



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for psykologi - Det helsevitenskapelige fakultet

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: Forstyrrelse av selvet etter utviklingstraumer. En litteraturgjennomgang.

Av Anja Fredriksen Bergman og Lone Bergfall Karoliussen

Hovedoppgave for graden Cand.Psychol. 2020



Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: Forstyrrelse av selvet etter utviklingstraumer. En litteraturgjennomgang.

Borderline personality disorder: Self-disorder after developmental trauma. A review.

PSY- 2901: Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi.

Veiledet av professor Martin Eisemann ved Institutt for psykologi, UiT – Norges arktiske universitet.

Januar 2020.



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

FORORD

Denne litteraturgjennomgangen ble gjennomført i forbindelse med emnet PSY-2901 Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi, UiT Norges arktiske universitet. Litteraturgjennomgangen har vært et gruppeprosjekt under veiledning av professor Martin Eisemann ved Institutt for psykologi.

Utviklingstraumer og personlighetsforstyrrelser har gjennom studietiden vært områder innen psykologien som har vært av særlig interesse for oss. Hovedoppgaven kan derfor til dels sies å være en videreføring av vår semesteroppgave fra 2018, om differensialdiagnostikk mellom kompleks PTSD og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Ved valg av tema for hovedoppgaven ønsket vi å fordype oss i hvordan tidlige traumer får betydning for utviklingen av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, gjennom en forståelse av lidelsen som en forstyrrelse av selvet.

Vårt mål med litteraturgjennomgangen har vært å sammenfatte hva eksisterende teori og nåværende forskning sier om temaet. Kunnskap og en dypere forståelse av sammenhengene mellom traumer i tidlig barndom og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er av klinisk betydning for diagnostisering og behandling. Problemstillingen vår ble utformet som følger, "Hvordan vil utviklingstraumer påvirke dannelsen av selvet og hvilken rolle spiller forstyrrelse av selvet i emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?"

Vi vil spesielt takke psykologspesialist Annelise Fredriksen ved RKBU-UiT Norges arktiske universitet/privatpraktiserende for faglige innspill og korrekturlesing. En særlig takk rettes også til Ingebjørg Jensen og Gry Elin Konradsen i DBT-teamet ved Ytre-Helgeland, Helgelandssykehuset-HF for refleksjoner og innspill relatert til oppgaven. Det var svært lærerikt å delta i DBT-ferdighetstreningsgruppen under hovedpraksis. Dette ga interesse for å lære mer om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og dialektisk atferdsterapi som behandlingstilnærming.

En stor takk rettes også til familie for støtte og oppmuntring.

*Anja Fredriksen Bergman
Lone Bergfall Karoliussen*

SAMMENDRAG

Postmodernistisk psykologi viser til at det idéhistorisk stabile og enhetlige selvet er en illusjon som er historisk og sosialt konstruert. Selvet kan i dag forstås å bestå av ulike strukturer. Gjennom vekslning av selvtilstander legges grunnlaget for at vi kan oppleve oss som én og mange. Psykologfaglige begreper som selvforstyrrelse og utviklingstraumer har etablert seg i forskningsmiljøer og i den kliniske hverdag, og ulike psykiske lidelser har blitt presentert under disse begrepene. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP) er en av disse lidelsene. Med bakgrunn i dette ønsket vi å gjennomgå eksisterende litteratur og forskning for å undersøke hvorvidt det er holdepunkter for at EUP kan forstås som en selvforstyrrelse i etterkant av utviklingstraumer. Litteraturgjennomgangen viser at EUP kan forstås som forstyrrelse i det narrative selvet eller svekket evne til selvopplevelse i narrativt eller refleksivt identitetsnivå. Samtidig gir studien holdepunkter for en teoretisk forståelse av at EUP kan betraktes som nevrobiologisk skjevutvikling forårsaket av utviklingstraumer i barndom.

Nøkkelord: Utviklingstraumer, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, selvforstyrrelse

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: Forstyrrelse av selvet etter utviklingstraumer. En litteraturgjennomgang.

“Subjektivitet er grunnsteinen i selvet og utgjør menneskets psyke. Et integrert selv og en intakt subjektivitet er konstituerende for all naturlig og alminnelig menneskelig bevissthet og opplevelse. Spørsmålet om hvordan objektive, fysiske og nevrofysiologiske prosesser gir opphav til en fullstendig abstrakt psykisk bevissthet om en selv og andre utgjør fortsatt den aller største utfordringen for vitenskapen” (Chalmers, 2007).

Selvet er et svært sammensatt bevissthetsfenomen. En enhetlig definisjon og forståelse er følgelig vanskelig å finne i litteraturen. På 1800-tallet definerte Kierkegaard (1859) selvet som vår refleksjon over oss selv og vår eksistens. I etterkant har utallige ulike definisjoner av selvet blitt beskrevet.

Innen psykologi har en lenge tatt utgangspunkt i selvbegrepet for beskrivelse av det indre liv og psykisk bevissthet. Selvet har i psykologisk sammenheng vært anvendt på ulike nivåer av spesifisitet. Fra betegnelse på personen som helhet, som navn på ulike delområder i psyken, til mer avgrensede empiriske variabler (Vøllestad, 2006). Fenomener ved selvet har siden opplysningstiden i stor grad vært preget av kartesiansk tenkning og perspektiv, fra Rene Descartes inndeling av subjektivitet i ånd og materie, og senere gjennom freudiansk strukturteori på 1900-tallet. Videre har den psykologifaglige tenkningen gått fra en formening om at selvet er nokså stabilt og avgrenset, til en teoriforståelse av selvet som mer ustabil og sosialt konstruert (Karterud, Wilberg & Urnes, 2017; Safran & Muray, 2000; Vøllestad, 2006). Karterud (2017) viser til at en i nåtidens psykologiske teoriforståelse kan forstå selvet som en samlebetegnelse på subjektive fenomener slik som jeg, meget, subjektivitet, personlighet, identitet og personen som helhet.

Ulike psykiske lidelser omtales tidvis som forstyrrelser av selvet. De siste tiårene har blant annet forskning på schizofreni ført til en enighet i fagmiljøet om at kategorien bør forstås som en selvforstyrrelse (Ebisch et al., 2014; Møller, 2018; Nieznański, 2003; Parnas et al., 2011; Parnas & Handest, 2002). Andre psykiske lidelser, eksempelvis personlighetsforstyrrelser, depresjon, angst, spiseforstyrrelser og dissosiative lidelser, har i likhet med schizofreni blitt omtalt som forstyrrelser av selvet (Lauveng, 2015; Minde, Vigdal & Halvorsen, 2014; Mølnvik, 2018; Stopa, 2009). På bakgrunn av dette virker et integrert og helhetlig selv å være en nødvendig faktor for god psykisk helse.

Flere argumenterer i dag for at forstyrrelse av selvet er et av kjerneelementene ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP). Dette kommer især til uttrykk ved manglende evne til reflekterende og fleksibel selvopplevelse og observasjon (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy, Target, Gergely & Jurist, 2004; Jørgensen et al., 2012; Meares et al. 2011; Nelson, Thompson, Chanen, Amminger & Yung, 2013). Til tross for at EUP er den kategorien av personlighetsforstyrrelser det er forsket mest på (Bremer & Eikenæs, 2019), mangler det fremdeles kunnskap om selvet ved emosjonell ustabilitet. En av årsakene til begrenset forskning på selvet ved EUP er utfordringer med en operasjonalisering som favner selvets kompleksitet.

Dannelsen av selvet og en indre kjerne begynner alt i spedbarnsalder. Barn som utsettes for traumer i tidlig barndom viser ofte vansker innen flere delområder i selvet (Anstorp & Benum., 2014; Kvello, 2016; Shipman, Schneider & Sims, 2005). Basert på forskning er det rimelig å anta at utviklingstraumer i sårbare perioder har betydning for selvutviklingen. En ser også at flerparten i gruppen med EUP viser til tidlige traumer i barndom eller alvorlig omsorgssvikt (Battle et al.; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Goodman & Yehuda, 2002; Herman, Perry & Van der Kolk, 1989). Forholdet mellom disse variablene er av stor klinisk interesse, særlig for forståelsen av ulike mekanismer i lidelsen og tilpasset behandling.

Ut ifra vår kjennskap eksisterer det få litterære studier som oppsummerer dagens forståelse av selvet ved EUP, basert på teori fra eksisterende forskning. Denne litteraturstudien antar at klassifiseringen "personlighetsforstyrrelse" utgjør en begrensning for en helhetlig forståelse av symptomatologien ved EUP, både teoretisk og kanskje også klinisk. Følgelig ønsker vi ved denne litteraturgjennomgangen å undersøke om det er holdepunkter for å vurdere lidelsen som en forstyrrelse av selvet fremfor en forstyrrelse av personlighet. Slik vi ser det omhandler selvet noe mer enn personligheten alene. For å belyse vår problemstilling; "Hvordan vil utviklingstraumer påvirke dannelsen av selvet og hvilken rolle spiller forstyrrelse av selvet i emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse", vil vi ta utgangspunkt i eksisterende traume-, utviklings-, og personlighetspsykologi i lys av et selvtilstandsperspektiv. I samråd med vår veileder valgte vi å skrive en ikke-systematisk litteraturgjennomgang, da vi ønsket å belyse problemstillingen på et mer abstrakt og overordnet nivå enn mulig ved andre former for studier. Valget er også gjort fordi det eksisterer få litterære gjennomganger som belyser denne problemstillingen.

SELVET

Paul Møller (2018) beskriver selvet som et bevissthetsfenomen som inkluderer menneskets opplevelse av subjektivitet og øvrig psykisk bevissthet om seg selv. Karterud et al. (2017) beskriver selvet som en mental bærestruktur som integrerer opplevelsen av subjektivitet, med den fenomenologiske opplevelse av *meg* og *jeg*. Fenomenologisk er selvsammenheng selvets viktigste egenskap og diagnosemanualen Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders- IV (DSM-IV) definerer adekvat selvsammenheng som:

“Ved god funksjon eller ingen svekkelse av identitet er en preget av en vedvarende opplevelse av et unikt selv. En opprettholder rolleadekvate grenser og har en konsistent og selvregulerende positiv selvfølelse med adekvat anerkjennelse av eget selv. Videre har en evne til å oppleve, tolererer og regulere samtlige emosjoner”

(American Psychiatric Association, 2013).

Et helhetlig selv gir mulighet til selvopplevelse og selvforståelse. Førstnevnte refererer til selvsansing, og viser til vår umiddelbare, spontane og samlede opplevelse av oss selv i ethvert øyeblikk. Selvopplevelsen gjenspeiles av en implisitt og automatisk, rå og grunnleggende global fornemmelse av kjernen i oss selv - selvet. Selvforståelse kan derimot forstås som kontinuerlig videreutvikling av selvopplevelsen. Denne legger til rette for bevisst og reflektert beskrivelse av eget selv, og identitetsfølelse. Identitetsfølelse og selvforståelse er nært beslektede fenomener i selvet. Disse bør forstås som psykofysiske prosesser som etablerer og utvikler følelsen av eierskap til alt vi opplever. Selvforståelsen legger til rette for en vedvarende “kjernefølelse”, som dannes gjennom utvikling av det narrative selvet. Gjennom livsløpet vil dette utgjøre følelsen av et eksistensielt tyngdepunkt i opplevelsen av *meg* og ens indre kjerne (Karterud et al., 2017; Møller, 2018).

Ulike psykologfaglige tilnærminger forklarerer selvet noe ulikt. Likevel kan en se noen fellestrekk innen retningenes beskrivelser av selvtilstandstenkning. Ved en slik tenkning vil god psykisk helse kunne forstås som evnen til å forholde seg til skiftende selvtilstander fra både deltakende og betraktende posisjoner. En slik tenkning har eksistert innen psykologi siden 1800-tallet. Freudiansk strukturteori var en av de første psykologifaglige teorier som foreslo at selvet og subjektivitet kunne fragmenteres, eller deles i strukturer (Freud, 1923). Selvtilstandstenkning viser til at mennesket veksler mellom ulike modus, skjemaer eller selvtilstander. Disse sidene av selvet kan utforskes gjennom terapi, og om mulig aksepteres som deler av eget selv (Beck, 1967; Kernberg, 1975; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Dette baseres i hovedsak på at mennesket har flere jeg-identiteter i selvsystemet, som både er av bevisst og ubevisst kvalitet.

Karterud (2017) og Karterud et al. (2017) forklarer kjerneselvet og det selvreflekterende narrative selvet som to mentale strukturer som utgjør det en i dag kan forstå som selvet. Kjerneselvet beskrives som det stedet hvor subjektiviteten dannes. Det er her menneskets opplevelse av å være den samme over tid stammer fra. Tidlige prosedurale erfaringer, eksempelvis gjennom tilknytningsmønster, lagres i kjerneselvet. Disse kan forstås som en av funksjonene som legger til rette for forskjellige emosjonelle reaksjoner hos ulike individer. Opplevelsen av at en som individ eier egen kropp, erfaringer og handlinger stammer fra kjerneselvets intuitive fortolkningsevne. Denne selvstrukturen spiller en viktig rolle for implisitt mentalisering. Den legger til rette for enkle, umiddelbare og intuitive tolkninger i dagliglivet (Karterud, 2017; Karterud et al., 2017).

Det selvreflekterende, narrative selvet beskriver menneskets evne til normativ selvrefleksjon. Normativ selvrefleksjon er en betegnelse på eksplisitt mentalisering. Begrepet viser til menneskets evne og hengivenhet til individuell selvforståelse, selvkontroll og villighet til å bli sosialt evaluert av en annen. Det selvreflekterende selvets primære oppgave er å forstå ulike perspektiver, og oppfatte egne og andres mentale tilstander og atferd. Når barnet gjennom normal utvikling blir vendt mot eget selv, vil det narrative og selvreflekterende selvet utvikles. Først på dette tidspunkt vil ordet "jeg" få identitetsmessig mening. Med utvikling av ulike aspekter ved selvet kan en huske og fortelle egen historie (Karterud, 2017; Karterud et al., 2017).

Fonagy et al. (2004) differensierer i hovedsak mellom to nivåer i selvet - det konstitusjonelle og det fremmede selvet. Modellen som er forankret i utviklingspsykologi, viser hvordan adekvat samhandling og markant speiling, resulterer i utvikling av et konstitusjonelt selv. Det konstitusjonelle selvet legger til rette for opplevelse av stabil indre sammenheng, et autentisk selv avgrenset fra andre og opplevelsen av at indre tilstander gir mening og tilhører seg selv. Det fremmede selvet viser derimot til fragmentering og desorganisering av selvet. Konsekvensene er en indre følelse av fremmedgjørelse, ved en fornemmelse av at følelser og ideer "betraktes som egne", men ikke "kjennes som egne" (Bateman & Fonagy, 2007).

Felles for beskrivelsene til Fonagy et al. (2004) og Karterud (2007) er at selvet operasjonaliseres som en mental struktur. Denne strukturen består av subkategorier, eller

nivåer, som fungerer identitetsbærende. Modellene viser også til viktigheten av andre psykologiske konstrukter, hvor Karterud (2017) beskriver at personligheten bygger på temperament, tilknytning og mentalisering. Sistnevnte spiller også en vesentlig rolle i Fonagys et al. (2004) modell av selvet.

Selvets psykiske strukturer

Subjektivitet. Menneskets subjektivitet kan ifølge Møller (2018) betegnes som selvets grunnstoff. Subjektiviteten er betegnelsen på komplekse mekanismer og aspekter ved vår psykiske bevissthet. Den gjør at vi opplever oss som unike individer, som bare ligner en selv (Møller, 2018). Subjektivitet kan forstås som en bevissthetsstruktur eller mental bærestruktur, som tolker og registrerer hver sanseerfaring. Dette danner grunnlaget for en alminnelig opplevelse, og sunn tolkning. Ved utviklingen av subjektivitet ved 7-9 måneders alderen vil selvet fenomenologisk begynne å oppleves som å ha en sammenhengende indre kjerne (Stern, 1991). Dette fører til opplevelsen av at *det er slik jeg er, også over tid*. Subjektiviteten ivaretar mennesket mest grunnleggende del av opplevelsen *meg*. Samtidig utgjør den menneskets intuitive evne til å føle en fornemmelse av en indre kjerne, eller et sentrum, som gjør at en forstår seg selv som hel og sammenhengende (Møller, 2018).

Personlighet. Torgersen (2008) definerer personlighet som vår måte å tenke, føle og handle på i en rekke situasjoner over tid. Personligheten kan forstås som en kompleks organisering mellom ulike personlighetstrekk. Den mest brukte kategoriseringen av personlighetstrekk er femfaktormodellens dimensjoner. Disse er utadvendthet, omgjengelighet, samvittighetsfullhet, nevrotisme og åpenhet (Heine & Buchtel, 2009).

Selvet kan anses som fundamentet til personlighet og personlighetsutvikling (Karterud, 2017). Innen den psykologiske fagtradisjonen har det lenge har vært vanlig å anse personlighet som relativt stabile individuelle forskjeller i atferd, følelser og tenkning (Vøllestad, 2006). Likevel kan det med sammenligning av personlighet og selvet som helhet, være hensiktsmessig å anse et utviklet selv som mer stabilt enn personligheten.

Barn viser helt fra fødsel av tegn til ulike personlighetstrekk gjennom hvordan barnet reagerer i møte med verden. Dette kommer særlig til uttrykk i form av hvor sterkt barnet reagerer på belønning og straff (von Tetzchner, 2012). Personlighet viser til stabile trekk, men vil kunne endres over år som følge av nye erfaringer. Karterud (2017) beskriver temperament, tilknytning og mentaliseringsevne å være de elementene som utgjør dannelsen av personlighet.

Temperament. I evolusjonspsykologisk forstand er temperament den eldste og mest grunnleggende delen av personligheten. Karterud (2017) viser til at temperament i stor grad er evolusjonsmessig og biokjemisk forankret, og gjenspeiles av individuelle forskjeller i reaktivitet i det medfødte emosjonelle system.

Tomkins' affektteori hevder at mennesket fødes med et følelssystem som er biokjemisk forankret. Følelssystemet består av de primære emosjonene sinne, vemod, frykt, nytelse, kjærlighet, overraskelse, avsky og skam (Tomkins, 2008). Temperamentstrekk hos barn viser til en viss grad av sammenheng til de fem dimensjonene for personlighet som ses hos voksne (vonTetzchner, 2012).

Temperamentet er det første bidraget i en transaksjonell kjede av gjensidige påvirkninger. Det legger grunnlaget for personlighetsutviklingen, samtidig som samspillserfaringer tilknyttet barnets temperament kan påvirke og føre til variasjon i hvilken personlighet som utvikles (von Tetzchner, 2012). Gjennom utvikling vil individuelle forskjeller i temperament komme til syne. Eksempelvis ved nyanseforskjeller i aktivitetsnivå, søvnbehov og separasjonsangst i sped- og småbarnsalder. Etter hvert kan forskjeller i seksuell lyst i puberteten og grad av sosial dominans i voksen alder også bli fremtredende. Temperament og medfødte primære emosjoner har betydning for utformingen av personlighet. Dette fordi det i stor grad påvirker hvor nysgjerrig, utforskende og fryktsom personen er eller hvordan man reagerer på å bli forlatt. Gjennom utvikling vil en sentral utviklingsoppgave være å oppnå egenstyrt kontroll over sitt temperament ved håndtering av emosjoner (Karterud, 2017; Kvello, 2016).

Tilknytning. Bowlby (1982) forsto tilknytning og tilknytningssystemet som en biologisk forankret mekanisme for overlevelse. Karterud (2017) beskriver tilknytningssystemet som dynamisk og flerfunksjonelt. Den evolusjonære funksjonen ved tilknytning sikrer overlevelse, mens den sosiale funksjonen legger til rette for utvikling av evner som mentalisering og representasjoner av eget selv.

Trygghet i tilkynningsrelasjoner avhenger av pålitelighet, forutsigbarhet og tilgjengelighet. Tilknytningssystemet kan grovt deles i trygt og utrygt mønster (Torgersen, 2013; Karterud et al., 2017). Ved emosjonene frykt og separasjonsangst kommer tilkynningsatferden tydeligst frem hos barnet. Atferden utvikles gradvis etter fødsel gjennom en modning av sentralnervesystemet og vedvarende tilknytningserfaringer med primære omsorgsgivere. Valg av typisk tilkynningsatferd avhenger av hvilken omsorgssituasjon

barnet lever i. De tidlige tilknytningserfaringene påvirker utviklingen, og er av betydning både i forståelsen av andres og ens eget selv. Tidlige samspillserfaringer er også av betydning for personlighetsutviklingen, og kan påvirke utviklingen av personlighetspatologi i ungdoms- og voksenalderen (von Tetzchner 2012).

