

## REGRESSIV OMSORG OG KORREKTIV TILKNYTNING

Benny Karpatschof og Lone Karpatschof

*Denne artikel har to forskellige formål. Det ene er at berette om et konkret behandlingsinitiativ, regressiv omsorg, på et bestemt familiebehandlingscenter. Det andet er at foretage en teoretisk analyse af nogle almene udviklings- og personlighedspsykologiske fænomener. Vi har søgt at kombinere disse to formål ved at inddele artiklen i tre hovedafsnit. I det første hovedafsnit, klinisk erfaring, fremlægges en casehistorie, der belyser baggrunden og den del af behandlingsforløbet, som vedrører anvendelsen af regressiv omsorg. I det andet hovedafsnit, klinisk analyse, går vi over til den anvendte psykologiske diskurs, som har udviklet sig omkring den såkaldte borderline-terapi. Vi fremlægger en række væsentlige erfaringer fra denne del af den kliniske psykologi, men vi peger samtidig på, at den har en afgørende begrænsning, der er knyttet til en ikke problematiseret funktionel fiksering til selve det terapeutiske rum. I det sidste hovedafsnit, teoretisk analyse, bevæger vi os fra et områdespecifikt, klinisk psykologisk, til et almenpsykologisk plan. Vi vil her forsøge ganske kort at redegøre for nogle af de teoretiske problemer, der er knyttet til problematiske begreber i den netop foretagne klinisk psykologiske analyse.*

**A. Klinisk erfaring****1. En mor som kun et barn kan elske**

Anne som er sidst i trediveerne, er alenemor med to børn. En pige på 8 og en dreng på to år. Hun har en håndværksfaglig uddannelse og har været i arbejde gennem flere år. Familien har ikke været kendt i det offentlige system, før der begyndte at komme problemer med det ældste barn. Skolen og fritidsordningen har rapporteret om en stærkt seksualiserende adfærd hos barnet.

Disse problemer bragte socialforvaltningen ind i billedet, og det viste sig nu, at der faktisk var betydelige problemer i relationen mellem moderen og det ældste barn, Pernille. Familien blev henvist til børne-psykiatrien. På et tidspunkt slog det klik for Anne og hun truede med at slå sine

---

Benny Karpatschof er lektor ved Psykologisk Laboratorium, Københavns Universitet, Amager

Lone Karpatschof er forstander ved Fyns Amts Familiecenter

børn og sig selv ihjel og derfor besluttede socialforvaltningen at tilbyde familien et behandlingsophold på Fyns Amts Familiecenter.

Såvel moderen som børnene havde i dette tilfælde tydeligt behov for behandling, men i den indledende fase af behandlingsarbejdet koncentrerer vi os om at afdække problemerne, før vi sammen med familien opstiller en behandlingsplan.

Anne var ganske klar over de materielle behov et barn har:

Pernille fik mad, hun fik tøj, hun kom i børnehave og i skole, alt det var i orden, men jeg kan nu bagefter se at der manglede følelsesmæssig kontakt, jeg hadede hende, det kunne være et vildt fremmed barn jeg passede.

Det blev hurtigt klart, at ikke blot var den store pige Pernille følelsesmæssigt skadet, men desuden udviste den lille dreng, Simon, klare autistiske træk. Han havde næsten ingen øjenkontakt, han havde stereotype bevægelser og han afviste kontaktforsøg ved at tage armen over hovedet og sige »ikke li, ikke li«. Det var det eneste sprog han havde.

Simon sov en stor del af tiden. Han stillede ingen krav, ikke engang til mad og drikke, han nærmest nægtede at spise. Et andet træk var hyppige absencer som medførte at centret fik ham undersøgt for epilepsi, men det viste sig at være psykisk tilbagetrækning. Simon havde så dårlig kontakt med omverden, at Anne nu bagefter har karakteriseret ham som en dukke uden liv.

