktive begjær og å

oppleve intimitet og kjærlighet. Dette skjer innen en psykoanalytisk-ekspressiv psykoterapi-modell.

Forutsetninger for behandling er overføringsfenomener, motstandsformer, forsvarsmekanismer og tolkningsteknikker. Denne typen terapi krever noen modifikasjoner (konvertering av terapeutiske teknikker og teknisk nøytralitet) og knytter dem til aksepterte prinsipper for psykoanalytisk behandling. I alle former for psykoterapi, som inkluderer ikke-spesifikke aspekter, kontinuitet, pålitelighet, aksept, verdsettelse og ekthet, samt en sunn kommunikasjon i retning mot empati, spiller en viktig rolle. Viktig i terapi er konsekvens og disiplin (Andrawis A, 2018).

Motstand, behandlingsmetoder og mål

Som Kernberg har beskrevet i forhold til ekspressiv psykoterapi for borderline-psykopatologi, skal evnen til forståelse og empati for ens egen person og seg selv, økes. Sammenhengende, integrerte relasjoner bør iakttas og omformes individuelt. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at av forsvarsmekanismer blir redusert, ifølge Andrawis (2018), fordi det svekker jeg-strukturen. Pasientens evne til å utvikle seg skjer gjennom at han kan styre sine egne impulser, regulere følelser, mulighet til å tolerere angst og å sublimere sine instinktive begjær, samtidig som han utvikler stabile og tilfredsstillende mellommenneskelige forhold, for å oppleve kjærlighet og intimitet (ibid.). Disse målene kan oppnås ved å erkjenne og avklare delene av den berørte persons indre gjenstandsverden. Gjennom den nevrotiske overføringen til terapeuten blir denne splittelse synliggjort. Hver overførings disposisjon betyr pasientens selvbylde gjennom rekonstruksjon av objektforestillingen og den affektive tilstanden, og kombinerer dermed selvoppfattelse og objektpersepsjon med hverandre. Ifølge forfatteren forsøker pasienten å undertrykke og unngå sine indre konflikter gjennom samspillet mellom primitiv overføring. Behandlingsanbefalingen for borderline-pasienter er å forstå denne overføringen og å godta tolkningen i stedet for å forfølge det nåværende behovet for forebygging og undertrykkelse.

Tolkningen av spenningsdelen med psykiske opplevelser hos den berørte skal formidles til pasienten. Ved tolkning og oppklaring av spaltede elementer beveger seg (spaltede) selvrepresentasjoner langsomt mot fullstendig selvrepresentasjon ved å fange bildeforståelsen av aggressive og libidinale tendenser. Dette resulterer i selvets

differensierte realistiske syn på objekteverdenen. Dermed utvikles selv- og objektverden, så vel som anerkjennelsen av indre affekttilstander. De integrerte objektrepresentasjonene gjenspeiler et realistisk foreldre bilde og integrasjonen med dem fra tidligere barndomsopplevelser, slik at grensepasienten er i stand til å akseptere sin fortid realistisk (ibid.).

Grunnleggende til behandlingsmål

Nærværet og verdsetting ovenfor terapeuten, så vel som alle andre personer, er svært viktig og kan ses som en stor hjelp for samspillet blant mennesker, så vel som for hele terapien for at de begge integrerte delene hos pasienten, objektrepresentanten og selvet, kann føyes samme. Gjennom spalting og internaliserte objekforhold så vel som spaltingens karaktertrekk, uttrykt i aggresjon og kjærlighet, oppstår over-idealiserings og devaluering. Integrasjonene blir igjen forbedret ved analyse av forsvarshandlingene som opprettholder denne splittelsen. Viktig for disse pasientene er anerkjennelsen av primitiv, splittet jeg tilstand og dens integrasjon gjennom oppløsning av defensive operasjoner som eksisterer uavhengig av hverandre. Dette dette blir gjort ved hjelp av integreringsteknikker (ibid.).

Teknisk nøytralitet

Psykoanalytisk psykoterapi innebærer åpen dialog mellom terapeut og pasient. Instruksjonene til pasientens åpenhet er en del av standardregelen for fri assosiasjon. Intervallene i terapiene foregår vanligvis to til tre ganger i uken. Ekspressiv psykoterapi, som regnes som den grunnleggende teknikken for psykoanalyse, ligner i sin rekonstruksjon av biografien og dens tilknytning til pasientens psykodynamikk og dens resultat i tolkningen og terapien. Begge behandlingsmetoder viser til overføringsanalyse, samt teknisk nøytralitet som i ekspressiv psykoterapi også kan bli midlertidig suspendert og da må fornyes ved tolkningsteknikker. For langsiktige terapeutiske mål må overvåking av ekstern virkelighet vurderes (ibid.).