I tråd med von Tetzchner (2001) oppsummering av moderne tilknytningsteori vil tilknytningsmønster fra barndom stort sett vedvare gjennom livet. Omsorgspersonens egen tilknytningstrygghet og ervervet mønster, målt ved “Adult Attachment Interview” (AAI), har vist seg å være en sentral prediktor for hvilket tilknytningsmønster barnet skaper til sin omsorgsgiver (Goldberg, 2000). Barnets gryende tilknytningsatferd blir synlig fra to måneders alderen. Ved to- til treårsalderen er denne atferden tydeligst, før barnet etter hvert som det blir eldre gradvis begynner å løsrive seg. Ved omlag fireårsalderen vil den grunnleggende tilknytningsperioden være over, og fra da vil barnets tilknytningsatferd avta i tråd med økt utvikling av autonomi (von Tetzchner, 2012). Ifølge Kvello (2016) vil tilknytningsmønster utvikles og ofte vedvare selv om tilknytningspersonen utviser traumatiserende atferd.

Gjennom livsløpet vil tilknytningssystemet operere selektivt og dannes mot én eller få personer, ofte fra foreldre og senere til venner eller partnere (Torgersen, 2013). Nofle & Shavers (2006) forskning viser at voksne med en utrygg tilknytningsstil skårer høyt på personlighetstrekket nevrotisisme. Flere studier viser også at nevrotisisme korrelerer med en sårbarhet for utvikling av symptomidelser som depresjon og angst (Kendler, Gatz, Garderm & Pedersen, 2006; Petersen, Bottonari, Alpert, Fava & Nierenberg, 2001). I voksen alder vil ikke tilknytningsatferd utløses like lett som i barnealder, men tendensen til å være oppmerksom på tilgjengeligheten av tilknytningspersoner vedvarer gjennom livet (Karterud, 2017).

Mentalisering. Mentalisering har frem til de siste tiårene vært et relativt lite brukt begrep i utviklingspsykologien. Allen et al. (2008) definerer mentalisering blant annet som “holding mind in mind” og “attending to mental states in self and others”. Skårderud og Sommerfeldt (2008) viser til at mentalisering er evnen til å forstå andre innenfra og en selv utenfra. Dette gjelder også når en forsøker å forstå hvordan andre mennesker mulig oppfatter en selv. En kan definere mentalisering som det å forstå egne og andres intensjoner og derav hvordan samspill med andre påvirkes. Evne til mentalisering er også vesentlig for hvordan man tolker hvilke motiver, følelser og tanker som ligger bak observerbar atferd.

Mentalisering er i hovedsak en automatisert og ubevisst prosess (Kvello, 2016). Fra tidlig spedbarnsalder er mennesket meningsøkende. Med unntak av enkelte hjerneorganiske lidelser, eksempelvis autismespektrumlidelse, vil menneskets mentaliseringskapasitet gradvis utvikles gjennom samspill mellom barnet og nære tilknytningspersoner (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Kiel, 2014). Mentaliseringsferdighetene stimuleres særlig når samspillet preges av felles utforskning. Dette kan blant annet gjøres ved at barnet oppfordres til å se ulike perspektiver, og ved at foreldre tenker høyt sammen med barnet om andres mulige følelser, opplevelser, behov og ønsker (Lohmann & Tomastello, 2003; Meins et al. 2002; Ontai & Thompson, 2008).

Mentalisering er nært relatert til tilknytningsmønster. God mentaliseringsevne hos omsorgsgiver predikerer trygg tilknytning (Fonagy et al., 2004; Kvello, 2016). Bruk av markert speiling og Bions (1962) begrep om “containment” viser til viktigheten av at tilknytningspersoner evner å romme det barnet opplever. Det er samtidig viktig at det følelsesmessige innholdet reflekteres tilbake til barnet på en nyansert, noe overdrevent, men ikke-overveldende måte. Når det følelsesmessige innholdet omformes til noe meningsfylt og håndterbart, gjennom markert speiling, vil barnets følelser verifiseres. Tilknytningspersonen fungerer da som en rollefigur for hvordan barnet kan forstå og håndtere emosjoner. Barn som vokser opp i omgivelser uten tilstrekkelig utviklingsstøtte utvikler svakere mentaliseringsferdigheter, og over tid kan en se en forstyrrelse i utvikling av egen selvstruktur (Hart & Schwartz, 2009).

Identitet. Selvet kan ved bruk av bevissthetsteori beskrives på tre ulike identitetsnivåer. Nivåene fremstår med glidende overganger mellom evne til selvrefleksjon og selvopplevelse (Møller, 2018). Nijenhuis, van der Hart & Steele (2012) definerer bevissthetsnivåer som kvaliteten i bevisst oppmerksomhet. Bevissthetsnivåene har ulike bevissthetsfelt som gjenspeiles av mengde indre og ytre stimuli tilgjengelig for prosessering i oppmerksomheten. Nivåer og felt i bevisstheten har ulike kvaliteter og kapasitet. Bevissthetsnivåene kan bevege seg fra lavt til høyt, mens bevissthetsfeltene kan variere med snever til vid kapasitet (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006; Nijenhuis et al., 2012, s. 75)

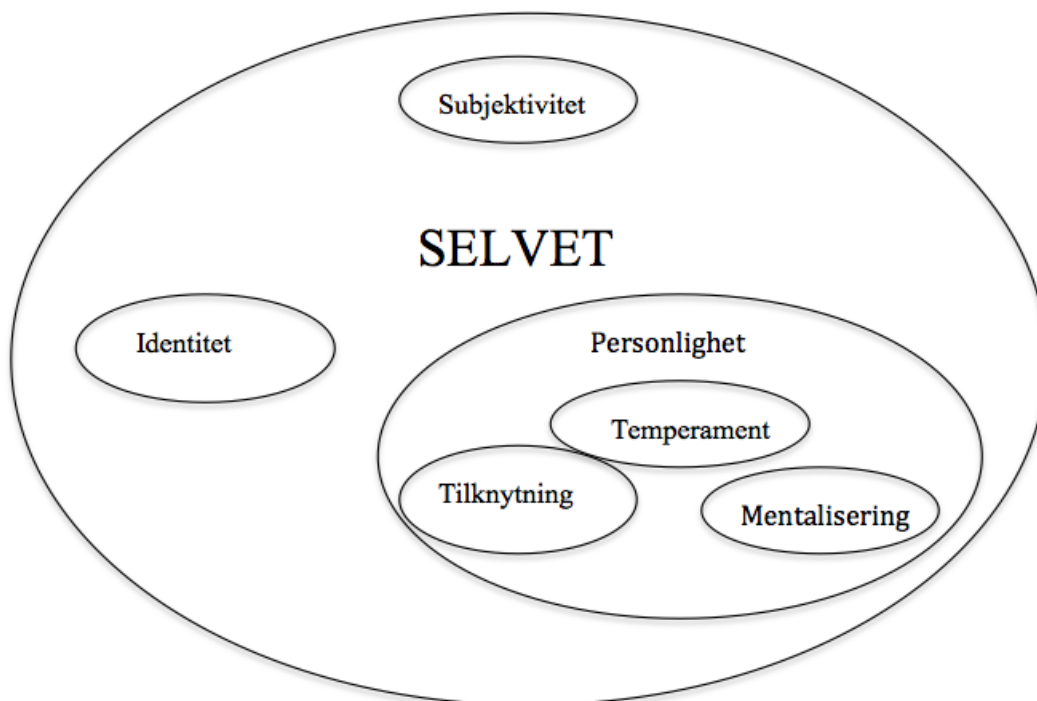
Møllers (2018) beskrivelser av identitetsnivåer viser til at det narrative identitetsnivået gjenspeiles av den daglige identiteten. Dette nivået inneholder alle sider ved vårt bevisste livsinnhold. Det inkluderer sidene ved våre daglige identitetsopplevelser som vi kjenner godt, og stort sett deler med andre. Den dypere dimensjonen av dette nivået inkluderer også

personlighetstrekk, atferdsmønstre og sårbarheter, selv om disse ofte vil være mindre eksplisitte og bevisste (Møller, 2018).

Det reflektsive identitetsnivået ivaretar følelsen av å være den samme personen over tid. Nivået gjenspeiles av en global, ikke-tematisk følelse av sammenhengende indre konstans. Det reflektsive identitetsnivå forstås som en dyptgående del av identitetsopplevelsen, men er til en viss grad tilgjengelig for refleksjon.

Det førreflektsive identitetsnivået anses som det dypeste nivå av identitet og gjenspeiles av innhold som ikke er tilgjengelig for verbal formidling, eksplisitt tenkning eller refleksjon. Dette er det nivået i bevisstheten der subjektiviteten opererer og ivaretar mentale livsnødvendige funksjoner. Subjektiviteten sørger for at vi opplever oss som “meg selv”, at vi fornemmer en kjerne, føler oss hele og sammenhengende, samtidig om vi føler oss til stede og at vi eier våre opplevelser (Møller, 2018).

Figur 1. *Illustrasjon over selvets struktur basert på eksisterende litteratur.*



SELVUTVIKLING OG TIDLIGE TRAUMER

Utvikling av selvet

Psykologiske teorier og modeller for utvikling av selvet skiller seg fra hverandre gjennom terminologi, men har til felles at de viser til faseorientert utvikling. Ved tilstrekkelig utviklingsstøtte vil barnet som regel følge normal utvikling (Fonagy et al., 2004; Stern, 1991; von Tetzchner, 2012). Winnicott beskrev på 70-tallet at mennesket har et grunnleggende behov for å relatere seg til andre, og at utviklingen preges av et potensial som modnes ved gunstige omgivelser (Winnicott, 2005). Siden da har eksempelvis Gergely og Watson (1996) gjennom the “social biofeedback theory” og “contingency detection module” vist at det nyfødte barnet er født med iboende perseptuelle mekanismer. Disse er programmert til å søke omsorgsgivere og knytte tilknytningsbånd, samt interagere med andre objekter og tilegne seg erfaringer i den tidlige utviklingen (Hart & Schwartz, 2009; Kaye & van der Meer, 2009, van der Meer, Ramstad & van der Weel, 2008). Det medfødte primære emosjonssystemet vil legge til rette for tidlig prososial atferd, og muliggjør fysisk og psykologisk utvikling fra barnet er nyfødt (Bowlby, 1982; Hart & Schwartz, 2009).

Eriksons (1968) teori om utvikling gjennom psykososiale faser har hatt stor betydning for dagens forståelse av barns utvikling. Teorien baseres på regulerings- og tilpasningsfunksjonen til ego, hvor Erikson (1968) argumenterer for at emosjonelle konflikter danner grunnlaget for personlighetstrekk (Erikson, 1968; Marcia, 2006; von Tetzchner, 2012). Bions (1962) teori om “containing” og alfafunksjon viser til viktigheten av at barnet blir møtt av emosjonelt tilgjengelige voksne som reagerer selektivt på barnets emosjonelle kommunikasjon.

Stern (1991) beskriver selvutviklingen i småbarnsalder gjennom fire stadier. Utviklingen går fra dannelsen av et kjerneselv, bestående av aspektene selv-agens, selv-sammenheng og selv-kontinuitet, og dannelse av intersubjektivitet i de første stadiene. Videre utvikles et språklig og narrativt selv som legger til rette for eksplisitt og bevisst selvoppfattelse i de siste stadiene. Subjektiviteten og det verbale selvet danner evnen til å skape mening mellom indre tilstander og verbal representasjon (Stern, 1991). Fonagy et al. (2004) beskriver derimot at selvutviklingen i småbarnsalder går fra at barnet er en fysisk

agent, til at barnet ved femårsalderen kan representere seg selv, blant annet ved hjelp av narrativ hukommelse.

Summen av tilknytningserfaringer i barndom resulterer i det som psykologiske teorier benevnes som indre arbeidsmodeller, objektbilder eller indre representasjoner. Kvaliteten i tilknytningsrelasjonen er ofte avgjørende for hvilke indre arbeidsmodeller som utvikles (Hart & Schwartz, 2009; Torgersen, 2013). Gjennom samhandling med sentrale tilknytningspersoner vil barnet fra ettårsalderen etablere indre arbeidsmodeller for organisering av holdninger, forventninger og følelser. Gode og kontinuerlige emosjonelle erfaringer i småbarnsalder medfører at disse mønstrene etter hvert stabiliserer seg. Slike tidlige samspillserfaringer og ervervede arbeidsmodeller vil påvirke individets bilde av seg selv og andre. Dette vil påvirke ens reaksjoner og følelsesmessig organisering, også senere i livet (Monsen, 1997, s. 92). Gjennom nærhet, sensitivitet og tilstrekkelig utviklingsstøtte vil barnet gjennomgå utvikling i tråd med evolusjonsmessige, biologiske og miljømessige forutsetninger. Dette legger grunnlaget for en følelse av selvsammenheng, et fungerende selv, samt en gjennomgående konsistent identitetsfølelse (Bronfenbrenner, 1979; Bowlby, 1982; Hart & Schwartz, 2009; von Tetzchner, 2012; Winnicott, 2005)

Selvregulering

Tilknytning, samspillserfaringer og mentaliseringsferdigheter er grunnlaget for evnen til selvregulering og emosjonsregulering. Gjennom livsløpet vil det også predikere psykisk og sosial fungering (Karterud et al., 2017). Barnet danner tilknytningsmønster ut ifra hva som er mest hensiktsmessig strategi for å få dekket nødvendige behov. Normalutvikling i psykososiale omgivelser som er “gode nok” bidrar til at barnet mest sannsynlig utvikler adekvate selvreguleringsferdigheter. Kvello (2016) beskriver selvreguleringsferdigheter som evne til emosjonsregulering og utvikling av emosjonell kompetanse, affektbevissthet og affektintegrasjon.

Toleransevinduet gir en illustrasjon av tilstander hvor barnet trenger reguleringsstøtte (Nordanger & Braarud, 2018; Siegel, 2012). Aldersadekvat utviklingsstøtte gjennom ytre regulering og samregulering av tilstander som hypo- eller hyperaktivering er sentralt for at barnet skal bringes tilbake til sonen for optimal aktivering. Samregulering eller ytre regulering fungerer ved at barnet over tid integrerer en forståelse av hvordan det selv kan regulere seg i møte med indre eller ytre stressorer. Sensitiv omsorg og aldersadekvat utviklingsstøtte medfører at barnet utvikler en nevrobiologisk toleranse for stressorer, og etter

hvert evner å regulere affekt, emosjoner og atferd (Nordanger & Braarud, 2018; Porges & Furman, 2011).

Klassiske psykologiske eksperimenter, slik som “visual cliff” og “still face”, illustrerer hvordan barnet gjennom samspillserfaringer lærer å regulere indre følelsetilstander i møte med en samregulerende versus ikke-regulerende voksen (Gibson & Walk, 1960; Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978). Selvreguleringsferdigheter vises fra toårsalderen, blant annet ved at barnet til en viss grad evner å trøste seg selv eller evner å aktivere seg selv ved skuffelser (Kvello, 2016). Mellom fire- til seksårsalderen har barnet utviklet tilstrekkelige mentale ressurser til å kunne reflektere over egne mentale fenomener, og sette disse sammen til noe som er «meg». Sett i sammenheng med Karteruds et al. (2017) klassifisering av selvet, markerer dette overgangen fra kjerneselvets intuitiv-implisitte fortolkningsevne til det selvrefleksive selvets selvbevissthet og selvrefleksjon.

Selvreguleringsferdigheter avhenger også av andre faktorer enn tilknytning. Av betydning er verbale evner, kognitive ferdigheter og temperament (Kvello, 2016). Ferdighetene er knyttet til hjernens modenhet, især strukturer slik som prefrontal korteks og amygdala. I midten av tjuårene anses prefrontal korteks som ferdig utviklet. Dette har betydning for høyere grad av mentaliseringsferdigheter, sosial- og emosjonell kompetanse og komplekse eksekutive reguleringsfunksjoner, slik som inhibitorisk kontroll, kognitiv fleksibilitet og affekttoleranse (Gazzaniga, Ivry & Magnum, 2014; Ward, 2015). Siegel (2012) viser også til at integrering av disse funksjonene er nødvendig for selvregulering.

Utrygg tilknytning

I Winnicotts utviklingsteori beskriver han hvordan barn i noen tilfeller kan utvikle et falskt selv. Dette selvet fungerer som et skjold mot omverden dersom barnet vokser opp i et miljø preget av inntrykk det ikke er i stand til å håndtere og bearbeide (Hart & Schwartz, 2009; Winnicott, 2005). Benum (2006) viser til at barn med desorganisert tilknytning ofte preges av en gjennomgripende inkonsistent forvirring og fryktpreget aktivering i møte med sentrale tilknytningspersoner (Benum, 2006, s. 29). Barn som viser desorganisert tilknytningsstil lever ofte i hjem med emosjonelt utilgjengelige omsorgsgivere. Omsorgen kan bære preg av utydelige, usynlige eller usikre voksne som virker skremmende på barnet, eller voksne som viser inadekvate, destruktive strategier for å dempe egen sorg eller frykt (Kvello, 2016). Hesse & Mains (2000) beskrivelser påpeker at skremmende eller redde omsorgspersoner er en sentral faktor i utvikling av utrygt tilknytningsmønster hos barn. Dette

forårsakes av at barnet plasseres i en en tilstand av frykt som det ikke er modent nok for å håndtere. Desorganisert tilknytning, forstyrret utvikling av selvet og manglende integrering av følelser kan oppstå når barnet lever i et miljø med mangelfull følelsesmessig bekreftelse, overstimulering, avvising eller neglisjering. Forskningslitteraturen viser også til at desorganisert tilknytning ofte etableres hos barn som vokser opp med incest, vold eller neglisjering (Carlson, Cicchetti, Barnet & Braunwald, 1989; Karterud et al., 2017).

Karterud et al. (2007) beskriver at splittelse og utvikling av et falskt selv sannsynligvis forårsakes av at affektbekreftelsesprosessen ikke fungerer på barnets premisser. I Winnicotts (2005) beskrivelser av det falske selvet hevder han at barnet internaliserer omsorgsgivers tilstand som en del av egen selvstruktur ved inadekvat speiling. Responser slik som sinne eller avsky, i møte med barnets fryktrespons, vil kunne medføre at barnet internaliserer tilknytningspersonens emosjonsuttrykk. Dette står i motsetning til når barnet blir speilet "markert", og dermed erverver en validert versjon av sin frykt. Stolorow og Atwood (1992) argumenterer for at dette vil kunne få konsekvenser i form av sviktende selvoppmerksomhet, mangelfull integrering av følelser og mangelfull opplevelse av sammenheng mellom kropp og sjel. I tillegg vil også usikkerhet og tvil om egne erfaringer være vanlig. Barnet kan utvikle dramatisk fantasi, preges av atferd som udiskriminerende vennlighet eller parentifisering, samtidig som uregulerte tilstander av hyper- og hypoaktivering medfører vansker med affektbevissthet og affektintegrasjon (Karterud, 2017, Karterud et al., 2017; Kvello, 2016; Stolorow & Atwood, 1992).

"Dynamic-maturational model" av Patricia Crittendens (2000) beskriver hvordan barn forvrenger informasjon i indre arbeidsmodeller og øvrige tilknytningserfaringer for å ivareta det emosjonelle båndet. Informasjonsforvregningen forstås som en kortsiktig mestringsstrategi for overlevelse. Barnet vil da kontinuerlig forsøke å tilpasse seg omsorgsgiverens væremåte, ved å ofre egen kognisjon og affekt. Dersom barnet er vant med uforutsigbare følelsesreaksjoner fra tilknytningspersonen, kan det gjennom vregninger som forsterkning eller splitting av egne emosjoner forsøke å framprovosere ønsket respons fra omsorgsgiver. Barn som opplever at foreldre reagerer med å distansere seg, avvise eller opptrer fiendtlig i respons på genuine negative emosjoner, kan forsøke å undertrykke emosjonelle reaksjoner og distansere seg. Sentralt i modellen er i hvilken grad barnet anvender kognitiv eller affektiv informasjon. Crittendens (2000) foreslår at kognitiv

vektlegging medfører distanserende strategier, mens affektiv vektlegging av informasjon medfører overinvolverte strategier.