Anne var godt klar over at der var problemer med den store pige, for hun opfattede selv Pernille som et vanskeligt barn:

Hun bestemte over mig, styrede mig, sugede alt ud af mig, intet jeg gjorde var godt nok. Ofte hadede jeg hende så meget, at jeg gik i sort og bankede hende.

Et forhold, der fra fødslen var med til at belaste forholdet til Pernille, var Annes voldsomme aversion over for datterens kønsorganer, især når hun skiftede hende:

Jeg kunne ikke røre hende. Jeg vidste ikke hvorfor. Jeg hadede at skifte hende. Når jeg så hendes skød havde jeg lyst til at jage en kniv op i hende.

Pernille var adfærdsmæssigt urolig, hun hoppede og sprang hele tiden og hun lagde ikke blot verbalt, men også kropsligt op til alle mænd i hendes nærhed.

Den lille Simon så moderen derimod som et nemt og ukompliceret barn. Da han skulle starte i Familiecentrets børnehave, Hobitten, sagde hun:

Ham får I ingen problemer med. Han er en nem lille dreng, man hører ham aldrig. Når man sætter ham ned på gulvet, så bliver han siddende der.

## 2. Genfærdet i barnekammeret

Efterhånden som Anne fik tilstrækkelig tillid til os, blev familiehistorien langsomt oprullet.

Annes opvækstforhold viste sig at have været én lang lidelseshistorie fra hendes allertidligste barndom, med bl.a. et mangeårigt seksuelt misbrug fra begge forældres side. Desuden har Anne været »den lille voksne« i familien, hvor der var flere mindre søskende. Hun var den der købte ind, lavede mad, vaskede tøj og i det hele taget sørgede for de andre. Og alligevel var det aldrig godt nok. Samtidig har Anne været udsat for en ydmygende behandling med fysisk og psykisk vold.

Anne har oplevet flere gange at blive afleveret på børnehjem af sin mor uden nogen forklaring og så blive hentet igen lige så pludselig, som hun var afleveret. Der har aldrig været nogen voksne, der gennem Annes opvækst har grebet ind for at beskytte hende. Det eneste fristed var hos en kone i nabolaget, hvor Anne kom af og til. Men heller ikke denne kone kunne beskytte hende. Til gengæld opfandt hun selv et imaginært fristed, en lys og grøn eng, hvor hun mentalt kunne flygte hen, når den forhåndenværende virkelighed blev uudholdelig. Men også engen og erindringen om den, forsvandt, da hun blev voksen.

Fra hun var 18 til hun var 30, fortrængte hun totalt barndommens overgreb. Anne havde inden indflytningen på Familiecentret selv oplevet sine psykiske problemer på den måde, at hun følte sig indespærret i en mørk tunnel, hvor der nok var en udgang med lys for enden, men der var det umuligt at komme hen. Derfor var hun fanget i sin egen snævre verden, uden at ane, hvorfor hun var der, og hvad hun selv var for et menneske.

Ofte gik jeg ikke uden for en dør i flere dage. Jeg var i sådan en tunnel i et helt år før jeg kom hen til Familiecentret.

Hun følte et vildt kaos inden i og sansede ikke rigtig noget af verden omkring sig. Først efter behandlingen er hun blevet i stand til rigtigt at opleve noget, fx. en solnedgang. Hun stolede ikke på andre. Troede ikke på andre mennesker. Derfor måtte hun altid være i forsvarsposition, for hun vidste aldrig hvornår de ville angribe.

Annes forhold til andre mennesker var i det hele taget præget af følelsesmæssig ustabilitet. Hun reagerede ofte med vrede, mistro og tilbagetrækning, når hun oplevede skuffelser i sine relationer.

Når Anne trak sig tilbage fra andre mennesker, inkluderede det også forholdet til hendes egne børn. De to børn reagerede imidlertid ganske forskelligt.

Pernille er grundlæggende et robust barn, og hun gav ikke op over for moderens fjernhed, men viste sin egen tilstedeværelse og sit behov for kontakt med moderen på en krævende måde. Pernille var primært ud-

adreagerende, og derfor var hendes psykiske problemer mere iøjnefaldende en lillebroderens.