I former for suppurativ psykoterapi, som også kan beskrives som tilleggsbehandlinger, støttes pasientens "å gå i dypet av seg selv " for å oppnå et positivt samvær i den første fasen av terapien der støtten er spesielt viktig. På dette stadiet bør konfrontasjonsbehandlinger unngås. Fortolkingsprosessen er basert på "her og nå", "der

og da". Den støttende psykoterapiens hovedstrategi er kognitiv og affektiv støtte, der terapeuten heller fører enn analyserer, hvorved pasientens livsomstendigheter tas tak i på et senere stadie av behandlingen. Terapeutens oppgave er å føre pasientens overføringsfenomener, gjennom objektaffekter, til her og nå og realiteten. Teknisk nøytralitet kan herved lett gis avkall på og trenger ikke nødvendigvis å bli gjenopprettet.

Ekspressiv psykoterapi

Hos borderlinepasienter blir denne metoden på grunn av behandlingsforløpet „her og nå", i sammenheng med pasientens "biografiske historie", kun gjennomført i et viderekomet terapiforløp. I psykoanalysen derimot overføres rekonstruksjonen av den biografiske anamnese til samtiden gjennom tolkning og sammenkobling. Analysen av overføring blir i sammenligning med psykoanalysen vurdert i forhold til pasientens nåværende livssituasjon, slik at terapeutiske mål ikke går tapt og at pasienten kan takle sine vanskeligheter. Kernberg peker på faren at pasienter bruker isolasjon, dissosierer (separerer) for å unnsnippe stress i hverdagen (ibid.). En annen forskjell i forhold til psykoanalysen er at alvorlighetsgraden av utageren hos grensepasienten ofte tvinger terapeuten til å forlate den tekniske nøytralitets holdning. Den må imidlertid gjenoprettes så snart den behandlingstruende situasjonen som krevde denne avviken ikke lenger eksisterer (ibid.).

Støttende psykoterapi

I motsetning til den ekspressive psykoterapi med grensepasienter, kan det i denne tilnærmingen, for eksempel med oppmuntrende ord, ros, overtalelse, intervensjoner og pasientens miljø, fritt brukes til å gi veiledning. Om nødvendig kan ekstra terapimetoder være tillatt, selv om dette ikke alltid må være tilfelle. Ved implementering av terapien vises det hen til upassende adferd ved hjelp av lett konfrontasjon, med det målet å redusere overføringen.

Den støttende psykoterapeutiske modellen innebærer konfrontasjon, avklaring, men allikevel ingen tolkning. I motsetning til dette unngås det direkte uttrykket av affekter / følelser kognitiv / mental støtte, samt inngrep i livsforhold i den ekspressive terapien. Erfarne terapeuter er i stand til å bruke rammebetingelsene direkte i sitt arbeid (ibid.).

Behandlingsmetode

Ekspressiv psykoterapi har konseptet om en stabil, patologisk, intrapsykisk struktur for behandling av borderline lidelse. Denne teknikken i psykoanalysen spesialiserte seg på behandling av patologiske tilstander til denne lidelsen. Fra et psykoanalytisk synspunkt presenterer den freudianske modellen seg som et differensiert, tredelt system "JEG, OVER-JEG og ID". Disse tre komponentene er i konflikt med hverandre. Den strukturelle organisasjonen av klassisk karakter-neurose (høypatologisk personlighetsdannelse og psykoseksualitet) og psykoneuroser (psykogenetisk utløste neuroser, der utløsere er tidlig ubevisste undertrykte konflikter) ligger bak denne tredelte modellen (Andrawis A, 2018).

Som nevnt tidligere handler det ved borderline personlighetsorganisasjonen om en tidlig patologisk og intrapsykisk konflikt. Disse adskiller seg fra en neurotisk personlighet på den ene siden i form av de intrapsyke konflikter som inngår i det patologiske bildet og på den annen side under de strukturelle betingelsene. Innenfor disse betingelsene gjenspeiler seg konflikter, slik at en nevrotisk personlighet utvikler seg. Årsaken ligger i Oedipus-komplekset - de psykoseksuelle aggressive impulser fra tidlig barndomsutvikling. Borderlinelidelsen innvirker gjennom dominans av pre-ødipale konflikter og står i forbindelse med psykologiske forestillinger som er forbundet med den ødipuskomplekse fase.