Utviklingstraumer

Det er vanskelig å finne gode og dekkende begreper som betegner komplekse mønster av skadelig barneomsorg, og det finnes ikke universelle definisjoner av omsorgssvikt, vold, utnyttelse eller mishandling (Kvello, 2016). Traumer, tilknytningstraumer, relasjonstraumer og kompleks traumatisering er alle fagbegreper som benyttes for å forklare traumatiske belastninger. Anstorp og Benum (2014) beskriver begrepet traume som en reaksjon på uutholdelige hendelser som overvelder sentralnervesystemet, hvor den spontane påfølgende aktiveringen av følelser ikke stabiliseres. Et traume kan utvikles når erfaringen er så dramatisk at en ikke har kunnet reagere på annen måte enn ved å spalte erfaringen fra normalhukommelsen. Spalting blir ofte fremtredende dersom mennesket har blitt påført skyld, skam, avvisning eller tillagt ansvar, og samtidig manglet forståelse og empati fra andre nære.

Nordanger og Braarud (2014; 2018) har iløpet av de siste årene etablert de norske begrepene utviklingstraumer og utviklingstraumatisering som nye psykologfaglige terminologier, basert på det engelske begrepet “developmental trauma”. De beskriver at utviklingstraumatisering forekommer når barnet blir satt i intens negativ affekt, kombinert med manglende reguleringsstøtte. Særegent for disse traumene er at de forekommer i utviklingssensitive perioder, hvor barnet samtidig mangler gode omsorgserfaringer.

Generelt vil barnets alder ved traumene være av betydning. Alderen ved traumatiseringen er relatert til risikoen for senere negative helsemessige konsekvenser (Stern, 1991). Relasjonen mellom alder og risiko for utvikling av traumereaksjoner er ifølge Kvello (2016) relatert til manglende ferdigheter i emosjonsregulering, kognitive evner og språklig kompetanse. Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood (2005) beskriver at traumer av slik karakter må forstås annerledes for barn under seks år, da frykten for å miste tilknytningsbåndet overgår farenivået ved situasjonen som barnet ikke har forståelse av. Begrepene viser på denne måten til en annen alvorlighetsgrad enn det faglitteraturen tradisjonelt har tilskrevet fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk og omsorgssvikt.

Barnets omsorgsbetingelser de første leveårene er av stor betydning da store deler av hjernens strukturer og nettverk utformes i denne perioden. Nordanger & Braarud (2018) beskriver at den dobbelte belastningen ved utviklingstraumatisering kan medføre globale utslag innen fysiologiske-, motoriske-, kognitive-, sosiale-, emosjonelle- og atferdsmessige

funksjoner. I tillegg til at en risikerer alvorlige biokjemiske forandringer i temperaturregulering og det hormonelle system, vil også alvorlige nevrokognitive forstyrrelser utvikles i tråd med vedvarende traumer (Nordanger & Braarud, 2018; Petersen, Joseph & Feit, 2014). Studier av Rumenske barnehjemsbarn som ble adoptert til USA på 1990-tallet har gitt kunnskap om hvordan tidlig deprivasjon og neglisjering påvirker hjernen og psykososial utvikling. Utviklingstraumatisering av denne grad er av ekstrem karakter og har alvorlige biologiske og psykologiske konsekvenser for utvikling (Keil, 2014).

Traumatisering i utviklingssensitive perioder kan sensitivere fryktsystemet ved økning av amygdalas masse, underutvikling av corpus callosum og ødeleggelse av nerveceller i høyre frontal korteks. Samtidig ser det ut til at hjernen beskytter nervecellene ved å spalte følelsessystemet. Det er også funnet fremtredende nevrobiologiske endringer i prefrontal korteks, hippocampus og et redusert volum i venstre og høyre temporallapp (De Bellis et al., 1999; Rusch et al., 2007; Scherpiet et al., 2014; Thomaes et al., 2010).

Utviklingstraumatiserte barn kan av denne grunn ha et annet nevrobiologisk utgangspunkt for utvikling av selvregulering. Virkningene kan også vedvare etter hvert som barnet blir eldre (Keil, 2014). Funn som tidlig dissosiering og strukturelle endringer i hjernen åpner for at utviklingstraumer kan forstås som en nevrobiologisk skjevutvikling som skader utviklingen av selvet (Bear, Connors & Paradisio, 2016; Nordanger & Braarud, 2018).

For et barn vil det å leve med vedvarende frykt for vold, overgrep eller grov omsorgssvikt, særlig dersom atferds- og emosjonsregulering er overlatt til barnet selv, kunne medføre vedvarende vansker med selvreguleringsferdigheter (Anstorp & Benum., 2014; Kvello, 2016; Shipman, Schneider & Sims, 2005). Utviklingstraumatiserte barn utvikler strategier for å tilpasse seg ekstreme situasjoner. Ulike former for unnvikelse, eksempelvis gjennom umiddelbar somatisk nummenhet eller psykisk frakobling kan være responser på sterke emosjonelle belastninger (Dell & O'Neil, 2009; Modum bad, u.å.). Forskning har vist tegn til at barn allerede i sped- og småbarnsalder vil kunne koble seg fra samspillet dersom den følelsesmessige belastningen blir for stor. Denne spaltingen har blitt tolket som dissosiasjon (Hagan, Gentry, Ippen & Liebermann, 2018; Hart & Schwartz, 2009; Shore, 2001). I utgangspunktet er dette adaptive mestringsstrategier for å redusere fysisk og psykisk smerte. Over lang tid vil derimot slike mestringsstrategier svekke utviklingen av selvets komponenter og de mer komplekse delene av hjernen (Anstorp & Benum, 2014, Karl et al. 2006). Som nevnt tidligere kan dette på sikt gi alvorlige forstyrrelser for utvikling og

helsetilstand (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Nordanger & Braarud, 2018; Petersen et al., 2014; Teicher, Samson, Anderson & Ohashi, 2016). Følgene av vedvarende traumatisering i barndom kan innebære flere diffuse og sammensatte symptomer og tilstandsbilder (Klette, 2008; Nordanger, Braarud, Albæk & Johansen, 2011; Terr, 1991). I ytterste konsekvens kan alvorlige psykiatriske symptomer slik som dissosiasjon, tilfeller av depersonalisering, identitetsdiffusjon og vedvarende selvreguleringsvansker utvikles (Fergusson, Boden & Horwood, 2008). Dette er særlig synlig ved lidelser som kompleks posttraumatisk stresslidelse (kompleks PTSD) og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP) (Anstorp & Benum, 2014; APA, 2013).

Ut ifra utviklingspsykologisk teori vil utviklingstraumer kunne medføre fragmenterte og fortrenge indre arbeidsmodeller og selvrepresentasjoner. Det vil også kunne påvirke og skade utviklingen av selvet og personlighets- og identitetsutvikling gjennom flere livsstadier. Fravær av speiling og validering i samspill med barnet medfører at barnet ikke finner selvets egne, genuine arbeidsmodeller. I ytterste konsekvens utvikles fordreide representasjoner av modeller fra tilknytningspersonen. Som skissert i Fonagy et al. (2004) sin modell vil resultatet i verste fall være at det utvikles et vedvarende fremmed selv.

Psykopatologi forbundet med utrygg tilknytning, traumer og forstyrret selvutvikling

Det er forsket mye på sammenhengen mellom barndomstraumer, utrygg og desorganisert tilknytning og utvikling av psykopatologi. Generelt viser litteraturen at skadelig barneomsorg tidlig i livet kan gi store negative psykososiale- og helsemessige konsekvenser. Dette kan komme til uttrykk gjennom et bredt spekter av internaliserende vansker slik som depresjon, angstlidelser og PTSD, eller eksternaliserende vansker slik som ADHD, atferdsvansker, bruk av rusmidler eller kroniske helseplager (Ackerman et al., 1998; Keiley, Howe, Dodge, Bates & Petti, 2001; Kvello, 2016; Nordanger et al., 2011). ACE-studien ved Kaiser Permanente's San Diego Health Appraisal Clinic har blant annet gitt nyttig kunnskap om sammenhengene mellom barndomstraumer og senere helseplager (Felitti et al., 2007). Studien viste en kumulativ effekt, hvor flere traumer i barndom økte risikoen for blant annet alkoholisme, stoffmisbruk, depresjon, suicidforsøk, seksuelt overførbare sykdommer, overvekt, hjerteproblemer, kreft og kronisk lungesykdom (Felitti et al., 2007).

Ikke alle barn med desorganisert tilknytning har så ekstreme erfaringer fra oppveksten som skissert under avsnitt om utviklingstraumer. Tilknytningssystemet er tross alt dynamisk, komplekst og selektivt. På det grunnlag er det mulig å anta at desorganisert tilknytningsstil

kan skapes til kun én eller svært få nære. Til tross for genetisk sårbarhet, en oppvekst med flere psykososiale risikofaktorer eller at barnet har skapt et utrygt tilknytningsmønster til en av omsorgsgiverne, er ikke det ensbetydende med at barnet vil ha en utrygg tilknytningsstil til andre nære voksne. Barn kan vise sporadiske eller mer vedvarende skift mellom ulike former for utrygg tilknytning: unnvikende (A), ambivalent (C) og desorganisert (D) (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011). Dette uttrykkes eksempelvis ved høy autonom aktivering. Torgersen (2013) påpeker viktigheten av at en i klinisk arbeid betrakter helheten ved biogenetiske og psykososiale betingelser ved vurdering av tilknytningskvalitet og samspillsprosesser.

Diagnosekategorien posttraumatisk stresslidelse (PTSD) forekommer hyppig hos barn og unge som har vært utsatt for skadelig barneomsorg fra sentrale tilknytningspersoner (Ackerman et al., 1998; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007). Det er også en svært høy forekomst av PTSD blant mennesker som har opplevd ulike former for seksuelle overgrep, gjerne i tidlig alder (Gilbert et al., 2009; Hahm, Lee, Ozonoff & van Wert, 2010; McLean & Gallop, 2003). Diagnosekriteriene i ICD-10 er i utgangspunktet tilpasset voksne. Traumesymptomer hos barn vil derimot være relatert til alder. Kvello (2016) beskriver at sentrale trekk hos småbarn med mulig PTSD kan innebære nye former for aggresjonsuttrykk, samt nyoppståtte former for frykt som ofte ikke kan relateres direkte til traumatet. Dette kan vises ved plutselig frykt for mørket eller å gå på toalettet, samt forsterket eller gjenoppstått separasjonsangst.

I alvorlige tilfeller med vedvarende utviklingstraumatisering i barndom, og med utvikling av omfattende intra- og interpsykiske vansker, viser den internasjonale diagnosemanualen ICD-10 til kategorien F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndom (World Health Organization, 2016). Ser vi til den amerikanske manualen DSM-IV vises det til den tilsvarende klassifikasjonen 313.89 "Reactive attachment disorder of infancy or early childhood" (APA, 2013). Kriteriene i ICD-10 er kritisert for å være formulert for strengt. En konsekvens er da at kun barn med ekstreme former for desorganisert tilknytning og atferdsvansker diagnostiseres med lidelsen (Kvello, 2016).

I ICD-11 ble kategorien kompleks PTSD nylig innført. Kategorien blir trolig gjeldende også for barn og ungdom, slik som for PTSD i ICD-10. Terminologien kompleks traumatisering har lenge vært brukt blant klinikere for å betegne langvarig og gjentatt traumatisering, ofte benevnt i faglitteraturen som type-2 traume (Modum Bad, u.å.).

Symptomatologien som vises ved kompleks PTSD betraktes som selvorganiseringsvansker (Eidhammer, Jahr, Blix, & Jensen, 2019). Ifølge utkastet til ICD-11 vil karakteristiske trekk ved PTSD også være fremtredende ved kompleks PTSD. I tillegg viser diagnosen til andre reguleringsvansker slik som sinne, vansker med oppmerksomhet og bevissthet, endret selvoppfattelse, utfordringer i relasjoner og tillit til andre og endringer i egne meningssystemer (WHO, 2019). Forsvarsmekanismene er preget av hypoaktivering og er synlig ved tilstander preget av depersonalisering, derealisering, benektelse, nummenhet, selvhypnose, amnesi, dissosiering og raseri (Boon, Steele & Van Der Hart, 2014). Disse strategiene forstyrrer integrerte funksjoner slik som bevissthetstilstand, hukommelse, identitet og persepsjon av ytre og indre stimuli (Dell & O'Neil, 2009; Herman, 1992; Terr, 1991).

PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE OG ULIKE TEORETISKE TILNÆRMINGER

Personlighetsforstyrrelse

Diagnosesystemene definerer ytterpunktene i personlighetens normalvariasjon som personlighetsforstyrrelser. Diagnosekategorier i DSM-IV og ICD-10 har vært debattert, både ved revideringer og ved spørsmål om innføring av nye kategorier. Debatten ved innføringen av DSM-IV tydeliggjorde at majoriteten i ulike fagmiljøer anser personlighetsforstyrrelser som dimensjonale sykdomskategorier, på en skala fra mild til alvorlig forstyrrelse (Karterud et al., 2017). Flere mener at spesifikke kategorier for personlighetsforstyrrelser, slik som beskrevet i ICD-10, bør erstattes av en dimensjonal klassifisering (Gulliksen, 2018; WHO, 2019a). Spørsmål om innføring av diagnosen kompleks PTSD i ICD-11 har også skapt debatt da enkelte mener at kompleks PTSD ikke kan differensieres fra EUP (Kulkarni, 2017; Lewis & Grenyer, 2009).

Generelle kriterier. De generelle kriteriene for personlighetsforstyrrelse i ICD 10 og ICD-11 viser til at lidelsene omhandler gjennomgripende forstyrrelse i hvordan mennesket tenker om seg selv, andre og verden. Dette skal manifestere seg gjennom maladaptive mønstre i kognisjon, emosjonelle erfaringer, uttrykksevne og atferd. Personlighetsforstyrrelse er kjennetegnet av funksjonelle vansker i selvet, gjennom vansker med identitet, selvverd, selvforståelse og fleksibel selvoppfattelse. Mønstrene i personligheten og lidelsen skal fremstå relativt rigid eller uregulert, og skal være forbundet med nedsatt psykososial

funksjon, spesielt i interpersonlige forhold. Sykdomsbildet skal ha vært stabilt over lang tid, hvor de første symptomer og tegn skal ha oppstått i barndom, samt vært til stede i ungdomsalder. Lidelsene er assosiert med markant psykologisk stress og uro, og kan ha signifikant påvirkning på funksjonsevne i personlig-, familiær-, eller sosial sammenheng og på andre funksjonsområder. Revideringen av diagnosemanualen viser også til at personlighetsforstyrrelse kan oppstå i sen alder, etter 25 år (Karterud et al., 2017; WHO, 2013, 2019).

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP)

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP) er kjennetegnet av en gjennomgripende svikt i mellommenneskelig fungering, ustabilt selvbilde og evne til affektregulering. Inadekvate reguleringsstrategier i møte med faktiske eller forestilte stimuli er også typisk (Lewies & Grenyer, 2009; WHO, 2016). Videre er diagnosen også assosiert med markant psykologisk uro, og påvirket sosial og yrkesmessig funksjon (APA, 2013).

Spesifikke kriterier i ICD-10 viser til at karakteristiske trekk er impulsivitet og manglende selvkontroll. Stemningsleiet vil være uforutsigbart og svingende. Vanskene kan medføre redusert evne til planlegging, samtidig som intenst sinne eller vold og utagerende atferd kan observeres. Diagnosemanualen differensierer mellom to typer, hvor trekk av impulsivitet og manglende selvkontroll er gjeldende for begge underkategoriene. Ved F60.30 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, impulsiv type, er følelsesmessig ustabilitet og manglende impuls kontroll dominerende kjennetegn, samtidig som voldelige utbrudd eller truende atferd også er vanlig. Ved F60.31 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline-type, vil følelsesmessig ustabilitet også være synlig, i tillegg til at eget selvbilde, mål og verdier ofte er uklare og forstyrret. Kronisk tomhetsfølelse er også vanligvis til stede. Tilbøyelighet til å bli involvert i intense og ustabile forhold kan medføre emosjonelle kriser, og kan være forbundet med desperate bestrebelser for ikke å bli forlatt. Serier av selvmordstrusler eller episoder med selvpåført skade kan også inntreffe uten klare utløsende faktorer (WHO, 2016). Kategoriene sammenfaller med det amerikanske diagnosesystemets klassifikasjon av Borderline personlighetsforstyrrelse (APA, 2013). Emosjonelt ustabile trekk som varer i over ett år er å betrakte som trekk ved diagnosen, og ved diagnostisering i sen

ungdomsalder skal trekkene være mer alvorlige, vedvarende og mer gjennomgripende enn ved normal ungdomsstabilitet (Karterud et al., 2017).

Den beste indikatoren for lidelsen har vist seg å være intense og ustabile relasjoner (Bremer & Eikenæs, 2019, s.6). De spesifikke kriteriene viser til at mennesker diagnostisert med EUP kan ha en kognitiv profil preget av svak evne til mentalisering, ved eksempelvis dikotom tenkning og aggressive attributter. Disse faktorene er kanskje særlig fremtredende i møte med stress. Interpersonlig sensitivitet kan medføre økt oppmerksomhet til andres tanker, intensjoner og emosjoner. For noen vil denne sensitiviteten innebære at en nærmest forventer å bli avvist, bli bedømt negativt, bli behandlet med urett eller bli påført emosjonell smerte av andre (Arntz & Veen, 2001; Barnow et al., 2009; Fertuck, Grinband & Stanley, 2013). Høy sensitivitet og kognitive tankefeller i bedømming av andres tanker, følelser og atferd medfører videre vansker med regulering og overvåking av egne emosjoner, kognisjon og atferd (Herpertz & Bertsch, 2015; Rüsç et al., 2007).

EUP er en heterogen diagnosekategori. Bredden i symptomutforming viser til mangfold og samspill mellom genetiske, sosiale og psykologiske sårbarhetsfaktorer (Fonagy et al., 2004; Lenzenweger & Clarkin, 1996; Linehan, 1993). Ved EUP er det imidlertid holdepunkter for at faktorer forbundet med arv spiller en mindre rolle enn psykososiale faktorer (Dahl, 2018, s. 300). Omsorgssvikt og fysisk, psykisk og seksuell mishandling er sentrale sårbarhetsfaktorer (Ruocco, Amirthavasagam & Zakzanis, 2012). Linehan (1993) mener lidelsen er forårsaket av svake emosjonsreguleringsferdigheter, i kombinasjon med misbruk, omsorgssvikt og kritikk fra nære tilknytningspersoner. Gjennom psykoanalytisk tilnærming forstås etiologien derimot som et samspill mellom temperament og aggresjon, internalisering av objektreasjoner og manglende identitetsutvikling (Lenzenweger & Clarkin, 1996).

EUP forekommer hos 1% av befolkningen, samtidig er det holdepunkter for at omlag 10% av de som søker behandling i psykisk helsevern i Norge oppfyller kriteriene for EUP (Dahl, 2018, s. 293; Urnes, 2009). EUP ses også med høy komorbiditet til andre personlighetsforstyrrelser og øvrige diagnostiske kategorier (Karterud et al., 2017; Ryum, 2016, s. 252).

Selvets kontinuitet og diskontinuitet i psykologiske forklaringsmodeller

“Hver og en av oss er flere mennesker; vi er mange, et mangfold av oss selv. Den som forakter sine omgivelser, er ikke identisk med den som gleder seg over dem eller lider under dem. I vårt indres store koloni er det folk av mange slag som tenker og føler på forskjellige måter” (Pessoa, 1997).

Med postmodernistisk teoriforståelse fra omlag 1980-tallet har den psykologfaglige tenkningen om selvet utvidet seg, og en har fått forståelse for at selvet innebærer en fenomenologisk opplevelse av både stabilitet og mulighet for endring. Moderne psykologi viser til at det idéhistoriske stabile og enhetlige selvet er en illusjon som er historisk og sosialt konstruert (Safran & Muran, 2000). En ser nå selvet bestående av selvtilstander som er organisert innen menneskets opplevelse av seg selv, hvor endret selvtilstand medfører en endret selvorganisering. Fleksible overganger mellom selvtilstander legger til rette for en opplevelse av at vi i stor grad opplever oss selv som én og mange (Vøllestad, 2006; Wilberg, 2002).