Simon var derimod fra starten et meget stille barn, der ikke stillede nogen krav, ikke en gang om mad og drikke. Han trak sig væk fra verden, og frembød således tilsyneladende ingen problemer, men faktisk havde han allerede udviklet stærkt patologiske, nærmest autistiske træk.

### **3. Kun ved at blive som barn igen**

Det blev klart for os, at såfremt Anne fremover skulle fungere som et helt menneske og en mor, der var god nok for sine børn, så skulle hun først erfare, hvad det vil sige selv at modtage omsorg. Anne har jo ikke selv i sin opvækst oplevet, at der var nogle voksne som viste omsorg over for hende, og derfor kender hun ikke det følelsesmæssige beredskab, der er en forudsætning for omsorg.

Gennem det såkaldte kontaktarbejde med den familiebehandler, der var fast tilknyttet Anne, blev hendes skjulte og delvis fortrængte behov for omsorg efterhånden afdækket. Og det blev aftalt, at familiebehandleren skulle være omsorgsperson for hende, dvs. gå ind som en slags moderfigur, der tog sig af hende.

Herved opnåede vi to forskellige ting:

For det første fandt familiebehandleren ud af, hvad det var for noget, som havde været de traumatiserende træk ved Annes opvækst, hvad det var for overlevelsesmekanismer, hun havde været nødt til at udvikle, og hvilke følelsesmæssige forstyrrelser, dette havde medført, sådan som det aktuelt kom til udtryk i hendes manglende evne til emotionel omsorg.

Og for det andet kom Anne selv frem til en tilsvarende forståelse, der imidlertid for hende indebar langt mere end en ren erkendelse. For Annes vedkommende har der været tale om en uhyre og smertefuld proces, hvor hun i første omgang er blevet konfronteret med sine dybe savn efter kærlig omsorg og basal tryghed og med sin vrede over de svigt, hun er blevet udsat for.

Samtidig med, at hun kom i kontakt med disse smertefulde og indtil da uerkendte knuder i sit eget følelsesliv, udviklede hun også en forståelse for de psykologiske overlevelsesmekanismer, hun havde måtte udvikle i sin barndom, bl.a. en grundlæggende mistillid til andre mennesker. En basal mistro til, at nogen ville hende det godt og ikke blot udnytte og misbruge hende.

I en periode havde hun således været overbevist om, at hendes kontaktperson selv ville misbruge hende seksuelt, eller at hun ville ringe til Annes mor for at fortælle, at hun nu kunne komme og misbruge sin datter.

Gennem denne besværlige og smertefulde proces har Anne samtidig opnået en såvel kognitiv som følelsesmæssig erkendelse af det, der jo er

problemets kerne for denne familie, nemlig hendes eget utilstrækkelige beredskab for at kunne udvise emotionel omsorg for sine børn.

Anne har fx. fundet ud af, at hun som ganske lille blev berøvet sin sut og sin bamse af sine forældre. Anne ønskede sig brændende igen at få en sut og en bamse, og hun aftalte derfor med sin omsorgsperson, at hun skulle have disse ting. Anne købte nu en sut, og hun gik sammen med omsorgspersonen ind i en legetøjsforretning for at købe en bamse. Den første nat, hvor hun var udstyret med sut og bamse, sov Anne for første gang i mange år en hel nat igennem.

Anne fortalte, at bamsens betydning for hende hang sammen med, at hendes bamse netop blev taget fra hende den gang, da forældrene første gang voldtog hende. Forældrene sagde da, at nu havde hun ikke brug for en bamse mere. Derfor blev bamsen et symbol på hendes tabte barndom.

Den lange og meget smertefulde periode, gennem hvilken Anne hele tiden blev konfronteret med alle de barndomsoplevelser, hvor hun blev svigtet af sine nærmeste, kulminerede med at Anne en sen natte-time skrev et brev til sin omsorgsperson, hvor hun fortalte om sine følelser over at være blevet svigtet og om alle de behov for kærlighed, som hun aldrig har fået dækket, og som væltede frem i form af barnlige krav om omsorg, hun nu stillede til omsorgspersonen.