Den triangulære seksuelle lidelsen er relatert til det tidlige forholdet mellom mor og barn. Det uttrykkes seg gjennom orale og anale konflikter som vises ved aggressive atferdsmønstre og stammer fra preødipale forhold. Gjennom denne strukturen utvikles borderlinepersonligheter, spesielt gjennom alle undertrykte konflikter og traumer. Derfor viser det seg i det ubevisste, infantile atferdsmønstre som står i vekselvirkning med jegtilstanden. Disse atferdsmønstre manifesterer seg i form av forsvar gjennom splittelse. Jeg-tilstander splittes i en primitiv JEG-ID-matrise gjennom fortrenninger, der jeg-et differensierer seg fra ID og over-jeg. De enkle former for JEG-ID-matrisen går i retning av en programmert spaltning og projeksjon, hvor igjennom over-jeg kan betegnes som en paranoid tilstand (ibid .)

Objektrelasjonsteori

I 1972 beskrev M. Mahler objektrelasjonsteorien som individuelle og avsondrende separasjonsprosesser. Det betydelige tidspunktet for bestemmelse av patologiske symptomer på et foreldreobjekt er fra det andre til fjerde år av livet og viser seg som tidligere oppståtte aggressive-psykologiske erfaringer. Slik beskriver de psykiske teorier og teknikker at ved aktivering av tidligere internaliserte objektrelasjoner og deres fortrenghninger er patologiske overføringer tydelig å gjenkjenne gjennom affekttilstander. Disse må diagnostiseres og tolkes både som integrerte partielle objektrelasjoner, samt også som splittelse eller hele objektrelasjoner fra tidligere overføringsstrukturer til den ødipale utviklings overføring. Dette spiller en viktig rolle i analysen av overføringen gjennom en reaktiv, tidligere internisert undertrykkelse av objektrelasjonen i betydningen av "her og nå".

For å analysere "jeget, over-jeget og idets" byggesteiner trenger man det internaliserte objektforholds overføringsformer så vel som det fortrenghninger i tilknytting fantiserte og realistisk forvrengte objektforhold. Tidligere objektrelasjoner blir internalisert på en forvrengt måte og utover det forekommer motstandsreaksjoner i innflytelsesrike projeksjoner preget av instinktive driftimpulser.

Hovedmålet med psykoterapi for grensepasienter er fullstendig tolkning og plausibilitet ved at det ubevisste blir bevisst og at disse erkjennelsene til sist må inderliggjøres og omsettes til handling (ibid.).

Den psykoanalytiske Tolkningen

For ekspressiv psykoterapi spiller det tekniske instrumentet for tolkningen en viktig rolle for grensepasienter. Pasienter går seg vill i intellektuelle yttringer og blander i timen det bevisste med det ubevisste. Så finnes det hverken forbindelse eller årsak. Fortrenghningene fra tidlig barndom har innflytelse på overføringsfenomener og deres vekselvirkning mellom realitet og fantasi, og deres årsaker (ibid .).

Tolkningspråket

Tolkningspråket er basert på tre nivåer:

- I. Rekonstruksjon fra biografisk anamnese
- II. Forbindelsen mellom biografi og psykodynamikk

III. Formuleringen av terapeutiske planer og mål fra "tolkningspråket"

Vanskelighetene man møter i den terapeutiske prosessen er pasientens forsvar og motstand. Den pågjeldende har angst. Den bevirkes av motstandens mekanisme som igjen virker kontraproduktivt mot det terapeutiske målet. Her spiller urkjærlighet og urtillit en stor rolle. Nåe disse av biografiske grunner er blitt såret på grunn av ødipuskompleks, manifesterer seg en mønsteradferd. Dertil kommer også personlige konflikter tilbake i stressede situasjoner. Her er behovet for pasientens biografi, i sammenheng med den indre psykiske tilstanden, og dermed psykodynamikken gitt.