Felles for tilnærmingene som fremmer selvtilstandstenkning er at mennesket har flere jeg-identiteter i selvsystemet, som både er av bevisst og ubevisst kvalitet. Bromberg (1998) hevder, i likhet med Sterns (1991) teori om faseorientert utvikling, at psykisk bevissthet ikke er integrert fra fødsel av. Psykisk bevissthet beskrives derimot som en “struktur som har sitt opphav i og som fortsetter som et mangfold av selv-andre konfigurasjoner eller atferdstilstander”. Godt samspill med sensitivitet og omsorg bidrar til at selvsystemet og de multiple jeg-identitetene i barnet anerkjennes, noe som på sikt vil bidra til stabile og integrerte enheter i selvet.

Utilstrekkelige omgivelser kan medføre at ulike erfaringer blir organisert i et subsystem for uformulert erfaring. Stern (1997) beskriver at traumatiske minner kan lagres i selvsystemet som uformulert erfaring, dvs. innhold uten symbolsk eller verbal representasjon. Dette hindrer minner om sterke reaksjoner og frykt fra å bli bevisste. I Liottis (2006) “attachment based model of dissociation” foreslår han at barn med desorganisert tilknytning i småbarnsalder bevarer den desorganiserte selvstrukturen fra tidlige barneår. Dette til tross for at barnet gjennom barndom tilstreber følelsen av et enhetlig og autentisk selv. Dissosiasjon og manglende integrering av indre arbeidsmodeller i forkant av utviklingen av narrativ hukommelse ved treårsalderen, vil i tråd med selvtilstandstenkning kunne utgjøre basis for at selvtilstander er adskilt fra hverandre senere i livsløpet (Liotti, 2006).

Psykoanalytisk forståelsesramme. Freuds strukturteori er en av de første psykologifaglige skildringer som hevder at menneskets subjektivitet kan fragmenteres, samtidig som menneskets psykiske bevissthet kan deles inn i konkrete mentale strukturer (Freud, 1923). Det er mulig å trekke paralleller fra de freudianske strukturene id, ego og superego til nåværende bevissthetsteoretisk klassifisering av førrefleksivt, refleksivt og narrativt identitetsnivå. I forhold til sistnevnte teori reflekteres selvstilstandsperspektivet av det refleksive og narrative identitetsnivå, og er derav i tråd med Karterud et al. (2017) sin klassifisering av det selvreflekterende selvet.

Innen psykoanalytisk teoriforankring forstås selvet og personligheten som dynamiske og komplekse fenomener. Det kan forstås som en ustabil likevekt mellom de forskjellige instansene i psyken, “detet”, “jeget” og “overjeget”, og som et resultat av kompromiss mellom indre krefter og ytre krav (Wilberg, 2002). Kernberg har i likhet med Freud vært en viktig bidragsyter i psykoanalytisk tradisjon. Forstyrrelser i selvet og personlighet forstås ifølge Kernberg (1975) som et uttrykk for intrapsyriske konflikter eller som indre strukturelle defekter i integreringen av de subjektive bestanddelene i jeget, gjennom forestillingen om en selv og andre.

I Kernbergs (1975) modell for personlighetsforstyrrelser differensieres det mellom milde og mer alvorlige former for patologisk forstyrrelse, hvor grad av patologisk aggresjon viser til alvorlighetsgrad i personlighetspatologien (Wilberg, 2002). Modellen differensierer mellom nevrotisk, borderline og psykotisk personlighetsorganisering. Borderline organisering er kjennetegnet av identitetsdiffusjon og manglende integrering av jeget. Denne ustabiliteten medfører at mennesket ikke har en forståelse av seg selv som sammensatt, sammenhengende og stabil. En vil heller ikke oppleve andre som integrerte forårsaket av desorganiseringen. Borderline organisering preges av primitive forsvarsmekanismer som fungerer ved å opprettholde splittelsen av seg selv og andre. Det primitive forsvaret fungerer ved å redusere funksjoner i jeget og medfører fordreid virkelighetsoppfatningen. Dette resulterer i at personligheten preges av ustabil selvfølelse, manglende frustrasjonstoleranse, følelsesmessig labilitet og ustabile relasjoner (Kernberg, 1975; Lenzenweger & Clarkin, 1996; Wilberg, 2002).

Den psykoanalytiske tilnærmingen har utviklet seg, og de relasjonelle aspekter ved menneskelivet vektlegges nå i større grad enn tidligere. Endringen vises blant annet ved synet på motivasjon, hvor en har gått fra en forståelse tilknyttet biologiske drifter, til menneskets

evne for orientering mot andre. Psykisk bevissthet anses påvirket fra tidlig dyadisk samspill hvor omsorgsgivers evne til å respondere på medfødte affekter og barnets sosiale orientering anses å ha særlig betydning (Wilberg, 2002).

Kognitiv tilnærming. I den kognitive fagtradisjonen forstås selvtilstander som skjemaer. Beck (1967) refererte i sine tidlige publikasjoner til skjema som et prinsipp for organisering av egne erfaringer og opplevelser. Opprinnelig ble begrepet brukt i sammenheng med depresjon, men har etter hvert blitt videreutviklet. Skjemaene vedvarer ofte gjennom livet, uavhengig av om de er hensiktsmessige eller ikke. Ifølge Beck (1967) bidrar denne opprettholdelsen til å skape en form for konsistens i eget selv. I Becks reviderte modell for behandling av personlighetsforstyrrelser vektlegges kjerneantagelser som det kognitive innholdet i et skjema. Markus (1977) introduserte i etterkant selv-skjema som begrep for å beskrive kognitive strukturer for å organisere, oppsummere og forklare atferd. Selv-skjemaet inneholder informasjon om selvet og atferdserfaringer, og muliggjør prediksjon av spesifikk atferd. I tillegg hjelper det individet å unngå informasjon som rokker ved skjemaet.

Selvkonseptet kan innen kognitiv tradisjon ses på som et globalt sett av kognisjoner om hva som er ens egenskaper. Ut ifra denne tankegangen ser man ikke selvkonseptet som enkeltstående, men som bestående av flere deler. Det er dynamisk i den forstand at det er en samling av selvrepresentasjoner som til enhver tid vil variere i hvilket som er aktiv (Luke & Stopa, 2009). Linville (1985,1987) argumenterer for at organiseringen av selvet er komplekst og består av flere ulike aspekter. Basert på dette vil enklere selvkonsept inneholde færre aspekter og vise større overlapp av egenskaper. Dette kan ha betydning ved at individer med enklere organisering av selvet er mer sårbare for emosjonelt stress.

Som en utvidelse av tradisjonell kognitiv atferdsterapi utviklet Young (2009) skjemat terapi. Denne terapiformen integrerer tilnærminger fra flere fagtradisjoner innen psykologi. Den ble utviklet for behandling av pasienter med kroniske vansker innen personlighet og karakter. Young (2009) argumenterer for at skjemaer utviklet etter omsorgssvikt i barndom vil kunne være kjernen i personlighetsforstyrrelser, men også i andre psykiske lidelser. Maladaptive skjema utvikles i tidlig barne- og ungdomsåer som følge av gjentatte skadelige emosjonelle erfaringer og udekte emosjonelle behov. Mennesket tenkes å ha en indre driv for konsistens. Opprettholdelse av maladaptive skjemaer gir en form for forutsigbarhet og trygghet ved at det er kjent, og mennesker trekkes ofte mot situasjoner som

trigget våre skjemaer. Dette fører til at skjemaer er en utfordrende prosess å endre (Young et al., 2003).

Videre mener Young (2009) at tidlige maladaptive skjemaer ofte utvikles i kjernefamilien. Dynamikken i familien representerer barnets forståelse av dynamikken i verden. Skjemaer som utvikles noe senere, og utenfor familien er ofte ikke like gjennomgripende. I tråd med forståelsen av temperament i en transaksjonell kjede, vil barnets temperament også ha betydning for hvilke skjemaer som utvikles. Generelt blir de første skjemaene som utvikles en del av våre kjerneantagelser, og består av ubetingede oppfatninger om oss selv og andre. Skjemaer som utvikles senere er derimot betingede. Ubetingede skjemaer er basert på barnets erfaringer før det er gammelt nok til å selv ha en innvirkning på hendelser. Begrenset språkutvikling vil også her hindre bevisst integrering. Betingede skjemaer gir derimot muligheten for at individet selv kan ha en effekt på, og endre resultatet. Disse utvikles ofte som et forsøk på å dempe de ubetingede skjemaene, ofte uten å lykkes (Young et al., 2003).

Begrepet skjemamodus ble utviklet i arbeid med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Individuer med EUP skårer ofte høyt på alle skjemaer målt ved "Young Schema Questionnaire", og viser flerfoldige mestringsstrategier (Young et al., 2003). Dette gjør arbeid med skjemaer utfordrende. Alle individer har til enhver tid skjemaer som er aktive og ikke-aktive. Skjemamodus betegner øyeblikk-til-øyeblikk av emosjonelle tilstander og mestringsstrategier, både adaptive og maladaptive. Skjemamodus er det skjemaet som vises aktivt i øyeblikket, og endres når et annet skjema trigges av hendelser som vi er spesielt sårbare for (Young et al., 2003).

Ved EUP er skjemamodi i kontinuerlig rask endring. Maladaptive skjemamodi ses på som en del av selvet som ikke har blitt tilstrekkelig integrert med andre deler. Young et al. (2003) beskriver hvordan pasienter med EUP ofte viser modiene "abandoned child" hvor pasienten føler på smerte, skifter til "angry child" hvor en føler på sinne, for så å skifte til "punitive parent" som straffer "abandoned child". Til slutt går pasienten ofte over til "detached protector" som stenger ute følelser og nærmeste relasjoner. Denne raske svingningen av modus medfører ofte store utfordringer for individet ved å forholde seg til seg selv og til andre. Ved god psykisk helse er modiene mer integrerte og et eventuelt maladaptivt modus vil få mindre kraft (Linnerud, 2019).

EMOSJONELT USTABIL PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE SOM SELVFORSTYRRELSE

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP) kan forstås som en forstyrrelse av selvets elementer (Jørgensen et al., 2012; Meares, Gerull, Stevenson & Korner, 2011; Solberger et al., 2015). Integrasjon av kunnskap fra utviklings-, traume-, nevro-, selv- og personlighetspsykologi gir holdepunkter for at selvforstyrrelsen ved EUP kan forstås forårsaket av, eller i kombinasjon med, utviklingstraumatisering og nevrobiologisk skjevutvikling i barndommen.

Det typiske sykdoms- og symptombildet ved EUP er forbundet med sammensatte intra- og interpersonlige vansker og redusert funksjon. Tilstandens alvorlighetsgrad er forbundet med negative livshendelser, som tidlig uførhet, familieproblemer, inngripelse fra barnevern, vold og ulykker med mer (Karterud, 2018). Kliniske gruppestudier viser at mennesker med EUP-symptomatologi har en sårbarhet for utvikling av komorbide tilstander, lav livskvalitet og redusert livslengde (Merikangas, 2007; Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011; Zanarini, Young & Frankenburg, 2002). Kunnskap om lidelsens natur, især innen psykisk helsevern, vil være av stor betydning for tilrettelegging av behandling og tiltak. Dette vil kunne gi økt livskvalitet og følelse av å ha verdi i samfunnet, i tillegg til at det er av betydning i et samfunnsøkonomisk perspektiv da dette er en ressurskrevende pasientgruppe å behandle.

Symptomatologiens kompleksitet

EUP er kjennetegnet av gjennomgripende og grunnleggende vansker med å regulere følelser og impulser, samt med å danne og opprettholde nære relasjoner. Atferdsmønstrene kan være intense, brå og unyanserte, samtidig som reaksjonene kan innebære konflikter, misforståelser og drastiske handlinger (Ekeberg, 2019). Alexithymi, traumeerfaringer fra barndom, dissosiasjon ved stress, samt overhyppighet av desorganiserte tilknytningsformer er videre konsistente funn ved kliniske studier (Athanasidou-Lewis, 2016; Korzekwa, Dell & Pain, 2009; Urnes, 2009). Samlet kan en si at EUP gjenspeiles av dysfunksjon innenfor tre ulike domener; affektiv dysregulering, atferdsmessig dysregulering og interpersonlig hypersensitivitet (Herpertz og Bertsch, 2015).

Tilknytningssystemet og interpersonlig hypersensitivitet. Flere studier viser at mennesker diagnostisert med EUP har redusert evne til tolkning av både subtile og fremtredende sosiale signaler. Dette medfører gjerne svekket mellommenneskelig fungering, særlig i nære relasjoner (Arntz & Veen, 2001; Barnow et al., 2009). Crittendens (2000) beskriver i sin modell at noe av årsaken til disse utfordringene er at denne gruppen ofte har et overaktivert tilknytningssystem preget av overinvolvering i relasjoner. Teorien er støttet gjennom forskning av blant annet Fonagy et al. (1996) som i sin studie fant at 75% av utvalget var preget av en overopptatt tilknytningsstil. Av disse skåret halvparten av de med EUP for den traumerelaterte undertypen “Fearfully preoccupied by traumatic events”, E3 i AAI. Sensitiviteten i relasjoner kan hos noen forbindes med svekket refleksiv funksjon og inadekvat fortolkning av andres indre følelser, tro, ønsker og ideer (Fertuck et al., 2013). Svekket mentaliseringsfunksjon og øvrig metakognisjon, i kombinasjon med aktivisering av tilknytningssystemet, kan medføre en sensitiv fortolkning og forvrengning av meningsinnhold. Dette medfører gjerne at autonom aktivisering havner utenfor den optimale sonen. Prototypiske forsvarsmekanismer slik som splitting og projektiv identifikasjon kan utløses som en konsekvens av iboende sårbarhet og manglende tilgjengelig fortolkningsevne (Fonagy et al., 2004).

Etablerte interpersonlige skjemaer er rigide og kan medføre paranoide konstruksjoner av andres indre tilstander. Paranoiditeten ved EUP er annen enn den som er synlig ved eksempelvis paranoid personlighetsforstyrrelse (Karterud, 2017). Selv om symptomer på svekket mentalisering, affektiv dysregulering og interpersonlig sensitivitet også ses ved paranoid personlighetsforstyrrelse (APA, 2013; WHO, 2016), vil disse vanskene kunne ha et annet fenomenologisk uttrykk enn ved EUP (Karterud, 2017). Selvet ved paranoid personlighetsforstyrrelse er ifølge Gabbard (1990) tosidig. På den ene siden fremstår mennesket med et svært unikt og særeget grandios selv, mens på den andre siden med et svakt, underlegent og verdiløst selv. Paranoiditeten som vises ved EUP kan knyttes til forhastede slutninger, hvor følgene er negative emosjoner, eksempelvis sjalusi og frykt for å bli forlatt (Fonagy et al., 2004). Mistenksomheten ved paranoid personlighetsforstyrrelse har derimot sitt utspring fra innfløkte og vedvarende systemer av overbevisning på kognitiv nivå. Dette kommer til uttrykk gjennom elementer slik som grandiositet, kognitiv profil, selektiv

abstraksjon og øvrig forsvar (Gabbard, 1990; Kantor, 2004). Skadelige oppvekstforhold får som tidligere nevnt betydning for organiseringen av våre indre arbeidsmodeller. I de indre arbeidsmodellene hos individer med EUP oppfattes urimelige trusler ofte ikke som urimelige ved aktivering utenfor den optimale sone. Forsvar og regresjon preget av psykisk ekvivalens og dikotom tenkning kan forekomme dersom mennesker med EUP oppfatter urimelige fortolkninger som svært truende (Urnes, 2009).

Emosjonell ustabilitet, følelsesregulering og forsvar. Emosjonell ustabilitet preges ofte av hyppige skift i ulike selvtilstander eller skjemaer. Disse blir synlige gjennom veksling mellom emosjoner av en gitt intensitet. Tendens til fullstendig identifisering med aktuelle og sterke emosjoner kan resultere i aktivering utenfor eget toleransevindu. Sett sammen med reduserte forutsetninger for selvregulering, kan dette være et resultat av manglende affektintegrasjon og bevissthet i egen selvstruktur. Utfordringer med emosjonsregulering og identifiseringen med følelsen i øyeblikket vanskeliggjør evnen til å lære av tidligere erfaringer og ta reflekterte beslutninger for fremtiden (Fuchs, 2007).

Lidelsen er karakterisert av affektiv labilitet og et snevert affektrepertoar kan være typisk for noen (Ryum, 2016, s. 252). Flere kan ha vansker med å registrere følelser som ikke er av en gitt intensitet. Affektfobi viser til frykt og manglende årvåkenhet tilknyttet egne følelser, og dette symptomet kan medføre vansker med beskrivelser av følelser som har nøytral karakter. Følelser av nøytral karakter vil da trolig kunne beskrives som tomhet, kaos eller andre sammenvevde ikke-differensierbare indre følelser og emosjoner. Vedvarende indre tomhet har lenge blitt betraktet som et nokså typisk trekk som flere med lidelsen bekrefter. Imidlertid finnes det holdepunkter for at denne tomhetsfølelsen generelt er en svak prediktor for EUP (Bremer & Eikenæs, 2019, s. 6; Golier et al., 2003).

Når en ikke klarer å regulere egne negative emosjoner kan disse tillegges andre eller ytre omstendigheter. Splitting og projisering påvirker kognisjon, hvor dikotom tenkning og øvrig svart-hvitt perspektiver ses tilknyttet andre personer og situasjoner. Den manglende integrering av positive og negative aspekter til ens eget selv og andre vanskeliggjør en stabil identitet (Fuchs, 2007). Forsvarsmekanismer slik som idealisering og devaluering av andre kan ses i menneskemøter, og kanskje særlig ved høy følelsesmessig aktivering (Ekeberg et al., 2019; Ilnér, 2012). Fonagy et al. (2004) beskriver det fremmede selv som en av

kjernekomponentene ved EUP-patologi. De beskriver at en illusorisk følelse av stabilitet i egen selvstruktur oppnås når tilstander i det fremmede selvet projiseres, og ofte kontrolleres, i et annet mennesket. Projisering av egen indre tilstand fungerer ved at en kan oppleve seg selv som en “aktiv agent” som har kontroll, til tross for selvets fragmenterte tilstand. Aktivisering av sterk affekt med forsvar slik som devaluering, fungerer som en nokså tvungen og aggressiv kommunikasjonsstil. Den vil gjennom selvoppfyllende profetier og andre paradokser i ytterste konsekvens kunne resultere i ytterligere desorganisering av det fragmenterte selvet. Dette eksempelvis ved at det projiserte selvet forsterker iboende selvstruktur ved avvising fra andre (Fonagy et al., 2004).

Atferdsmessig dysregulering. Emosjonell ustabilitet, utagering og eksternalisering av voldelige impulser, indikerer lavt nivå av årvåkenhet tilknyttet eget selv. Dette kommer til uttrykk gjennom skift i selvtilstander og manglende selvkontroll. Selvskadende og selvmordstruende atferd er vanlig, og kan hos noen forårsakes eller utløses av en ekstrem frykt for å bli forlatt. For andre vil dette kunne fungere som et varselsignal (Klonsky, 2007; Urnes, 2009). Villet egenskade og selvmordstrussler kan imidlertid forstås på flere måter. Det kan ses på som et forsøk på å forkaste det torturerende, fremmede selvet fra det konstitusjonelle selvet (Fonagy et al., 2004). Selvskading av ulik natur kan også forstås som aggressiv, morbid selvhjelp i møte med overveldende affekt eller følelse av nummenhet, samtidig som det kan benyttes for å håndtere dissosiasjon og uvirkelighetsfølelse (Anstorp, 2012, s. 192; Klonsky, 2007; Westby & Ness, 2009). Det kan være relatert til et behov for omsorg, ofte dersom voldsutsatte barn har etablert en konsistent og forvrengt assosiasjon mellom smerte og omsorg i tidlige barneår (Suyemoto, 1998). Noen opplever en typisk rus etter at en har skadet seg, og trolig kan dette forstås som en effekt av aktivisering av det mesolimbiske system. Dopamin og andre katekolaminer fungerer belønnende og forsterkende også på selvskadende atferd (Bear et al., 2016; Franklin, Puzia, Lee & Printstein, 2014). Videre kan villet egenskade forstås som et uttrykk av psykisk ekvivalens og utforskning av grenser. Herunder grenser forbundet med egen kropp, karakter og identitet, hvor selvskading bidrar til å kjenne hvor ens egen kropp og selv slutter (Urnes, 2009). I et selvtilstandsperspektiv kan atferd av slik karakter forstås som en selvoverlevelselsesmekanisme.