Anne skrev bl.a.:

Du skal bage boller og lave kakao til mig, men det skal komme naturligt og af kærlighed, det skal være en hyggesituation, hvor man mærker omsorg, fx. når man kommer hjem fra skole og trænger til mors omsorg og accept af at man er god nok som man er.

Og videre skrev Anne:

Jeg ønsker hjælp til at blive opfattet som den lille pige, der er inde i min voksne krop, en lille pige, som skriger på at blive taget vare på, for det er en kærlig mor, jeg har brug for.

Det videre arbejde for Anne og omsorgspersonen gik ud på at koncentrere sig om disse udækkede behov og om at finde frem til hvilke af dem, der er mulighed for at få tilfredsstillet i relationen med andre mennesker fremover, og hvilke behov, som Anne må leve med aldrig at få tilfredsstillet, fordi de er knyttet til en opvækstperiode, der har været ulykkelig og som desværre ikke kan laves om.

Anne er på denne måde kommet frem til en forståelse af, hvordan og hvorfor hun selv havde svigtet sine egne børn. Fx. fulgte omsorgspersonen en dag Anne til tandlæge, da det viste sig at hun havde undvejet tandlægebesøg gennem flere år, fordi hun var så bange for at gå til tandlæge. Omsorgspersonen var hos hende under hele tandlægebesøget. Og på et tidspunkt da Anne brød sammen, blev hun trøstet af sin omsorgsperson.

Efter tandlægebesøget snakkede Anne med omsorgspersonen om sin følelse af angst og forladthed, da hun i sin barndom skulle til tandlæge. Og det gik op for hende, at hun selv havde svigtet sin egen pige, der altid havde måtte gå til tandlæge alene. Også Pernille havde været meget bange, når hun skulle til tandlæge, men Anne havde indtil da slet ikke forstået, hvor vigtigt det var for barnet, at hendes mor var med for at kunne trøste hende. Der var jo aldrig nogen, der havde fulgt Anne til tandlæge, da hun selv var barn, og det var først nu, hvor hun var kommet i kontakt med sit eget savn, at hun var blevet i stand til at mærke et tilsvarende savn hos sit eget barn.

Anne fortalte bagefter sin omsorgsperson, at det var denne episode, der første gang fik hende til at fatte, hvad det vil sige at modtage omsorg. Efter dette har Pernille ikke gået til tandlæge alene, og hun har heller ikke skulle foretage sig andre ting uden sin mor, når hun havde brug for hende.

Vi har her givet nogle illustrerende eksempler på omsorgsarbejdet, som er den mest intensive del af den i sig selv meget intensive og langvarige familiebehandling på Familiecentret. Der har i dette tilfælde været tale om halvanden års ophold på døgn-basis, hvor der ved siden af den daglige kontakt med omsorgspersonen, har været såvel individuel psykoterapi som forskellige andre behandlingstilbud af mere pædagogisk art. Den individuelle psykoterapi og arbejdet med relationen mellem Anne og Simon er i øvrigt fortsat på ambulans basis i yderligere et halvt år efter udskrivningen.

En lige så intensiv behandling er blevet iværksat i behandlingsbørnehaven over for den lille Simon. En beskrivelse af dette børnekliniske arbejde falder imidlertid uden for denne artikels rammer.

Resultatet af denne familiebehandling har været, at Anne stadig er fuldtids-mor over for Simon. Derimod viste Pernille sig at være så emotionelt skadet, og forholdet mellem mor og datter samtidig så belastet, at vi sammen med Anne kom frem til den løsning, vi kalder *Mor-på-deltid*. Det vil sige, at Familiecentret i samarbejde med Anne har afklaret de følelsesmæssige og praktiske problemer omkring den beslutning at få pigen i familiepleje, samtidig med at Pernille jævnligt besøger Anne, der jo fortsætter med at være hendes mor, blot en mor på deltidbasis.