Gjennom den verbale tolkningen som er oppstått gjennom pasientens hypotetiske frie assosiasjoner ligger kobling og tolkning mellom det bevisste og ubevisste. Virksom tolkning er viktig for en forståelsesfull pasient. Deretter følger oppklaring og henholdsvis konfrontasjon på veien til målet. Konfrontasjon, oppklaring eller interpretasjonsteknikker som oppnås gjennom en eller flere timer er forutsetning for en komplett tolkning (ibid.).

Psykoanalytisk oppklaring

Oppklaring representerer plausibiliteten til de første trinnene i den kognitive prosessen med tolkning og kan referere til ulike felt som behandles av terapeuter og leger:

- Pasientens yttringer om realiteten
- Overføringsfenomenene
- Pasientens historie eller nåværende forsvar (ibid.).

Konfrontasjonsterapi

I konfrontasjonsterapien består en konfrontasjon av to skritt: Det første skrittet er konfrontasjon i tolkningsprosessen og kommer før oppklaringen av tolkningen. Målet er en bevisstgjøring av ubevisste pågående konflikter. I det andre trinnet konfronterer man pasienten i den såkalte tolkningsprosessen med hennes separate forbevisste og bevisste innhold, for med dette innhold å gi en hjelp og henvisning til å bli bevisst om enkelhetene. Fremfor alt blir pasienten gjort oppmerksom på sin egen fantasmaske og

hvordan det resulterer i en distraksjon fra virkeligheten. De motstridende holdninger og handlinger synliggjøres og blir satt frem i forhold til realitetens enhet. Hvis pasienten avviser terapeutens konfrontasjon så vel som oppklaring kan terapeuten gjøre henne oppmerksom på at de terapeutiske betraktninger og oppklaringer er blitt avvist av pasienten uten å tenke etter, og at hun påstår samtidig ikke å ha lært noe i timene (Andrawis A, 2018)

Den utvidede terapeutiske tolkning

Tolkningen er basert på konfrontasjon og avklaringstilnærmelser med det mål at det bevisste og ubevisste til sammen blir gjort bevisst. Det tjener også det grunnleggende fornuftens angstforsvar fra det ubevisste til det bevisste. Derigjennom oppstår en motivasjon for en terapeutisk plan og mål for å løse opp det ubevisstes konflikttinnhold og avbryte motstandsmekanismen. Terapeuten fastsetter i løpet av timen hypotetiske tolkninger og korrigerer og forklarer meningen og målet med terapien. Her kan det igjen vises til metaforen det ubevisste som et gravkammer, der alle fortrenninger og deres infantile adferdsmønstre som manifesterer seg i forskjellige situasjoner som syndrom henholdsvis symptom i form av overføring, blir lagret. Fra det ubevisstes gravkammers depot etablerer seg et adferdsmønster som er ubevisst og blir ført utad (ibid.).

Overføringsfenomener

Opplevelsene av overføringene på terapeuten fra pasientens side er basert på iakttakelser, fantasier og affekter som trer frem under den terapeutiske interaksjonen. Disse overføringer kommer aldri fra terapeuten, men alltid fra pasientens fortrenninger gjennom hans/hennes historie.

Overføringene er ubevisste innhold som gjentar tidligere internaliserte objektforhold (i"der og den gang") med her og nå. De blir av pasienten ofte rasjonalisert som "realistiske" reaksjoner på observerte aspekter ved terapeuten. Forvrengningene bør skilles fra pasienten. Overføring er det uoverveide eller forvrengte aspektet av pasientens reaksjon på terapeuten (ibid.).

Primitive og modne overføringer

De primitive overføringene blir av pasienten fort mobilisert, med absolutte og ekstreme forvrengninger. I forgrunnen handler det om pasientens manglende stabile selvfølelse.

Hun lurer seg selv fordi det handler om noe helt annet og agerer ikke i "her og nå". Årsaken ligger i tidligere fortrenge objekter henholdsvis andre objekter og forskjellige situasjoner. Hvert overføringsfenomen kan tippe over i sin motsetning eller anta en egen fullkommen identitet. Terapeuten opplever disse overføringene forvirrende, kaotiske og også ofte truende da det ikke er mulig å føle seg inn. Trusselen består i at pasienten muligens avbryter terapien. Når pasienten har ubevisste vanskeligheter reagerer hun med forsvar. Han bærer det som en maske og ser det som sin subjektive sannhet. Dette kan man se som et destruktivt infantilt adferdsmønster som går så langt at pasienten ikke vil akseptere realiteten og ikke er i stand til å overvinne sine psykiske konflikter. Det er grunn til at den pågjeldende trekker seg tilbake og tror at dette er den beste veien for henne. "Primitive overføringsformer handler ut fra deler av objektforhold, mens modne overføringer speiler hele objektforhold" (ibid.)