Mens selvskading, selvmordstrusler og annen utagering kan være trekk hos kvinner med EUP, beskriver Fonagy et al. (2004) at vold kan være fremtredende hos menn med EUP. Voldelig atferd kan betraktes som eksternaliserte og projiserte deler av det fremmede selvet, hvor partneren eller andre tilknytningspersoner blir offer for uhåndterbare selvtilstander. I deres forståelsesmodell beskrives volden med en tosidig dimensjon. På den ene siden fungerer det forsterkende og bevarende på egen selvstruktur. Samtidig vil atferdsuttrykket på den andre siden kunne reflektere et ubevisste ønske om å forkaste denne siden av eget selv. Anstorp (2006) beskriver at sinne og vold kan omhandle et ønske om indre fysisk ro og kontroll over dissosierte selvtilstander. Siden vold gjennom fysisk og verbal utagering kan vises gjennom svingningene hos kvinner, gir det grunnlag for at vold kan være typiske trekk også blant menn. Dersom en betrakter kategoriseringer i Strukturert Klinisk Intervju for Personlighetsforstyrrelse, akse II lidelser i DSM isolert, vil trekk assosiert til vold ses ved flere kategoriseringer, ikke bare ved kategorien Borderline (APA, 2013). Undring over hva som ligger til grunn for kjønnsfordelingen i EUP er interessant. Til slike refleksjoner bidrar selvmordsstatistikken, rus og kriminalomsorgen, ulik utvikling av psykopatologi og mulig manglende årvåkenhet til typiske trekk ved EUP blant menn med interessante bidrag.

Betinget selvopplevelse. Mennesker med EUP føler ofte kun et eget selv i kontakt med andre (Bremer & Eikenæs, 2019, s. 10). For noen kan vanskene med følelsen av hvem man er, hvilke behov man har og hvilke opplevelser som er ens egne allerede starte ved småbarnsalder. Vansker med opplevelse av eget selv kan også bli tydelig ved ungdomsalder, kanskje gjennom manglende mestring av adekvate utviklingsoppgaver som forutsetter et autentisk, stabilt og sammenhengende selv. Sviktende selvopplevelse vil kunne føre til en subjektiv opplevelse av vedvarende mangel på indre konsistens i eget selv. Mange kan derav oppleve å ikke ha en styrende rolle i eget liv (Fuchs, 2007).

Den betingede selvopplevelsen i kombinasjon med andre typiske symptomuttrykk utspiller seg ofte i terapi, gjennom ulike motoverføringer og aktivering av tilknytningssystemet (Ekeberg et al., 2019). Jørgensen (2006) og Lauveng (2015) påpeker at betydningsfulle andre er svært viktig for mennesker med EUP. Relasjoner til andre bidrar til å opprettholde vitale psykologiske funksjoner, især følelse av indre konsistens og identitet. Samtidig virker nære relasjoner dempende på ens indre følelse av fremmedhet og manglende

autonomi i eget selv. I relasjon til dette hevder Fuchs (2007) at EUP kan forstås som en fragmentering av det narrative selvet. Her er fragmenteringen blant annet forårsaket av manglende etablering av det som benevnes som den indre “implisitte andre”. Manglende etablering av et “indre vitne” for handlinger og intensjoner, illustrerer igjen hvilken rolle andre nære har for stabilitet i subjektiv opplevelse av eget selv, identitet, samt følelse av verdi og tilhørighet i samfunnet.

Symptomatologi assosiert til utviklingstraumatisering. Det er ikke holdepunkter for å si at alle med EUP-symptomatologi har vedvarende traumeerfaringer fra småbarnsalder, men noen retrospektive studier viser til at flerparten i den kliniske populasjonen rapporterer slike erfaringer (Carlson et al., 1989; Fonagy et al., 2006; Zanarini, 2000). Gjennom forståelsen av toleransevinduet og optimal aktivering vil flere typiske symptomer kunne forklares av nevrobiologisk skjevutvikling (Nordanger og Braaruds, 2018; Siegel, 2012). I likhet med de typiske emosjonelle svingningene som er synlige ved EUP kan relateres til utvikling av et smalt toleransevindu, vil også andre trekk slik som depersonalisering, identitetsdiffusjon og atferdsmessig dysregulering kunne forstås forårsaket av svekket nevrobiologisk toleranse. Desorganisering i kjerneselvet og hyppige skift mellom ulike selvtilstander medfører at ulike og varierte forsvarsmekanismer kan benyttes. Aktivering utenfor den optimale sonen kan også medføre dissosiasjon, og det har vist seg at seksuelle overgrep og grov vold før seksårsalderen fører til hyppigere bruk av dissosiasjon som forsvarsmekanisme enn ved senere traumeopplevelser (Eisen, Goodman, Qin, Davis & Crayton, 2007; Kiser et al., 2014).

Utviklingstraumer skader utviklingen av hjernens strukturer og nettverk (Ruocco, Amirthavasagam & Zakzanis, 2012; Teicher et al., 2016). Utsatte strukturer for sensitivisering eller dysfunksjon er corpus callosum, hippocampus, amygdala og prefrontal korteks (Heim, Shugart, Craighead & Nemeroff, 2010; Pechtel, Lyons-Ruth, Anderson & Teicher, 2014). Utviklingstraumatisering kan medføre økt utslipp av stresshormonet kortisol. Sammen med andre nevrotransmittere slik som noradrenalin, vil høyt utslipp av kortisol tidlig i livet kunne virke nevrotoksisk og skade nevroner og hjernevev. Stresshormoner påvirker også indre organer, og har særlig påvirkning på aktivering av hjerte og karsystemet (Nordanger & Braarud, 2018). Utviklingstraumatisering kan medføre kjemisk ubalanse, og dette kan over tid dysregulere systemer i hjernen slik som hypothalamus- hypofyse- binyre aksen (HPA-aksen).

En slik sensitivisering kan medføre økt utslipp av stresshormoner ved små eller moderate stressorer gjennom livsløpet (Jakobsen, 2006, s. 53; Kvello, 2016). HPA-aksen har forbindelser frem til prefrontal korteks. Sensitivisering kan derav ha følger for kognitive kontrollfunksjoner slik som eksekutive evner, fleksibilitet og inhibisjon, samt mer spesifikke funksjoner slik som konsentrasjon, hukommelse, oppmerksomhet og læring (Gazzaniga et al., 2014; Ward, 2015).

EUP er forbundet med flere patologiske endringer i hjernen. Bildestudier av pasienter med EUP har blant annet vist strukturelle og funksjonelle endringer i prefrontal korteks og i det limbiske systemet. Dysfunksjon i prefrontal korteks hindrer tilstrekkelig inhibering av en overaktivert amygdala. Dette kan trolig forklare svakere ferdigheter innen emosjonsregulering og utvikling av dissosiative symptomer (Schmahl & Bremner, 2006). I likhet med patologiske endringer beskrevet etter utviklingstraumatisering, viser også pasienter med EUP mindre volum for hippocampus, prefrontal korteks og anterior cingulate korteks. Disse strukturelle endringene korrelerer med mishandling i barndom (Schmahl & Bremner, 2006).

Dissosiasjon. Ved aktivering av fryktreaksjoner som en ikke er i stand til å håndtere, kan barn i likhet med voksne reagere med dissosiasjon. Anstorp & Benum (2014) definerer dissosiasjon som frakobling eller avspalting av erfaringer, følelser og kroppslige minner som har vært uutholdelig. Det psykologiske forsvaret forekommer på en skala fra korte, situasjonsavhengige og mer normal “dagdrømming”, til lengre eller hyppigere tilfeller som påvirker individets fungering og mer alvorlige tilfeller av dissosiasjon som forstyrrer organisering, integrering av selvet og kognitive- og atferdsmessige prosesser (Putnam, 1991).

To tredjedeler av pasienter med EUP har dissosiative symptomer. De rapporterer høyere forekomst av dissosiative symptomer enn kontrollgrupper og grupper med andre psykiske lidelser. Den eneste gruppen med høyere forekomst av dissosiative symptomer er gruppen med dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) (Korzekwa et al., 2009). Pasienter med EUP rapporterer vanligvis høy forekomst av seksuelle overgrep i barndom, i tillegg til andre former for barnemishandling. Dissosiasjon som forsvarsmekanisme utvikles generelt sett etter tidlig og alvorlig mishandling, spesielt gjennom seksuelle overgrep. I tillegg vil desorganisert tilknytning i spedbarnsalder øke sannsynligheten for utvikling av dissosiative

overlevelsesmekanismer (Kiser et al., 2014; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997).

Dissosiasjonsfeltet viser til avspaltede bevissthetsdeler i personligheten. Knyttet opp mot Karteruds (2017) klassifisering av det narrative selvet, vil det bevisste og dagligdagse selvet ha tilgang til narrativ og øvrig umiddelbar dagligdags informasjon gjennom prefrontal korteks. Følelser og kroppslige reaksjoner knyttet til traumeminner fra barndom vil derimot være lagret i biologisk eldre deler av hjernen og en vil i mindre grad ha bevisst tilgang til disse minnene (Anstorp & Benum, 2014). Sett i sammenheng med utvikling av språkferdigheter og hukommelsesfunksjoner, vil det ved bruk av dissosiasjon som forsvarsmekanisme i småbarnsalder ikke være uvanlig at traumeminnene konsolideres i implisitt hukommelse fremfor deklarativ (Hart & Kæreby, 2009). Lite bevisst kjennskap til disse minnene medfører vansker med å uttrykke dette verbalt i barndommen og også senere i livet. Dette til tross for at traumene kan komme til uttrykk gjennom eksempelvis fysiologiske reaksjoner, subtilt i lek eller annen atferd (Kvello, 2016). Negativ somatoform dissosiasjon, ved lammelse eller nummenhet av traumeutsatte kroppsdeler, kan også utvikles dersom barn utsettes for seksuelle overgrep i forkant av to- til treårsalderen (Kvello, 2016).

Carlson, Yates og Sroufe (2009) argumenterer for at dissosiasjon har særlige konsekvenser for utviklingen av selvet. Dissosiasjon forstyrrer utviklingen og organiseringen av selvet, samtidig som forstyrrelser i selvet øker risikoen for forekomst av dissosiasjon. Forfatterne knytter dissosiasjon til Winnicotts beskrivelse av det falske selvet. Videre argumenterer de for at tidlige traumer fører til behov for en tidlig modning av et falsk selv for beskyttelse og overlevelse i et overveldende og uforutsigbart miljø. Hvis man igjen trekker linjer tilbake til identitetsteori som ulik grad av bevissthet vil hyppig forekomst av dissosiasjon forstyrre opplevelse av kontinuitet i det reflektsive identitetsnivået. I tillegg til at utviklingstraumer påvirker selvets utvikling fra tidlige barndomsår, kan opprettholdelse av dissosiasjon som overlevelsesmekanisme trolig bidra til mindre integrering av selvet også videre i livet.

Samlet gir det totale symptombildet flere holdepunkter for at EUP bør betraktes som en forstyrret utvikling av selvet, kombinert med nevrobiologisk skjevutvikling. Symptomenes omfang interagerer med hverandre i en kompleks organisering og utspiller seg på ulike måter. Terminologi slik som “forstyrrelse av personlighet” gir en begrenset forklaring av den totale kompleksiteten. Riktignok er det ikke slik at en utvidet forståelse med begrepet

“selvforstyrrelse” nødvendigvis vil ha verdi utenfor klinisk område. Betraktelse av EUP som forstyrrelse av selvet kan få betydning for omfang av behandling, blant annet ved at flere områder ved selvet bør inkluderes i behandlingen.

Barne og ungdomsalder: Det sårbare selvet

Ved normalutvikling av selvet går organiseringen mot gradvis større kompleksitet og integrering. Hos utviklingstraumatiserte vises også en utvikling av selvet hvor dette blir mer komplekst, men der integreringen mangler (Carlson et al., 2009). Fysiske overgrep rapporteres i stor grad blant mennesker med EUP, og desto tidligere overgrepene startet desto større vansker vises (Stern, 1991). Hvis en tenker på forstyrrelse av selvet langs en skala kan en tenke seg at barn som har opplevd traumer i tidlig alder kan få en større forstyrrelse i integrering av selvet enn de som opplever traumer i en mindre sårbar alder. De tidlige traumene, spesielt i den preverbale perioden, er ansett for å ha størst innvirkning på selvutviklingen (Carlson et al., 2009; Stern, 1991). Utviklingen av språk og kommunikasjon muliggjør dannelsen av ens selvbiografiske narrativ og er en viktig forutsetning for et integrert selv. Språket gir mulighet for å sette ord på og beskrive emosjonelle tilstander og atferd. Det gir barnet og foreldre mulighet til å forklare og rette opp i misforståelser. Ved tidlige traumer opplever barnet traumet gjennom non-verbale eller preverbale funksjoner, noe som begrenser integreringen i ens eget selv (Carlson et al., 2009; Sroufe, 1996).

Med utgangspunkt i Møllers (2018) fremstilling av bevissthetsnivåer, vil truameopplevelser i preverbal periode ramme førrefleksivt identitetsnivå som ikke er tilgjengelig for verbal formidling, eksplisitt tenkning eller refleksjon. Enkelte pasienter med EUP viser ikke til konkrete traumer i barndommen, men derimot alvorlig omsorgssvikt og mangel på trygg tilknytning (Anstorp et al., 2014; Eide-Midtsand, 2011). Følgene av dette vil i stor grad være lik det en ser etter tidlig traumatisering, men sjelden i en slik grad at eksempelvis dissosiasjon utvikles (Anstorp et al., 2014; Eide-Midtsand, 2011).

Bateman og Fonagy (2007) hevder at det fremmede selvet er kjernekomponenten i EUP. Den fremmedgjorte opplevelsen av egen selvstruktur vil ofte være forårsaket av flere ledd med uheldige og komplekse samspillsinteraksjoner. Dette kan medføre en indre konflikt og usikkerhet i om egne følelser og ideer tilhører en selv eller andre. Crittendens (2000) modell er en av mange traume- og utviklingspsykologiske forklaringsmodeller som prøver å forklare noen av mekanismene. Tidlig internalisering av eksterne emosjoner og arbeidsmodeller, eller omså forvregning eller forkastning av indre arbeidsmodeller, affekt og

emosjoner, hemmer barnets muligheter til å etablere en autonom kjerne og et narrativt selv. I omsorgsbetingelser som preges av vold, fiendtlighet, apati og øvrige atferdsuttrykk assosiert med svak mentaliseringsevne, vil en kunne forvente større selvrepresentasjonssvikt og forbindelse til eget kjerneselv (Bateman & Fonagy, 2007).

Tidlig forvrengning av indre arbeidsmodeller og øvrige tilstander kan ses på ulike måter gjennom livsløpet. Spedbarn kan utvise vansker innen domener som mat, søvn og emosjons- og affektregulering. Eksempelvis er et totalt passivt spedbarn et klassisk eksempel på tidlig aktivering av et primitivt forsvar. Dersom spedbarn opplever at deres behov ikke blir dekket vil signalatferd minske og tilknytningssystemet vil deaktiveres (Hart & Schwartz, 2009). Ved småbarnsalder kan repetitiv lek og regresjon være fremtredende, og ved midten av barndomsårene kan en se kontrollerende, dominerende, selvmotsigende eller øvrig inadekvat atferd. Ofte er dette forårsaket av barnets indre driv til opprettholdelse av indre konstans i kjerneselvet (Fonagy et al., 2004; Liotti, 2006). Responser på barnets atferdsuttrykk slik som tilbaketrekning, inadekvat kommunikasjon eller fiendtlighet vil fungere forsterkende og opprettholdende til barnets kaotiske selvstruktur. I faglitteraturen beskrives disse atferdsuttrykkene som evokativ projektiv identifikasjon, og omhandler hvordan barnet manipuleres til å oppleve emosjonsuttrykkene som er blitt integrert og internalisert som en del av eget selv (Fonagy et al., 2004; Kvello, 2016). Inadekvat speiling og ikke-mentaliserende kommunikasjon vil medføre ytterligere diskrepans i kjerneselvet, opprettholde inadekvate reguleringsferdigheter og teleologiske mestringsstrategier, samtidig som barnet vil overveldes av forlatthetsfølelse (Fonagy et al., 2004).

Et sammenhengende narrativ

Et fundamentalt konsept i konstruksjonen av et helhetlig selv er den autobiografiske hukommelsen. Denne hukommelsen oppdateres stadig og gir oss en opplevelse av at alle deler av selvet er integrert og at selvet oppleves med en kontinuitet over tid. Blant traumatiserte er det vanlig med mindre kontinuitet i ens narrativ og en kan ha en subjektiv opplevelse av at de ulike delene i selvet ikke samsvarer med hverandre.

EUP kan ifølge Fuchs (2007) ses på som en fragmentering av det narrative selvet. Sammenhengen mellom tidlige erfaringer og ansvar for hendelser i fortiden knyttet mot egne verdier og ønsker for en selv i fremtiden anses betydningsfullt for egen identitet. Fuchs (2007) hevder at dette krever den "implisitte andre" som beskrives som ens indre vitne for egne handlinger og intensjoner. Tidlig erfaring med trygg tilknytning og omsorgspersoner som ser

og tillegger barnet intensjoner og følelser er med å skape den “implisitte andre”, noe som er av betydning for senere mentaliseringsevne. At omsorgsgiver ser en som et individ med ønsker, mål, følelser og intensjoner for handlinger, er med å skape et sammenhengende selv. Det stilles spørsmålsteget ved utviklingen av nye former for lidelser knyttet til svekket identitet, spesielt EUP. Særlig med tanke på et samfunn i rask utvikling, blant annet i forhold til tradisjonelle familiestrukturer og endringer i roller i det postindustrielle samfunnet, og om dette gir en fragmentert autobiografisk historie (Fuchs, 2007).

Evnen til å skape et selvbiografisk narrativ knyttes opp mot den autobiografiske hukommelsen, inkludert minnenes følelser, detaljer og sammenheng, og er nødvendig for opplevelse av egen identitet, især gjennom selvdefinerende minner (Jørgensen et al., 2012). Forskning på selvbiografisk narrativ blant normalpopulasjonen har vist at ens narrativ oftest fokuserer på positive emosjonelle minner, noe som kan forklares ved et bias hvor mennesker ønsker å opprettholde et positivt selvilde. Gjennom forskningen til Jørgensen et al. (2012) har en sett at pasienter med EUP, i likhet med deprimerte, viser færre positive emosjonelle minner og mindre grad av prototypiske minner i narrativet. Prototypiske minner tilhører det Jørgensen et al. (2012) refererer til som det kulturelle livsmanuset. Dette hjelper individet til å organisere minner og forventninger innenfor den kulturelle rammen en tilhører. Plasseringen av slike minner i en kulturell ramme bidrar til kontinuitet i eget narrativ, gir en tidsramme og et referansepunkt for identitet i fortid, nåtid og fremtid. Tendensen til at individer med EUP rapporterer flere negative emosjonelle minner som sentrale og identitetsskapende i deres narrativ, og hvor disse skiller seg fra normen for det kulturelle livsmanuset, kan bidra til mer stigmatisering og devaluering av eget selv. EUP-pasienters rapportering av atypiske identitetsskapende autobiografiske minner bidrar til opplevelsen av å være annerledes. Den dysfunksjonelle autobiografiske hukommelsen forstyrrer de bevisste elementene av identitet, men i mindre grad ubevisste. Jørgensen et al. (2012) anser det for usannsynlig at EUP-pasienter ikke har noen positive emosjonelle minner. De knytter videre EUP-pasienters fokus på negative emosjonelle minner mot deres psykopatologi, reflektert av dysfunksjonell emosjonsregulering, hukommelsesforstyrrelser og negativt selvilde. Studiet samsvarer med tidligere funn hvor eldre pasienter med EUP-problematikk viste en mer alvorlig grad av forstyrrelse i eget narrativ enn yngre pasienter (Jørgensen et al. 2012).