Anne har selv fået et godt liv. Hun er blevet personlighedsmæssigt styrket og stabiliseret, hun har gode sociale kontakter, og hun har nu etableret et kærlighedsliv med en fast partner.

Denne case study<sup>1</sup> illustrerer den personlighedspsykologiske figur, vi her skal forsøge at analysere teoretisk. Nemlig:

1. Tidlig emotionel skade: der forårsager
2. Fejludvikling med bl.a. uudviklet omsorgsevne og
3. Regression som spontant personlighedspsykologisk fænomen, der peger på
4. Regressiv omsorg som behandlingsmæssig ramme for
5. Korrektiv tilknytning, hvorigennem der udvikles en basis for
6. Omsorgsevne

## B. Klinisk analyse

### 1. Fra omsorgssvigt til borderline

Annes historie er således et eksempel på den sociale arv, hvor en opvækst med omsorgssvigt forårsager en emotionel fejludvikling, der viser sig som en borderline-forstyrrelse, der igen implicerer en manglende omsorgsevne i den efterfølgende generation.

Inden vi går over til dette fænomen, altså *den generationsmæssige transmission af emotionel fejludvikling*, må vi imidlertid se på selve borderline-begrebet.

Kernberg (1975, 1976) er den der klart har givet en definition af hvad han kalder, *Borderline Personality Organisation*, forkortet BPO. Kernberg ser denne personlighedsstruktur som intermediær i forhold til de to andre hovedtype. Den ene af disse hovedtyper er den *neurotiske* (indbefattet det nogle kalder normalitet), hvor der både foreligger en sammenhængende identitet med et udviklet forsvar, herunder fortrængning, og en intakt realitetstestning. Den anden hovedtype er den *psykotiske*, hvor ingen af disse egenskaber er til stede, idet der er tale om mangel på sammenhængende identitet med et primitivt forsvar og også en defekt realitetstestning.

Den nye, intermediære hovedtype, som Kernberg definerer, er da *Borderline-formen*, der på den ene side ligner den neurotiske ved at have en (i det store og hele) intakt realitetstestning, men som på den anden side ligner den psykotiske ved at mangle en sammenhængende identitet og ved at have et primitivt forsvar.

Kernberg's udgangspunkt er Melanie Kleins teori (1975) om at spædbarnet har en såkaldt *paranoid-schizoid position*, hvor der er en voldsom konflikt mellem dets *libidinøse og aggressive tilbøjeligheder* over for moderen eller i Kleins teoridannelse mellem de *introjicerede partialobjekter*. Barnet er libidinøst over for *det gode bryst* og rasende aggressivt over for *det onde bryst*, og det oplever en voldsom angst for, at de aggressive tendenser over for det onde skal ødelægge det gode bryst. Det

paranoidt-schizoide forsvar barnet nu benytter sig af er *splitting*, dvs. det adskiller det gode og det onde introjekt, som to forskellige objekter.

Uanset hvad man nu mener om Kleins måde at konstruere begreber og teorier på, så har hun med sit uomtvistelige kliniske skarpsyn inspireret hele den psykodynamiske retning, som hedder objekt-relationsteorien, herunder Kernberg, der er mere empirisk velfunderet og mere teoretisk afdæmpet.

Over for Kleins manieristiske spekulation har Kernberg udformet en ret behersket teori om borderline-personlighedens dannelse. Han går ud fra, at hvor psykoser svarer til endnu dybere og tidligere defekter i personlighedsdannelsen, der er borderline-organisationen karakteriseret ved at være fikseret i en uløst konflikt mellem de libidinøse og aggressive tendenser, og ved at personlighedens forsvarsmekanismer over for denne konflikt i overensstemmelse hermed er gået i stå med udviklingen af primitive former for forsvar, som fx. *splitting* og *projektiv identifikation*.