Behandling av borderline personlighetsforstyrrelse

Man kan behandle borderline pasienter enten med adferdsvitenskapelige eller med psykoanalytiske metoder. Begge terapeutiske tilnærmelser har det mål å bygge opp et stabilt terapeutisk forhold, å strukturere en psykoterapeutisk setting, og å sette grenser hvor det ellers kunne bli til en henholdsvis fremmed destruktiv adferd. Dessuten er det legitimt å kombinere borderline behandling med psykofarmika (Andrawis A, 2018).

Ved de forskjellige skolene er å nevne at på den ene siden er den kognitive terapien opptatt av adferd og følelser, av et strengt tankemønster, mens den psykodynamiske helbredelsesmetode retter sin oppmerksomhet mot de ubevisste konfliktene og indre psykiske strukturer, mer nøyaktig sagt, enhver ubevisst konflikt som jeget kan bevisstgjøre seg om, kun på grunn av symptomer fordi de unnviker jegets kontroll.

Ved iscenesettelse av indre konflikter under behandlingen med psykoterapeut eller psykoanalytiker gjør man pasienten bevisst og forandrer han på denne måten. Bøker viser til Fonagys tilnærminger til den psykodynamiske terapien. På den andre siden finnes det den dialektiske adferdsterapien fra marsha Linehan (1993/1996), som ble hyllet med stor fremgang. Helt siden alle de tre nevnte terapiformene har vært tilgjengelige som problemspesifikke manualer, har de psykoanalytiske metodene utviklet seg og kan i dag brukes på et stort antall borderline pasienter. (Andrawis A, 2018).

Et viktig aspekt under det terapeutiske forløpet er at pasienter med destruktive infantile adferdsmønster prøver å kontrollere terapeuten og

forsøker å ødelegge terapeutens bestrebelser etter fremgang. Mens terapeuten under terapien prøver å finne et felles terapeutisk forhold for samarbeid med borderline pasienten, konsentrerer pasienten seg om sine fordommer og er dermed opptatt av å projisere sine forutfattede meninger som avviker fra realiteten, på han (eibid.).

Svart/vit tenkning

Pasienten opplever terapeuten som absolutt god eller ond og dermed enten idealiserer eller nedvurderer. Kernberg betegner dette fenomenet som "svart/vit tenkning", betegnelsen enten engel eller djevel, basert på fortrenkte objektrelasjoner der terapeuten blir sett på som fremmed objekt representant. I en terapeutisk prosess finnes det et viktig aspekt i forbindelse med overføring og motoverføring: Affekter er overføringer utenfor realiteten gjennom tidligere traumers innhold som ble fortrent. Disse former for overføringer gjentar seg stadig i løpet av den terapeutiske prosessen. Når pasienten fester seg i tema og hennes utsagn ikke stemmer med adferden teller ikke det fortalte, men hennes adferd. Denne overføring er viktig for psykisk dynamikk (ibid.).

Hvorfor pasienten avbryter terapien

Det finnes mange grunner til fra pasientens side å avbryte den terapeutiske behandlingen:

- 1.) En overføring fremstår for pasienten som en kjærlighet og hat følelse fra tidlig barndoms fortrenghninger av det opprinnelige objektet. Dette overfører pasienten på terapeuten som fremmedrepresentant (syndebukk)
- 2.) Den narsissistiske delen hos borderline pasienten blir gjennom den konstante kontakten med terapeuten til en følelse av sjalusi, misunnelse og konkurranse. Disse narsissistiske delene føler han som angrep på den personlige selvaktelse og iakttakelse. Hun betrakter terapeutens fremskritt som sitt eget nederlag. Dette kan skape et stort problem fordi da vil pasienten føle seg mindreverdige og mindre intelligent enn før, dessuten misunnelig på andre terapiedtakere og tror å være på feil sted. Denne siden kan ses på som en trussel mot den terapeutiske prosessen (ibid.).
- 3.) Terapeuten fortaper seg i en fantasi som får henne til å tro at alt omkring henne er usunt og derfor må hun flykte fra terapien. Videre vil hun tro at hun vil kunne bli avhengig av terapeuten og vil forhindre dette. Dessuten vekker vissheten om

terapeutens bekymringer om at pasienten kan avbryte terapien, en oppmerksomhet fra pasientens side som gjør at det utøves ennå mer trykk.