Identitet ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Trekk ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ses alt i ungdomsårene (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000; Westen, Betan & Defife, 2011). Disse årene preges av større intrapsyriske utviklingsoppgaver slik som økt autonomi, stabilisering av identitetsfølelse og løsrivelse fra tilknytningspersoner. Wilkinson-Ryan og Westens (2000) kliniske studie av mennesker med EUP, annen personlighetsforstyrrelse (PF) og ingen personlighetsforstyrrelse har gitt interessante funn. Ved bruk av spørreskjemaet "Identity Disturbance Questionary (IDQ)" har studien generert holdepunkter for at mennesker diagnostisert med EUP har betydelige utslag på identitetsfaktorer som blant annet evnen til å inneha en rolle, subjektiv og objektiv opplevelse av inkonsistens og manglende forpliktelse. Studiet kontrollerte for dissosiasjon og traumehistorier, operasjonalisert som seksuelt misbruk, og viste til tross for dette at gruppen med EUP hadde mer alvorlige forstyrrelser innen området identitet. Funnene støtter teorien om at et av de sentrale trekkene ved EUP er forstyrrelse av selvet. Studien viser imidlertid ikke om de med EUP uten historie med seksuelle overgrep hadde vært utsatt for andre traumeerfaringer eller grov omsorgssvikt.

Westen et al. (2011) har forsøkt å replikere funnene til Wilkinson-Ryan og Westen (2000) blant ungdom. Utfordringen i dette er å skille mellom normal usikkerhet i egen identitet og begynnende patologisk forstyrrelse av identitet. Westen et al. (2011) fant at faktorer som manglende forpliktelse og konsistens i mål, ønsker, verdier og holdninger, overidentifisering med en rolle eller gruppe og subjektive og objektive opplevelser av inkonsistens, var fremtredende faktorer blant ungdom med begynnende personlighetsproblematikk. Dette strakk seg utover det en ville tenke som normalt i ungdomsårene. Studien viste også at ungdom med tidlige utfordringer innen personlighet, hadde forstyrrelser i identitet som var svært lik identitetsforstyrrelse blant voksne med EUP. Opplevelsen av inkonsistens i form av en manglende følelse av kontinuitet i eget selv og manglende sammenheng i eget narrativ var de mest sentrale trekkene blant ungdom med vansker innen personlighet. Det finnes fremdeles lite forskning på sammenhengen mellom identitetsforstyrrelse blant ungdom og EUP, men noe forskning viser at tidlig forstyrrelse i selvrepresentasjon er en medierende faktor mellom desorganisert tilknytning og utviklingen av EUP (Carlson et al., 2009).

KLINISKE IMPLIKASJONER

Differensialdiagnostikk

Diagnostisk ses emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse ofte komorbid til andre psykiske lidelser. Det å være diagnostisert med personlighetsforstyrrelse i seg selv viser til latente sårbarhetsmekanismer og dette fungerer som en enkeltstående risikofaktor for utvikling av andre symptomlidelser (Dahl, 2018, s. 293; Ryum, 2016, s. 252). Eventuell komorbiditet, overlappende fenomenologi og diagnostiske kriterier kan medføre vanskelige differensialdiagnostiske vurderinger. Vurderingene kan være særlig utfordrende ved differensiering mellom kategorier som deler symptomer som dissosiasjon, depersonalisering og diffusjon av identitet, som sett ved blant annet bipolaritet, dissosiative lidelser, psykoselidelser og ulike traumelidelser (Cloitre et al., 2014; Karterud et al., 2017; Zanarini, Ruser, Frankenburg, Hennen & Gunderson, 2000; WHO, 2016).

Differensialdiagnostisk er det viktig å skille bipolar lidelse og EUP (Helsedirektoratet, 2012). Symptombildet assosiert til ”rapid-” og ”ultra rapid cycling” utgjør kanskje den vanskeligste differensialdiagnostiske vurderingen, da symptombildet er særlig overlappende til EUP i form av hurtige emosjonelle svingninger (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012, s. 71). Svingningene ved bipolar lidelse er generelt mer episodisk, i motsetning til emosjonell ustabilitet som har et mer vedvarende og kontinuerlig preg. Et kjernesymptom for differensiering er at vanskene med identitet ved EUP vanligvis ikke er et karakteristisk trekk ved bipolaritet (Ryum, 2016, s. 247). Samtidig vil emosjonell ustabilitet forbundet med EUP i større grad være betinget til interpersonlige og miljømessige stimuli (Bauer, Beaulieu, Dunner, Lafer & Kupka, 2008).

De siste tiårene har det blitt forsket mye på selvopplevelse ved tilstander i schizofrenispektrumet, hvor Møller (2018) har utviklet ”Examination of Anomalous Self-Experience” (EASE) for kartlegging av selvforstyrrelse. Ved varselsymptomer på schizofreni, og ved forverring av tilstander som medfører psykose, vil subjektivitet og grunnleggende selvopplevelse forstyrres (Lauveng, 2015; Møller, 2018; WHO, 2016). Dette inkluderer og påvirker tanker, sansning, ambivalens til oppmerksomhet, kroppsbevegelser og verdenssyn. Sviktende subjektivitet påvirker samtlige aspekt ved identitetsfølelsen- hva, hvem og hvordan man er. Alvorlighetsgrad tilknyttet selvforstyrrelsen ved schizofreni og psykoseutvikling skiller seg fra psykopatologien, selvforstyrrelsen og selvopplevelsen man ser ved andre

diagnosegrupper (Johannessen, Løberg & Nesvåg, 2017, s. 33; Nelson et al., 2013; Nelson, Parnas & Sass, 2014; Parnas & Handest, 2003; Stopa, 2009).

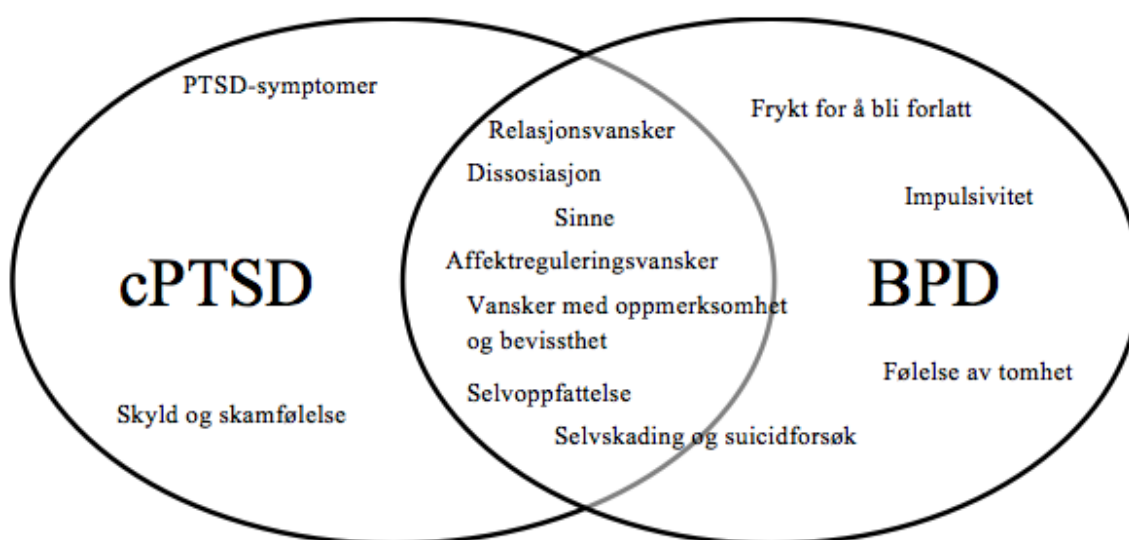
I forskning på selvforstyrrelser ved schizofreni og EUP fant Nelson et al. (2013) forskjeller i nivåer av selvforstyrrelse. De undersøkte unge i aldersgruppen 15-25 i en høyrisikogruppe for alvorlig psykisk lidelse. Resultatene fra denne studien sammenfalt med hypotesen om at schizofreni assosieres med forstyrrelser i de mer basale nivåer av selvet, mens EUP viser et forstyrret selv på de øvre nivåene for refleksivt selv og narrativt selv. Studiet fra Nelson et al. (2013) viser til at man i forskning i større grad må anerkjenne gradforskjeller i selvforstyrrelse og utvikle mer valide mål som fanger opp disse variasjonene. Dette vil mulig være av prediktiv verdi og kan sikre tidlig intervensjon. Studiet trekker frem hvordan opplevelsen av tomhet ved EUP har sin opprinnelse i manglende sammenheng og kontinuitet i selvet. En opplevelse av tomhet ved schizofreni vil derimot stamme fra følelse av manglende deltakelse i egen opplevelse eller fundamental opplevelse av ulikhet fra andre (Nelson et al., 2013).

Blant traumeutsatte har man også sett tilfeller av feildiagnostisering av dissosiasjon og psykose, men også tilfeller av dette som komorbide tilstander. Psykose viser typisk alvorlig forstyrrelse av førstepersonsperspektivet, et oppløst ikke-organisert selv, kognitiv svikt og endret virkelighetsoppfatning (Johannessen, Løberg & Nesvåg, 2017, s. 30; Møller, 2018), men en ser også deler av denne manglende integreringen av selvet ved dissosiasjon (Anstorp, 2006). Konversjonslidelse skiller seg fra psykoselidelser ved at ulike jeg-kvaliteter i selvet bevarer egen subjektivitet. Dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID), eller F44.8 Multipl personlighet i ICD-10, er en alvorlig form av dissosiativ lidelse. Lidelsen kjennetegnes blant annet ved at personen har flere separate strukturer i selvet, med ulik identitet og personlighet, hvor de ulike selv er uvitende om hverandres eksistens (WHO, 2016). De vanligste differensialdiagnoser ved DID er schizofreni og EUP (Karterud et al., 2017).

Identitetsdiffusjon, depersonalisering og dissosiasjon er i likhet med EUP også vanlige trekk ved PTSD og kompleks PTSD. Med utgangspunkt i at psykoselidelser og konversjonslidelser reflekteres av forstyrrelse på førrefleksivt identitetsnivå, vil kategorier av PTSD og EUP derimot preges av mer vedvarende svikt i refleksive eller narrative nivå. Blant disse diagnosekategorier presenterer PTSD den enkleste formen for dissosiasjon og diffusjon av identitet, ved aktivering av traumatiske minner. For de andre kategoriene antar man derimot at symptomet dissosiasjon og påfølgende variasjon mellom selvtilstander er relatert

til graden av traumatisering. Mens primær, strukturell dissosiasjon kan ses ved klassisk PTSD, vil derimot sekundær dissosiasjon kunne ses hos mennesker med kompleks PTSD og EUP (Nijenhuis et al., 2006, s. 83; Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, u.å.; van der Hart et al., 2006). Sistnevnte kategorier vil trolig komme til uttrykk gjennom selvforstyrrelse på det refleksive identitetsnivå.

Figur 2. Overlappende symptomer mellom kompleks PTSD (cPTSD) og borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) (Bergman & Karoliussen, 2018).



Døgnoobservasjon ved akutt selvmordsfare

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er den eneste kategorien i ICD-10 hvor selvmordsatferd og selvskading er diagnostiske kriterier (WHO, 2016). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har et eget kapittel om behandling av “kronisk” suicidalitet, hvor innleggelse frarådes for mennesker som kan vurderes å være vedvarende suicidal (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). Retningslinjene viser til at innleggelse er lite hensiktsmessig ved akutt selvmordsrisiko, men at det derimot likevel kan være nødvendig i en “akutt selvmordskrise”. Hvordan helsedirektoratet skiller mellom akutt selvmordsrisiko og selvmordskrise er uklart (Ekeberg et al., 2019a).

Risikovurderinger, behandlingstilnærminger og differensiering mellom villet egenskade og suicidalitet ved EUP er vanskelig. Klinikere har faglig og juridisk ansvar for å hindre selvmord og alvorlige former for selvskading. Dette gjelder særskilt der pasienten

fungerer dårlig psykisk (Ekeberg et al., 2019a, 2019b). Kliniske vurderinger kan imidlertid aldri kontrollere for, eller garantere, at pasienter ikke velger å ta sitt eget liv, verken ved tvungen eller frivillig behandling i psykisk helsevern.

Hurtige skift mellom selvtilstander ved EUP medfører at vurderingene er særlig vanskelige. Pasienter med alvorlig emosjonell ustabilitet vil kunne ha vansker med å erkjenne og beskrive egne motiver for handlinger, særlig i situasjoner under press. Tilstander som medfører hypo- eller hyperaktivering kan medføre tilstandsforvring forbundet med alvorlig depersonalisering, dissosiasjon og nærpsykose. En mestringsstrategi for lindring av psykisk uutholdelig smerte kan være selvskading, og noen ganger svært alvorlig selvskadende atferd (Klonsky, 2007). Ved alvorlig, grotesk selvskading bør en være observant på om atferden har vært forårsaket av vrangforestillinger og/eller befalende stemmer forbundet med bristende virkelighetsoppfatning (Walby & Ness, 2009). Selvskading med mulig dødelig utfall, uten bevisst intensjonsøse om å dø er et eksempel på en slik vanskelig vurdering (Urnes, 2009). Klare indikasjoner på innleggelse kan være dersom pasienten har komorbide tilstander som krever døgnbehandling, selvskading på psykotisk grunnlag og dersom pasienten fremstår med risiko for snarlig ny og alvorlig selvskading (Walby & Ness, 2009). Ved tvangsvedtak vil det være ideelt å overføre ansvaret tilbake til pasienten så fort den kliniske tilstand har stabilisert seg for videre styrking av selvets autonomi (Urnes, 2009).

Vurderingen av klinisk tilstand og intensjon bør være likt for denne gruppen som for andre kliniske grupper. Individuelle vurderinger er nødvendig, og sett sammen med helsedirektoratets retningslinjer (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008), vil innleggelse være aktuelt dersom polikliniske tiltak og etablerte kriseplaner ikke ivaretar risikoen pasienten fremstår med (Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2005; Ekeberg et al. 2009a; Ekeberg et al., 2009b; Karterud, 2018; Urnes, 2009).

Forståelse av EUP som selvforstyrrelse: Betydning for behandling

Diagnostisering av EUP i Norge utløser i dag ofte mulighet for behandling med dialektisk atferdsterapi (DBT), men pasienter kan også ha god effekt av mindre diagnosespesifikk behandling (Bremer & Eikenæs, 2019). DBT inkluderer ferdighetstrening innen mental tilstedeværelse, følelsesregulering, relasjonskompetanse og ervervelse av adaptive kriseferdigheter (Linehan, 2015). Utviklingstraumatisering og nevrobiologiske endringer vil kunne innebære utfordringer med å lære sentrale elementer tilknyttet sosial og emosjonell kompetanse. Ferdighetstrening gjennom gruppeterapi og individualterapi, vil

kunne styrke slike evner både for de som er mildt og alvorlig belastet med EUP-symptomer. Pasienter med utviklingstraumatisering, i kombinasjon med EUP, vil kunne nyttegjøre seg en slik behandlingstilnærming på flere livsdomener, men ved alvorlige traumereaksjoner bør også traumebehandling vurderes. Eksempelvis gjennom traumefokusert kognitiv atferdsterapi eller “eye movement desensitization and reprocessing” (EMDR). Om mulig etter at selvreguleringsferdigheter for emosjonell toleranse er ervervet.

Integrering av selvet i psykoterapi. De siste årene har forståelsen av psykiske lidelser som selvforstyrrelse satt sitt preg på utviklingen av nye terapiretninger. “Transference-focused” psykoterapi, “the conversational model”, kognitiv analytisk terapi og “mindful interbeing mirror therapy” har alle et større fokus på integrering av selvet, selv om de skiller seg noe i forståelsesramme (Solberger et al., 2015; Meares, 2004; Ryle & Golyunkina, 2000; Kerr, Finalayson-Short, McCutcheon, Beard & Chanen, 2015; Carmelita & Cirio, 2019).

“Mindful interbeing mirror therapy” (Carmelita & Cirio, 2019) er en ny tilnærming til behandling av traumer og personlighetsforstyrrelser. Terapien rettes i større grad mot en integrering av selvet. Sammen med pasienten foregår samtalen foran speil og pasientens reaksjoner på eget speilbilde integreres. Carmelita og Cirio (2019) beskriver at deres erfaring er at metoden gir en raskere tilgang til et dypere følelsesmessig nivå i arbeid med sentrale aspekter ved selvet. Behandlingstilnærmingen er enda ikke tilstrekkelig forskningsmessig utprøvd og erfaringene er enn så lenge deskriptive.

Mennesker som har vokst opp med utrygg omsorg har som tidligere nevnt ofte vansker innen selvregulering og i relasjon til andre. Ved at omsorgspersoner speiler barnets atferd og responderer på barnets behov lærer barnet å kjenne seg selv, men også å tolke andre mennesker. Porges’ (1995, 2005) polyvagale teori forklarer hvordan dannelse av relasjoner mellom mennesker avhenger av å aktivere det nevrologiske systemet for sosial interaksjon, samtidig som en stenger ned systemet for forsvar. Dette krever at man vurderer omgivelsene som trygge nok til å stenge ned forsvarssystemet. Mennesker som har gjennomgått utviklingstraumer har ofte vansker med dette. Vårt nevrobiologiske sosiale interaksjonssystem er ansvarlig for aktivering av ansiktsmuskulaturen og gjør oss i stand til å vise våre emosjoner, og reagere på emosjonelle stimuli. Speilnevroner hjelper oss å reagere på andres emosjonelle signaler, men også å sende signaler til andre om vår emosjonelle tilstand (Siegel, 2012). Denne kunnskapen ligger til grunn for og brukes aktivt i “mindful interbeing mirror therapy” for større integrering av selvet.

Ifølge Carmelita og Cirio (2019) vil pasienter som ser sin egen refleksjon i speilet, ofte beskrive å se den samme reaksjonen deres omsorgspersoner viste dem som barn. Der det å se seg selv og ens egen refleksjon bringer ubehag og fremmedgjøring, skaper dette også vansker i relasjon til andre. Særlig for hvordan man skal tolke andres emosjonelle uttrykk. Stadig integrering av nye erfaringer og modifisering av vårt narrativ er nødvendig for å skape en helhetlig identitet. Denne kontinuerlige integreringen hjelper oss i vår videre utvikling, og bidrar til å differensiere mellom oss og andre (Carmelita & Cirio). I terapi med fokus på selvet er en helhetlig integrering av ens narrativ sentralt.

For å adressere de fremtredende utfordringene innen identitet ved EUP viste forskningen til Solberger et al. (2015) at kombinasjonen av “transference-focused” psykoterapi (TFP) og DBT hadde god effekt i behandling av EUP. Gjennom TFP arbeides det i større grad også med ikke-integrerte deler av selvet, splitting og indre emosjonelle tilstander. Pasientene som mottok kombinasjonen av TFP og DBT viste en forbedring i den strukturelle organiseringen av personlighet og identitetsdiffusjon. “The conversational model” anser psykoterapiens hovedfokus for å være styrkning opp under den dualistiske formen for bevissthet som William James betegnet som selvet (Mearns, 2004). Med denne forståelsesrammen beskrives EUP som en fragmentering av selvet på bakgrunn av dissosiasjon, utviklingstraumatisering og neglisjering. Gjennom psykoterapi blir viktigheten av empati og integrering av selvet i fokus. Forskning på dette har så langt vist gode resultater i behandling av EUP (Kerr et al., 2015; Korner, Gerull, Mearns & Stevenson, 2006; Mearns, 2004). Kognitiv analytisk terapi ser i likhet med “the conversational model” på EUP som dissociativ lidelse, med forstyrrelse av selvet og selvets funksjon. Videre baseres fokuset i psykoterapi på identifisering av selvtilstander og vekslingen mellom disse (Ryle & Golyukina, 2000; Kerr et al., 2015).

Eksisterende terapiformer som nevnt over, i tillegg til blant annet skjematapi (Young et al., 2003) og mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2007), tar for seg enkelte deler av selvet i behandling. Likevel ser en i dag ingen retninger som fokuserer på hele selvet og integrerer behandling rettet mot alle selvets elementer som subjektivitet, personlighet, temperament, mentalisering, tilknytning og identitet. Steele, Boon og van der Hart (2016) legger stor vekt på integrering av selvet i arbeid med komplekse traumer og dissosiasjon. Et slikt fokus er derimot ikke en selvfølge i arbeid med EUP. Siegel (2012) argumenterer for at integrering av selvet er én av kjernemekanismene for god psykisk og somatisk helse. Optimal

fungering oppnås når individet er fleksibelt, adaptivt, sammenhengende, energifyllt og stabilt. Ved psykiske vansker tenderer dette systemet til å enten preges av kaos eller rigiditet. I etterkant av alvorlig omsorgssvikt og tidlige traumer ser man færre og svakere nevralt forbindelser mellom områder i hjernen, som er av betydning for et integrert selv. Gjennom terapi bør målet være å styrke integreringen av selvet, og selvet må ses på som en helhet fremfor adskilte deler (Siegel, 2012).