- 4.) Så snart den pågjeldende kjenner forbedring kan det forekomme at terapien som bearbeiding av psykiske lidelser blir for tidlig avbrutt selv om helbredelsesprosessen ennå ikke er fullstendig ferdig.
- 5.) Gjennom intensiteten i intervallene, føler pasienten seg truet med å misslykkes.
- 6.) Pasienten forlater timen for å unngå å bli forlatt.
- 7.) En mangelfull betraktning fra pasientens side som ut fra skam tror at terapeuten eller andre mennesker har seksuelle ønsker etter henne som kan oppfattes sadistisk, kan også være grunn til avbryting av terapien.
- 8.) Også innflytelse fra pårørende henholdsvis familiemedlemmer kan også ha innflytelse på terapiforløpet når de ønsker en avbrytelse sånn at mønster og adferdsmåter som pasienten har hatt lenge blir opprettholdt og den psykologiske likevektstilstanden innen familien ikke blir forstyrret.
- 9.) Så lenge pasienten føler seg som offer og oppfatter sin terapeut som forfølger, bytter hun rollen og forlater den hjelpeløse terapeuten.
- 10.) Pasienten kan oppleve sin terapeut enten idealisert, eller på den andre siden ydmyket. Dermed tror hun å belaste han fordi han delvis er såret og dermed virker inkompetent. Videre tror hun at terapeuten ikke er i stand til å mestre behandlingen og går med hensyn til terapeuten bort fra terapien så hun endelig kan avlaste han.

Kernberg råder å erkjenne disse grunnene til rett tid, og føre en oppklarende samtale med pasienten.

Tilbakeholdelse av informasjon og den patologiske løgnen

Under den viktigste intervensjon føler pasienten i tilfelle av en fortsettelse av terapien en trussel mot sitt eget liv så vel som andre menneskers liv. Grunnen til at han griper fatt i bedrag og unnvikende fremgangsmåter, i form av løgn, kan ha forskjellige grunner:

- a) å forhindre gjengjeldelse og missbilligelse fra terapeuten
- b) å forhindre en oppklaring med det mulige resultatet at hun må overta ansvar for sine handlinger.
- c) Maktutøvelse og kontroll over terapeuten.

- d) Pasienten vill med hjelp av løgn ovenfor terapeuten utøve dominans ut i fra den troen at alle forhold er enten utnyttende eller forfølgende.

En paranoid overføring kan føre til en notorisk uærlighet, påvirkning og bedrag. Årsaken til dette er nevrotiske overføringsfenomener. Videre kan pasienten også tro at hennes terapeut er fiendtlig, aggressiv og primitiv, fordi terapiens fremgang eller tilbakegang avhenger av kommunikasjonens åpenhet. Derfor må terapeuten ta sine pasienters løgner likeså alvorlig som om pasienten ville skade seg selv (ibid.).

Psykoanalyse og dannelsen av psykiske forstyrrelser

Slik forfatteren har beskrevet har dannelsen av psykiske forstyrrelser gunstige vilkår under innflytelse av tidlige barndomstraumer så vel som genetisk risiko med ugunstige sosiale forhold. Alle fortrenge traumer som aldri ble oppdaget / avdekket og som manifesterte seg i det ubevisste, men som kan avdekkes gjennom terapi, fører til utbrudd av sykdom. Strukturelle mangler, særlig de primære og sekundære stimulerer / favoriserer fremveksten av forskjellige personlighetsforstyrrelser, for eksempel narsissistisk, schizoid, paranoid, psykose og borderline type. Dette er ikke overraskende men ikke desto mindre synd. Dannelsen av avhengighet og binding, og utviklingen av tidlig angst, urtillit og sikkerhetsfølelse har en vedvarende virkning på den voksnes mentale helse.

Som Andrawis har beskrevet, begynner med hensyn til det sosiale miljøet, barnets avhengighet rett etter fødselen. Fra et psykologisk synspunkt begynner barnets angsttilstand når moren forlater barnet og / eller når det møter fremmede. Videre kan det oppstå når barnet mister urkjærligheten og urtilliten ut fra at den infantile trygghetsfølelse ikke er ivaretatt og behov for nærhet ikke oppfylt (ibid.)

Prof. DDR. Univ. Andrawis