Dersom man tenker at et integrert selv er en sentral faktor for god psykisk helse, er det også nærliggende å tenke at en mer transdiagnostisk terapi er å anbefale fremfor diagnosespesifikk. Studiet av Caspi et al. (2014) fremmer synet om en generell psykopatologisk faktor (P-faktor) som korrelerer med utvikling av hvilken som helst psykisk lidelse. Studiet fant at høyere P-faktor korrelerte med høyere grad av risikofaktorer i utviklingshistorien, og svekket utvikling av hjernen. Forskning har vist at omsorgssvikt og traumer er den viktigste årsaken til en forhøyet P-faktor. Dette gjør at man ser en høy korrelasjon mellom p-faktoren og utvikling av personlighetsforstyrrelse (Caspi et al., 2014; Sharp et al., 2015). Basert på denne forskningen argumenterer Fonagy (2019) for at en forhøyet P-faktor i stor grad kan knyttes til mangel på et integrert selv. Fonagy (2019) mener at P-faktoren kan forstås som et fravær av forventet resiliens. Faktorer som fremmer resiliens er blant annet evnen til å danne og opprettholde relasjoner og selvreguleringsferdigheter, noe man ofte ser at mennesker med EUP eller kompleks PTSD har vansker med. Siegel (2012, 2019) fremmer synet om at et integrert selv er nødvendig for selvregulering, og mener at dette best sikres gjennom trygg tilknytning til omsorgsgiver.

OPPSUMMERING

Litteraturgjennomgangen viser til at EUP kan forstås som en forstyrrelse av selvet. Oppsummert viser eksisterende litteratur at lidelsen gjenspeiles av vansker med manglende evne til selvopplevelse, selvobservasjon, selvreguleringsferdigheter, identitetsutfordringer, et ufullstendig selv-narrativ og sensitivisert tilknytningssystem, samt svekket mentaliseringsevne. Emosjonell ustabilitet og svingninger i stemningsleiet kan betraktes som hyppige vekslinger mellom skjemaer, modus eller selvtilstander (Lenzenweger & Clarkin, 1996; Young et al., 2003). Forstyrrelsen av selvet kan forstås som manglende integrering mellom selvets deler, også på et nevralt nivå i hjernen (Siegel, 2012).

Majoriteten av gruppen med EUP rapporterer tidlige traumer eller alvorlig omsorgssvikt i barndom (Battle et al., 2004; Crowell et al., 2009; Goodman & Yehuda, 2002;

Herman et al., 1989). Denne litteraturgjennomgangen har vektlagt utviklingstraumer som en viktig faktor for forstyrrelse av selvets utvikling og EUP. De første leveårene er en særlig sårbar alder hvor barnet går gjennom ulike faser i selvutviklingen (Erikson, 1968; Fonagy et al. 2004; Stern, 1991; von Tetzchner, 2012). Barnet har her behov for tilstrekkelig utviklingsstøtte fra trygge tilknytningspersoner. Utviklingstraumer og et utilstrekkelig oppvekstmiljø i sårbare perioder hemmer selvets utvikling.

Kompleksiteten ved EUP må likevel ikke overses, og flere faktorer enn traumer alene er av betydning for en forstyrret selvutvikling. Medfødt sårbarhet for utvikling av EUP, slik som temperament og oppbygging av nevrale strukturer, må også tas i betraktning. Med en biopsykososial forståelsesramme, forankret i utviklingsteori og nevropsykologi, vil temperament betraktes som et biokjemisk forankret ledd i personlighetsutviklingen (Karterud, 2017). En vil derav gjennom en transaksjonell forståelse tenke at temperamentet får betydning for hvordan individet reagerer i ulike situasjoner, og hvilke reaksjoner som vekkes hos andre. Det er mulig å tenke om utviklingen av EUP som en forstyrrelse i selvutviklingen på bakgrunn av tidlige traumer, i kombinasjon med medfødte sårbarhetsfaktorer.

Predisponering for dysregulering av emosjoner, interpersonlig hypersensitivitet og nevrokognitive forstyrrelser spiller inn som medfødte sårbarhetsfaktorer. Dette, sammen med forhold som omsorgssvikt, foreldres og barnets temperament, personlighetstrekk og tilknytningsstil får betydning for dannelsen av selvet (Korzekwa et al., 2009). En kan tenke seg at utviklingstraumer i større grad hemmer integreringen av selvet, men er ikke alene årsak til en forstyrrelse av selvet. Dette sammenfaller med at man i nye utkast til diagnosemanualene ICD og DSM har begynt å drøfte personlighetsforstyrrelse ut ifra et spekter fremfor definerte kategorier. Personlighetsforstyrrelsene i dag viser et stort overlapp, men pasienter med EUP rapporterer i større grad desorganisert tilknytning og utviklingstraumer, sammenlignet med andre personlighetsforstyrrelser (Karterud et al., 2017; Kvello, 2016).

Litteraturgjennomgangen viser også at tilknytning er et sentralt element i utvikling av et helhetlig selv. Tilknytning bidrar til personlighet- og identitetsutvikling, samtidig som at tilknytningssystemet påvirker personlighet og identitet som strukturer i selvet. Utrygt tilknytningsmønster i sårbare perioder for utvikling, har lenge vært anerkjent for å ha stor betydning i utviklingen av EUP (Fonagy et al., 2004). Omsorgssvikt og traumeerfaringer i nære relasjoner er ofte utgangspunktet for et desorganisert tilknytningsmønster (Kvello,

2016). Det å vurdere EUP utelukkende som en tilknytningsforstyrrelse kan likevel medføre at viktige aspekt ved utvikling og forståelse av lidelsen ikke tas i betraktning.

Årsaksforklaringen er kompleks og lidelsens eksakte etiologi er fremdeles uklar. Til tross for dette kan en se flere fellestrekk i utvikling av lidelsen basert på medfødt sårbarhet, medierende- og utløsende faktorer.

Konklusjon

Slik selvet er beskrevet i denne teksten vil det være rimelig å vurdere EUP som en forstyrrelse av selvet, og at utviklingstraumer kan spille en viktig rolle. Dette, fremfor eksempelvis en forståelse av lidelsen som kun en forstyrrelse av tilknytning, stemningsleiet eller personligheten alene. Betraktelse av EUP som en forstyrrelse av selvet gir en helhetlig forståelse av lidelsen i et biopsykososialt perspektiv.

VIDERE FORSKNING OG AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Videre forskning

I løpet av de siste årene har det blitt et større fokus på hvilken rolle forstyrrelse eller manglende integrering av selvet har for å predikere psykiske plager (Caspi et al., 2014; Siegel, 2012). Innenfor komplekse traumelidelser, psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser ser man kanskje denne sammenhengen i spesielt stor grad, men det kan argumenteres for at dette også er gjeldende for flerparten av psykiske lidelser (Caspi et al., 2014; Lauveng, 2015; Minde et al., 2014; Mølnvik, 2018; Siegel, 2012, 2019; Stopa, 2009). Dette er også av betydning for hva man tenker når det gjelder behandling. Hvis en trekker linjer tilbake til selvets struktur og grader av bevissthet er det mulig å tenke om forstyrrelse av selvet på ulike nivåer. Her vil lettere psykiske lidelser kunne forstås som forstyrrelse i de øvre nivåene av selvet, mens personlighetsforstyrrelser og spesielt psykoselidelser rammer de dypere nivåene av selvet og av bevisstheten. Som en teoretisk forståelsesmodell kan dette være nyttig, men når blir selvet som begrep for omfattende til at det ikke lenger er av klinisk nytteverdi for å forstå psykiske lidelser og tilpasse behandlingen?

Operasjonalisering av selvet er en utfordring, spesielt med bakgrunn i ulike teoritradisjoner og forståelsesrammer. Til tross for at deler av selvet over tid har vært ansett som en del av kjerneproblematikken ved EUP, er forskere som Kerr et al. (2015) kritiske til at selvets struktur i få publikasjoner er tilstrekkelig definert og beskrevet. Mange gjennomfører til tross for dette studier som undersøker aspekter ved selvet. En mer utviklet og enhetlig forståelsesmodell av selvet, også på tvers av ulike teoritradisjoner, vil kunne bidra i

forståelsen av kompleksiteten ved EUP og andre psykiske lidelser. Enhetlig forståelse av selvet vil også være nyttig i forskningsøyemed, både i økt forståelse av lidelser og effektive behandlingsmetoder.

EUP som en forstyrrelse i struktur og funksjon av selvet vil kunne gi en mer dimensjonal og transdiagnostisk forståelse av lidelsen. En slik forståelsesramme vil være mer dekkende for lidelsens heterogenitet og komorbiditet til andre lidelser. Kerr et al. (2015) oppfordrer til større utvikling og evaluering av allerede eksisterende kartleggingsverktøy for å avdekke forstyrrelser i selvets struktur. Alle elementer ved selvet bør ifølge Kerr et al. (2015) tematiseres i terapi. Videre forskning på behandling av EUP med et større fokus på selvet og opplevelse av kontinuitet i egen identitet vil bidra til å forstå disse problemstillingene bedre.

Selvet er dynamisk og selvets ulike elementer vil kunne utforskes, og om mulig aksepteres via psykoterapi, eksempelvis gjennom økt innsikt i egen selvforståelse. Lov om pasient og brukerrettigheter § 2-1b viser at pasienter har lovfestet rett på behandling med evidensbasert tilnærming i norsk psykisk helsevern (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, § 2-1). Som påpekt av Karterud (2018) finnes det noen evidensbaserte behandlingstilnærminger for EUP (Bateman & Fonagy, 2007; Kåver & Nilsonne, 2013; Linehan et al., 2006) med tilstrekkelig integrert material tilpasset norsk kultur og pasientgruppe. Riktignok tilbyr ikke alle helseforetak slik behandling, selv om EUP regnes som en alvorlig psykiatrisk diagnose. Behandling slik som DBT, mentaliseringsbasert- og skjematerapi er ressurskrevende, men godkjente og evidensbasert diagnosespesifikk behandling som gir symptomlette ved EUP. Mulig omhandler dette at aspekt ved terapiformene fanger opp elementer som er av betydning for integrering av selvet. Effektstudier på internasjonalt nivå gir god kunnskap om potensielle nye metoder, men denne kunnskap kan ikke umiddelbart generaliseres til den norske populasjon. Dokumentasjon av at disse behandlingstilnærmingene er like virkningsfulle i Norge som i utlandet må til for at det skal kunne tilbys som norsk evidensbasert behandling. Det vil ta tid før transdiagnostiske terapiformer kan praktiseres av norske terapeuter, og tilbys som evidensbasert behandling i psykisk helsevern (Karterud, 2018).

Avsluttende refleksjoner

Utviklingsprosesser innenfor både normalpsykologi og psykopatologi er komplekse fenomener og det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål, også når det gjelder kunnskap om selvet og selvets utvikling. Noen konsistente funn fra forskningen eksisterer imidlertid.

Karterud et al. (2017) beskriver at et av de mest robuste funn fra forskning ved personlighetspatologi er sammenhengen til mishandling i oppveksten. Fysisk og psykisk mishandling, især incest eller øvrig seksualisert vold, vil være svært vanskelig å håndtere for et barn. Et annet funn er at multiple traumer gjennom livsløpet øker risiko og sannsynlighet for utvikling av psykopatologi (Felitti et al., 2007). Reaksjoner på traumer og skadelig barneomsorg vil imidlertid kunne komme til uttrykk på forskjellige måter ut ifra hvilke funksjonsområder som berøres, omsorgssviktens eller traumenes alvorlighetsgrad og hvilken varighet dette har hatt. Utvikling av psykopatologi i etterkant vil også være påvirket av barnets resiliens- eller sårbarhetsfaktorer.

Paradoksalt er det at at ulike typer psykiske lidelser kan utvikles fra samme type belastning, gjennom eksempelvis utviklingstraumatisering. Dette betyr at det noen ganger kan være marginale forskjeller i utviklingen mellom eksempelvis psykoselidelse, EUP, antisosial personlighetsforstyrrelse eller reaktiv tilknytningsforstyrrelse (Kvello, 2016). Likheten i utvikling av EUP og kompleks PTSD er kanskje den mest tydelige. Kategoriene kan i teorien ha samme psykososiale samspills- og barndomserfaringer, hvor forskjellen i noen tilfeller mulig kan skyldes biogenetiske eller biokjemiske forankringer (Goodman, New & Siever, 2004).

Differensialdiagnostiske vurderinger skal være basert på en helhetlig vurdering av problematikk og symptomatologi, samt øvrig psykososial informasjon som påvirker funksjonsnivået. I teorien skal et biopsykososialt perspektiv omfavne alle sider ved mennesket og resultere i en god klinisk vurdering av aktuell problematikk. Dette er riktignok ikke alltid like lett i den kliniske hverdag og kan være utfordrende av flere årsaker.

Terapeutens erfaring innen eksempelvis traumepsykologi, personlighetspsykologi eller sammensatte vansker som ROP-lidelser, vil kunne gi ulikt utgangspunkt for vurdering av samme problemstilling. Igjen er differensiering mellom EUP og kompleks PTSD et godt eksempel. Det er mulig å tenke seg at en behandler med traumepsykologisk bakgrunn vil vurdere symptomer i etterkant av utviklingstraumer og omsorgssvikt til diagnosekategorien kompleks PTSD, mens en behandler med bakgrunn i personlighetspsykologi vil vurdere samme symptomer som EUP. En slik diskrepans og individuell preferanse tilknyttet diagnostiske konstrukt i vurderinger er uheldig, og især for mennesker med alvorlig, vedvarende psykisk lidelse. Slik vi ser det er dette en problemstilling for alle profesjoner innen psykisk helsevern. Særegent for psykiatere og psykologer er at vi har ansvar for å

vurdere helheten med et biopsykososialt blikk og kvalitetssikre at mennesker som søker hjelp får riktig diagnose og tilbud om evidensbasert behandling. Sett i sammenheng med et transdiagnostisk perspektiv og en generell P-faktor i psykiske lidelser, vil EUP med komorbid kompleks PTSD kunne være et sykdomsbilde hvor en transdiagnostisk behandlingstilnærming mulig bør vurderes.

Vurderingene er særlig vanskelige når det handler om gradforskjeller. Graden av maladaptive trekk eller utviklingstraumatisering, kombinert med en symptombelastning som er i grenseområdet, utgjør ofte de vanskeligste vurderinger. Riktig klinisk vurdering av patologi som er i grenseområdet er like viktige som vurdering av de mer typiske symptombildene. Dette er av betydning for å gi tilstrekkelig og riktig helsehjelp.

Bemerkelsesverdig er det at det i dag ikke finnes nasjonale retningslinjer for oppfølging og behandling av personlighetsforstyrrelse (Helsebiblioteket, u.å.). Selv om målrettet psykoterapi vil kunne gi behandlingseffekt på reduksjon av symptommål som selvskading og selvmordstrusler, vil personer diagnostisert med EUP kunne ha behov for helsetjenester på tvers av tjenestenivåer (Ekeberg et al., 2019). Utarbeiding av retningslinjer fra Helsedirektoratet for forståelse av behov og hvordan helsetjenester skal koordineres for å sikre riktig helsehjelp vil fungere retningsgivende for behandlere og distriktpspsykiatriske sentre.

Ryum (2016) spør seg om hva som er forstyrret i "personlighetsforstyrrelse". Fra konseptualiseringene i diagnosemanualene forstås lidelsene ut i fra et sett av egosyntone symptomer (WHO, 2016). En moralsk innvending mot klassifikasjonene er at disse viser til at mennesket ikke lengre *har* en plage, men *er* en plage (Ryum, 2016, s. 240), og kanskje også forårsaket av en årrekke i behandling og uten behandlingseffekt.

Operasjonaliseringen i ICD-10 viser til at personlighetsforstyrrelser reflekteres av ytterpunktene i befolkningens normalvariasjon. Den naturlig variasjon bør ivaretas og vektlegges, da det ikke viser til sykdom i tradisjonell, medisinsk forstand. Som kliniker bør en overveie hvordan man presenterer denne variasjonen, kanskje særlig slik at pasienter ikke får et inntrykk av at personlighetsforstyrrelse er noe mystisk og fundamentalt forskjellig fra normal personlighet (Torgersen, 2008). Å benytte personlighetslidelse fremfor forstyrrelse reduserer stigma og skam, samtidig som det fremhever dynamikken i psykisk helse, tilfriskningsperspektivet og at evidensbaserte behandlingstilnærminger har effekt. Det er

mulig med symptomlette og tilfriskning. Blant oss klinikere handler dette kanskje om årvåkenhet og bevisste holdninger.

Begrensninger

Personlighetsforstyrrelser, traumer av ulik karakter og selvet er temaer det gjennom lang tid har vært forsket mye på og det eksisterer utallig publikasjoner. Gjennom vår litteraturgjennomgang har kun et utvalg av denne forskningen og psykologifaglige teorier blitt belyst. Selvet, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og utviklingstraumatisering er alene og isolert svært ulike og sammensatte psykologiske fenomener, og kompleksiteten øker ved forsøk på sammenfatning av disse. Likevel er interaksjonen mellom disse fenomener viktig, til tross for kompleksiteten. Kompleksiteten er også gjeldende i forskningen, hvor ulike sider ved hvert fenomen er vanskelig å dekke med nøyaktig og favnende operasjonalisering. Av særlig betydning er også at utvidet forståelse medfører etiske betraktninger og problemstillinger, som nøye må overveies. Studier av skadelig barneomsorg er eksempelvis forskning som vil utløse slike etiske overveielser.

Som illustrert ved sitatet av Chalmers (2007) innledningsvis er det også et faktum at fenomener slik som psykisk bevissthet er utfordrende for vitenskapen, også i psykologi. Mer forskning og kunnskap er nødvendig for å forstå komplekse fenomener ved mennesket.

REFERANSER

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G. & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759–774. doi: 10.1016/s0145-2134(98)00062-3.
- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). Strukturert Klinisk Intervju for personlighetsforstyrrelse, akse II lidelser i DSM. Hentet fra http://psykia.no/scid_ii.pdf.
- Anstorp, T. (2006). Arbeid med delene. I T. Anstorp, K. Benum. & M. Jakobsen (Red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 179- 200). Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014) *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Arntz, A. & Veen, G. (2001). Evaluations of others by borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (8), 513-521. doi: 10.1097/00005053-200108000-00004.
- Athanasiadou-Lewis, C. (2016). My subdued ego: A psychodynamic case study of borderline personality disorder following relational trauma. *Psychodynamic practice* 22 (3), 223-235. doi:10.1080/14753634.2016.1198274.
- Barnow, S., Stopsack, M., Gabe, H. J., Spitzer, C., Kronmuller, K. & Sieswerda, S. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 359- 36. doi: 10.1016/j.brat.2009.02.003.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175. doi: 10.1023/B%3AJADD.0000022607.19833.00.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg forlag.

- Battle, C.L., Shea, M.T., Johnson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C.,...Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders, 18*(2), 193 – 211. doi: 10.1521/pedi.18.2.193.32777.
- Bauer, M., Beaulieu, S., Dunner, D. L., Lafer, B. & Kupka, R. (2008). Rapid cycling bipolar disorder- diagnostic concepts. *Bipolar Disorders, 10*, 153-162. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00560.x.
- Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradisio, M. A. (2016). *Neuroscience. Exploring the Brain. Fourth Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Benum, A. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Benum. & M. Jakobsen (Red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 22- 42). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berglund, A., Frøysaa, C. & Siqveland, J. (2005). Behandling ved kronisk suicidalitet. Retningslinjer og realiteter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 52*, 872-877.
- Bergman, A. F. & Karoliussen, L. B. (2018). *Differensiering mellom kompleks posttraumatisk stresslidelse og Borderline personlighetsforstyrrelse: en systematisk litteraturgjennomgang* (Semesteroppgave). Norges Arktiske Universitet, Tromsø.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Boon, S., Steele, K. & Van Der Hart, O. (2014). *Traumerelatert dissosiasjon - Ferdighetstrening for pasienter og terapeuter*. Vikersund: Modum Bad.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664–678. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x.
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseprasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bremer, K. & Eikenæs, I. (2019, november). *SCID-5 PF Diagnostikk av pasienter med personlighetsforstyrrelser. Borderline eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*. Innlegg presentert ved Nasjonalt kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri, Harstad.

- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma & dissociation*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carlson, E. A., Yates, T. M. & Sroufe, L. A. (2009). Dissociation and Development of the Self. I P. F. Dell, J. O. O'Neil & E. Somer (Red.), *Dissociation and Dissociative Disorders* (s. 39-48). New York: Routledge.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531. doi: 10.1037/0012-1649.25.4.525.
- Carmelito, A. & Cirio, M. (2019, juni). *Mindful Interbeing Mirror Therapy: Beyond the recovery of Trauma*. Innlegg presentert ved ISC International Congress Attachment and Trauma, London.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S.,...Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137. doi: 10.1177/2167702613497473.
- Chalmers, D. (2007). The hard problem of consciousness. *The Blackwell companion to consciousness*, 225-235.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi:10.3402/ejpt.v5.25097.
- Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. I P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Red.), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture and context* (343-357). New York: Cambridge University Press.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. doi: 10.1037/a0015616.
- Dahl, A. A. (2018). Personlighetsforstyrrelser. I T. F. Aarre & A. A. Dahl (Red.), *Praktisk psykiatri*. 2. utgave (s. 285-305). Bergen: Fagbokforlaget.

- Dell, P. F. & O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders; DSM-V and Beyond*. New York: Taylor and Francis Group.
- Ebisch, S. H., Mantini, D., Northoff, G., Salone, A., De Berardis, D., Ferri, F.,...Gallese, V. (2014). Altered Brain Long-Range Functional Interactions Underlying the Link Between Aberrant Self-experience and Self-other Relationship in First-Episode Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (5), 1072–1082. doi:10.1093/schbul/sbt153.
- Eide-Midsand, N. (2011). En traumatisert femårings terapiprosess sett i lys av nyere hjerneforskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48 (2), 144-149.
- Eidhammer, E. S., Jahr, L. H., Blix, I. & Jensen, T. (2019). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom med PTSD og kompleks PTSD. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.
- Eisen, M. L., Goodman, G. D., Qin, J., Davis, S. & Crayton, J. (2007). Maltreated childrens memory: Accuracy, suggestibility and psychopathology. *Developmental Psychology*, 43, 1275-1294. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1275.
- Ekeberg, Ø., Kvarstein, E. H., Urnes, Ø., Eikenes, I.U-M. & Hem, E. (2019a). Suicidale pasienter med personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for den Norske legeforening*.
- Ekeberg, Ø., Kvarstein, E. H., Urnes, Ø., Eikenes, I. U-M. & Hem, E. (2019b). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.19.0492.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company Ltd.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards V., ...Marks, J. S. (2007). REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. doi:10.1016/j.amepre.2019.04.001.
- Fertuck, E. A., Grinband, J. & Stanley, B. (2013). Facial trust appraisal negatively biased in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 207(3), 195-202. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.004.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31, 7-26.
- Fonagy, P., Leing, T., Steele, M., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to

- psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31. doi: 10.1037//0022-006x.64.1.22.
- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other press.
- Fonagy, P. (2019, juni). *Epistemic trust and attachment: A fresh look at therapeutic processes in personality disorder*. Innlegg ved ISC International Congress Attachment and Trauma, London.
- Franklin, J. C., Puzia, M. E., Lee, K. M., & Printstein, M. J. (2014). Low Implicit and Explicit Aversion toward Self-Cutting Stimuli. Longitudinally Predict Non-suicidal Self-Injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 463-469. doi: 10.1037/a0036436.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. *Standard Edition, Vol. 19*, 3- 68.
- Fuchs, T. (2007). Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 40, 379-387. doi: 10.1159/000106468.
- Gabbard, G. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B. & Magnum, G. R. (2014). *Cognitive Neuroscience. The Biology of the Mind*. New York: W.W Norton & Company, Inc.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77(6), 1181-1212.
- Gibson, E. J., & Walk, R. D. (1960). The "visual cliff." *Scientific American*, 202, 67-71.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D. M., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7.
- Goldberg, S. (2000). *Attachment and development*. New York: Oxford University Press Inc.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J.,...Siever, L. J. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024. doi: 10.1176/appi.ajp.160.11.2018.
- Goodman, M. & Yehuda, R. (2002). The Relationship Between Psychological Trauma and Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Annals*, 32(6), 337-345. doi:10.3928/0048-5713-20020601-08.

- Goodman, M., New, A. & Siever, L. (2004). Trauma, Genes, and the Neurobiology of Personality Disorders. *Annals of The New York Academy of Science*, 1032, 104-116. doi: 10.1196/annals.1314.008.
- Gulliksen, K. (2018). Mens vi venter på ICD-11. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 55(4), 258-260.
- Hagan, M. J., Gentry, G., Ippen, C. G & Lieberman, A. F. (2018). PTSD with and without dissociation in young children exposed to interpersonal trauma. *Journal of Affective Disorders*, 227, 536–541. doi:10.1016/j.jad.2017.11.070.
- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A. & van Wert, M.J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 528-540. doi: 10.1007/s10964-009-9490-0.
- Hart, S. & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. *Matrix: Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*, 26(3), 292–315.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Shore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heine, S. J. & Buchtel, E. E. (2009). Personality: the universal and culturally specific. *Annual Review of Psychology*, 60, 369–394. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163655.
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E. & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52, 671-690. doi: 10.1002/dev.20494.
- Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bipolare-lidingar/utgreiing-og-diagnostikk/kjenneteikn+bipolare+lidingar>.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490–495. doi:10.1176/ajp.146.4.490.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305.
- Herpertz, S. C. & Bertsch, S. (2015). A new perspective on the pathophysiology of Borderline personality disorder: A model of the role of oxytocin. *The American Journal of Psychiatry*, 172, 840-851. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15020216.

- Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127. doi: 10.1177/00030651000480041101.
- Ilnér, S. O. (2012). *Akuttpsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jakobsen, M. (2006). Kroppen husker. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 43-60). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, J. O., Løberg, E-M. & Nesvåg, R. (2017) Schizofreni- klinisk bilde og utredning. I B. R. Ruud (Red.), *Schizofreni* (s. 29-47). Stavanger: Hertervig Forlag, Akademisk.
- Jørgensen, C. R., Berntsen, D., Bech, M., Kjølbye, M., Bennedsen, B. E. & Ramsgaard, S. B. (2012). Identity-related autobiographical memories and cultural life scripts in patients with Borderline Personality Disorder. *Consciousness and Cognition*, 21, 788-798. doi: 10.1016/j.concog.2012.01.010.
- Jørgensen, C. R. (2006). *Personlighetsforstyrrelser- Moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelser*. København: Akademiske forlag.
- Kantor, M. (2004). *Understanding paranoia. A guide for professionals, families, and sufferers*. Westport, CT: Praeger.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. (2018). Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 5. doi:10.4045/tidsskr.18.0100
- Kayed, N.S. & Van der Meer, A.L.H. (2009). A longitudinal study of prospective control in catching by full-term and preterm infants. *Experimental Brain Research* 194, 245–258. doi:10.1007/s00221-008-1692-2
- Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Petti, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment: a cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Developmental Psychopathology*, 13(4), 891-912. doi: 10.1017/S0954579401004084.

- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O. & Pedersen, N. L. (2006). Personality and major depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1113–1120. doi: 10.1001/archpsyc.63.10.1113.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S. & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Kerr, I. B., Finalayson-Short, L., McCutcheon, L. K., Beard, H. & Chanen, A. M. (2015). The 'Self' and Borderline Personality Disorder: Conceptual and Clinical Considerations. *Psychopathology*, 48, 339-348. doi: 10.1159/000438827.
- Kiel, F. (2014). *Developmental Psychology. The Growth of Mind and Behavior*. New York: W.W Norton & Company.
- Kierkegaard, S. (1859). *Synspunkter for min Forfatter-Virksomhed: en ligefrem Meddelelse. Rapport til historien*. Kjøbenhavn: Reitzel.
- Kiser, L. J., Stover, C. S., Navalta, C. P., Dorado, J., Vogel, J. M., Abdul-Adil, J.K.,...Briggs, E. C. (2014). Effects of the child-perpetrator relationship on mental health outcomes of child abuse: Its (not) all relative. *Child abuse & Neglect*, 38, 1083-1093. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.017
- Klette, T. (2008). Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 128, 1538-1540.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R. & Stevenson, J. (2006). Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 406-411. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.01.003.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F. & Pain, C. (2009). Dissociation and Borderline Personality Disorder: An update for Clinicians. *Current Psychiatry Reports*, 11, 82-88. doi:10.1007/s11920-009-0013-1.
- Kulkarni, J. (2017). Complex PTSD- a better description for borderline personality disorder? *Australasian Psychiatry*, 25(4), 333-335. doi: 10.1177/1039856217700284.
- Kvello, Ø. (2016). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2013). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk..
- Lauveng, A. (2015). Når livet går i stykker, er det livet som må repareres, I F. Oterholt & G. B. Hagen (Red), *Mening og mestring ved psykoselidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5.
- Lewis, K. L. & Grenyer, B. F. S. (2009) Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(5), 322-328. doi: 10.3109/10673220903271848.
- Lenzenweger, M. F. & Clarkin, J. F. (1996). *Major Theories of Personality Disorder* (2.utg.). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A.M., Brown, M. Z., Gallop, R.J., Heard, H. L., ...Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-66. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT ferdighetstrening. Faktaark og arbeidsark* (A.J. Tørmoen, K. Espenes, G. Kvalstad & L.E. Jensen, Overs). Oslo: Universitetet i Oslo/Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging.
- Liotti, G. (2006). A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (4), 55-73. doi: 10.1300/J229v07n04_04.
- Linnerud, T. S. (2019). Modusmodellen. *Tidsskrift for kognitiv terapi*.
- Linville, P. W.(1985). Self-Complexity and Affective Extremity: Don't Put All of Your Eggs in One Cognitive Basket. *Social Cognition; New York*, 3, 94-120. doi:10.1521/soco.1985.3.1.94.
- Linville, P. W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 663–676. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.663>.

- Lohmann, H. & Tomastello, M. (2003). The role of language in the development of false belief understanding: A training study. *Child Development, 74*, 1130-1144. doi: 10.1111/1467-8624.00597
- Luke, M. & Stopa, L. (2009). Psychological theories of the self and their application to clinical disorders. I L. Stopa (Red.), *Imagery and the Threatened Self. Perspective on mental imagery and the self in cognitive therapy* (15-64). East Sussex: Routledge
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the adult attachment interview are associated with atypical maternal behavior and infant disorganization. *Development and Psychopathology, 17*, 1-23. doi:10.1017/S0954579405050017.
- Marcia, J. E. (2006). Ego Identity and Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders 20* (6), 577-596. doi: 10.1521/pedi.2006.20.6.577.
- Markus, H. (1977). Self-Schemata and Processing Information About the Self. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*(2), 63–78. doi:10.1037/0022-3514.35.2.63.
- McLean, L. M. & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry, 160* (2), 369-371.
- Meares, R. (2004). The Conversational Model: An Outline. *American Journal of Psychotherapy, 58* (1), 51-66.
- Meares, R. Gerull, F. Stevenson, J. & Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *Australian og New Zealand Journal of Psychiatry 45*, 214-222. doi: 10.3109/00048674.2010.551280.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E. & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child development, 73*, 1715-1726. doi: 10.1111/1467-8624.00501
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. A., Petukhova, M. & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry, 64* (5), 543-552. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.543.
- Minde, Å., Vigdal, O. & Halvorsen, T. V. (2014). Kunstpsykoterapi og spiseforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk Legeforening, 134*, 2066-2067. doi: 10.4045/tidsskr.14.1272.

- Modum Bad. (u.å.). Fakta om traume. Hentet 26.01.2020 fra <https://www.modum-bad.no/behandling/traume/fakta/>.
- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I S. Karterud og J. T. Monsen (Red.), *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut* (s. 90-136). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Møller, P. (2018). *Schizofreni- en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mølnvik, M. (2018). Lovforståelse ved alvorlige spiseforstyrrelser. Akuttpsykiatrikonferansen. Hentet fra <http://www.akuttpsykiatri.no/wp-content/uploads/2018/02/1100-C1-Mølnvik-Mølnvik-c1.pdf>
- Nelson, B., Thompson, A., Chanen, A. M., Amminger, G. P. & Yung, A. R. (2013). Is basic self-disturbance in ultra-high risk for psychosis ('prodromal') patients associated with borderline personality pathology. *Early intervention in Psychiatry* 7, 306-310. doi:10.1111/eip.12011.
- Nelson, B., Parnas, J. & Sass, L. A. (2014). Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: Clarification and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 479-482. doi: 10.1093/schbul/sbu034.
- Nieznański, M. (2003). The self and schizophrenia: A cognitive approach. *Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift für Psychologie / Revue Suisse de Psychologie*, 62(1), 45–51. doi:10.1024//1421-0185.62.1.45
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. 2006. Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 73-88). Oslo: Universitetsforlaget
- Noftle, E. E. & Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of research in Personality*, 40, 179–208. doi: 10.1016/j.jrp.2004.11.003.
- Nordanger, D. C., Braarud, H. C., Albæk, M. & Johansen, V. A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barntraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(11), 1086-1090.

- Nordanger, D. C. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *51*, 531-536.
- Nordanger, D. C. & Braarud, H. C. (2018). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, *9* (4), 855-879. doi: 10.1017/s0954579497001478.
- Ontai, L. L. & Thompson, R. A. (2008). Attachment, parent-child discourse and theory-of-mind development. *Social Development*, *17*, 47-60. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00414.x
- Parnas, J. & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, *44*, 121-134. doi: 10.1053/comp.2003.50017.
- Parnas, J., Raballo, A., Handest, P., Jansson, L., Vollmer-Larsen, A. & Sæbye, D. (2011). Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry*, *10*(3), 200-204. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00057.x.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2020). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1.
- Pechtel, P., Lyons-Ruth, K., Anderson, C. M. & Teicher, M. H. (2014). Sensitive periods of amygdala development: The role of maltreatment in preadolescence. *Neuroimage*, *15*, 236-244. doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.04.025.
- Petersen, T., Bottonari, K., Alpert, J. E., Fava, M. & Nierenberg, A.A. (2001). Use of the five factory inventory in characterizing patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *42*, 488-493. doi: 10.1053/comp.2001.27897.
- Petersen, A. C., Joseph, J. & Feit, M. (2014). *New directions in child abuse and neglect research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Pessoa, F. (1997). *Uroens bok av Bernardo Soares*. Oslo: Solum.

- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32 (4), 301-318. doi: 10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x.
- Porges, S. W. (2005). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74 (2), 116-143. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009.
- Porges, S., & Furman, S. A. (2011). The early developmental of the autonomic nervous system provides a neural platform for social behavior: a polyvagal perspective. *Infant and Child Development*, 20, 106-118. doi: 10.1002/icd.688
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative Disorders in Children and Adolescents. A Developmental Perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 14 (3).
- Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. (u.å.). Traumer og dissosiasjon. Hentet 27.01.2020 fra http://fa-sett.no/filer/traumer_og_dissosiasjon.pdf.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Kühler, T., Jacob, G.A. & Lieb, K. (2007). The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 537–539. doi: 10.1097/NMD.0b013e318064e7fc.
- Ryum, T. (2016). Personlighetsforstyrrelser. I Hagen, R. & Kennair, L. E. O. (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 238-262). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Safran, J. D. & Muray, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford Publications.
- Scherpiet, S., Bruhl, A.B., Opialla, S., Roth, L., Jancke, L. & Herwig, U. (2014). Altered emotion processing circuits during the anticipation of emotional stimuli in women with borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 45–60. doi: 10.1007/s00406-013-0444-x.
- Schmahl, C. & Bremner, J.D. (2006). Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40 (5), 419-427. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.08.011.
- Sharp, C., Wright, A. G., Fowler, J. C., Fureh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J. & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors?. *Journal of Abnormal Psychology*, 124 (2), 387-398. doi: 10.1037/abn0000033.

- Shore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22 (1-2), 201-269. doi: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Siegel, D. (2012). *The Developing Mind. How Relationships and The Brain Interact to Shape Who We Are* (2.utg.)New York: The Guilford Press.
- Siegel, D. (2019, juni). *Developmental trauma*. Innlegg ved ISC International Congress Attachment and Trauma, London
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering- et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 128, 1066-1069.
- Solberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Agarwalla, P., Benecke, C., Schwald, O.,...Dammann, G. (2015). Change in Identity Diffusion and Psychopathology in a Specialized Inpatient Treatment for Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 559-569. doi: 10.1002/cpp.1915.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet.
- Sroufe, A. L. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. (2016). *Treating trauma-related dissociation A Practical, Integrative Approach* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: W. W. Norton & Company
- Stern, D. B. (1991). *Barnets interpersonelle univers. Et psykoanalytisk og utviklingspsykologisk perspektiv*. København: Hans Reitzel forlag.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience. From dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). *Contexts of being*. Hillsdale: The Analytic press.
- Stopa, L. (2009). Imagery and the Threatened Self: An introduction. I L. Stopa (Red.), *Imagery and the Threatened Self. Perspective on mental imagery and the self in cognitive therapy* (s. 1-14). East Sussex: Routledge
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self mutilation. *Clinical Psychology review*, 18(5), 531-554. doi: 10.1016/s0272-7358(97)00105-0.

- Teicher, M. H., Samson, J.A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, *17*, 652-666. doi: 10.1038/nrn.2016.111.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, *148*(1), 10-20. doi: 10.1176/ajp.148.1.10.
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., De Ruiter, M.B., Van Balkom, A.J., Smit, J.H., Veltman, D.J. (2010). Reduced Anterior Cingulate and Orbitofrontal Volumes in Child Abuse-Related Complex PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry* *71*(12), 1636-1644
- Tomkins, S. (2008). *Affect, Imagery, Consciousness: The Complete Edition: Two Volumes*. New York: Springer Publishing Company.
- Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torgersen, A.M. K. (2013). Forklaringer på individuelle forskjeller i tilknytningsmønstre hos barn og voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *50*, 16-22.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's responses to entrapment between contradictory messages in face to face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *16*, 1-13. doi: 10.1016/s0002-7138(09)62273-1.
- Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, *129*, 872-876. doi: 10.4045/tidsskr.08.0140.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- van der Meer, A., Ramstad, M. & van der Weel, F. (2008). Choosing the shortest way to mum: Auditory guided rotation in 6-to-9-month-old-infants. *Infant Behavior and Development* *31* (2), 207-216. doi:10.1016/j.infbeh.2007.10.007.
- von Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi: Barne og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- von Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vøllestad, J. (2006). Det mangfoldige selvet: Teorier om selvtilstander i kognitiv og psykodynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *43*, 940-948.

- Walby, F. A. & Ness, E. (2009). Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 129, 885-7. doi: 10.4045/tidsskr.08.0417.
- Ward, J. (2015). *The Student's Guide to Cognitive Neuroscience* (3.utg.). New York: Psychology Press.
- Westen, D., Betan, E. & Defife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 23, 305-313. doi:10.1017/S0954579410000817
- Wilberg, T. (2002). Modeller for forståelse av personlighetspatologi. *Tidsskrift for Norsk legeforening*, 122, 55-8.
- Wilkinson-Ryan, T. & Westen, D. (2000). Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 528–541. doi: 10.1176/appi.ajp.157.4.528.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and Reality*. Oxford: Routledge Classics.
- World Health Organization. (2016). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision. 6D11 Prominent personality traits or patterns. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1128733473>.
- World Health Organization. 2019. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision. 6D11.5 Borderline pattern. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f2006821354>
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy. Practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E. (2009). *Kognitiv terapi: personlighetsforstyrrelser* (2.utg.) København: Reitzel.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorders. *Psychiatric Clinics*, 23, 89-101. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70145-3.
- Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. R., Hennen, J. & Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 26-30.

- Zanarini, M. C., Young, M. A., & Frankenburg, F. R. (2002). Severity of reported childhood, s exual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 381-387. doi: 10.1097/00005053-200206000-00006.
- Ødegaard, K. J., Høyersten, J. G. & Fasmer, O. B. (2012). Historisk utvikling, epidemiologi og klassifikasjon av bipolare lidelser. I B. Haver, K.J. Ødegaard & O.B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s. 45-76). Bergen: Fagbokforlaget.