*Splitting* vil sige, at der slet ikke opstår en sammenhængende og stabil opfattelse af og forholdemåde til moderen og sidenhen til andre personer. I stedet for en sådan nuanceret relation, der kan udholde ambivalens og affektive svingninger uden at det ødelægger den basale sammenhæng og stabilitet i ens forholdemåde, så splittes i stedet modstridende tilbøjeligheder op i adskilte objekt-repræsentationer. Disse er en slags faste sætstykker af fx. den gode og den onde mor eller terapeut, der kan udskiftes med øjeblikks varsel.

En endnu mere raffineret forsvarsmekanisme over for den basale konflikt i personligheden er *projektiv identifikation*, et begreb Kernberg lige som *splitting* har hentet fra Klein. Her eksporteres en uacceptabel tilskyndelse over på en anden person, der på en raffineret vis, ofte skjult for begge parter, overlister til at påtage sig dette uønskede personlighedstræk, som borderline-personen derefter kan kritisere og forfølge på det mest nådesløse.

Det psykiatriske establishment som kræver en større deskriptiv, men til gengæld en langt mindre teoretisk præcision end Kernberg, har i DSM-III og dens efterfølgere opstillet en operationel definition af hvad der her kaldes *borderline personlighedsforstyrrelse*, eng. *Borderline Personality Disorder*, forkortet BPD.

Denne diagnose er p.t. defineret ud fra følgende liste over 9 karakteristika<sup>2</sup>:



### De 9 karakteristika ved *Borderline Personality Disorder*

1. desperate anstrengelser for at undgå forladthed (reel eller imaginær)
2. et mønster af ustabile og intense interpersonelle relationer karakteriseret ved skift mellem ekstremer af idealisering og devaluering
3. identitetsforstyrrelse: vedvarende og stærkt forstyrret, forvrænget og ustabil selvbillende eller selvopfattelse
4. impulsivitet i mindst to områder der er potentielt selvødelæggende (fx. økonomi, sexmisbrug, uforsvarlig kørsel, umådeholden spisning)
5. tilbagevendende suicidal adfærd eller selvmordstrusler, eller selv-mutilerende adfærd
6. affektiv ustabilitet pga. stærke stemnings-reaktioner (fx. intense episoder med dysfori irritabilitet, eller angst som plejer at vare få timer og kun sjældent mere end få dage)
7. kroniske følelser af tomhed
8. inadækvat intens vrede eller manglende kontrol hermed (fx. hyppige anfald af hidsighed, konstant vrede, tilbagevendende fysiske kampe)
9. forbigående, stress-relaterede paranoide forestillinger eller svært dissociative symptomer.

Her er det positive kriterium, at hovedparten (mindst 5) af disse symptomer foreligger, mens det negative er, at der ikke er stærkere evidens for en anden diagnose, fx. psykose, affektforstyrrelse eller narcissistisk personlighedsforstyrrelse.

Hvis vi ser på den her beskrevne case, så forelå der i Annes udgangsposition symptom nr.<sup>3</sup> 2,3,4,5,6,7,8 og 9.

Hvad er det da for opvækstbetingelser, som disponerer for en sådan emotionel fejludvikling, der viser sig som en *borderline*-forstyrrelse? Litteraturen er temmelig mangelfuld mht. en mere specifik empirisk dokumentation af denne familiemæssige transmission af svigtende omsorg.

På den ene side er der masser af sociale undersøgelser, der viser en uspecifik form for den såkaldte sociale arv, men uden at den personlighedspsykologiske komponent og den hertil svarende udviklingspsykologiske proces er udskilt fra allehånde andre socialisationsaspekter, som fx. uddannelse. På den anden side er der en håndfuld specifikke undersøgelser af de såkaldte *borderline*-familier, hvor man retrospektivt har undersøgt familierne til klinisk diagnosticerede *borderline*-klienter.

Den empiriske basis for en *borderline*-ætiologi er således forholdsvist svag, hvilket da også afspejler sig i den teoretiske diskussion, hvor to hovedkategorier af teorier står over for hinanden.

Der er for det første en teoretisk hovedgruppe, som kan kaldes *deficit-teorien*. Det er i virkeligheden en kategori af ret forskellige teorier om

en opvækst med utilstrækkelig eller fejlbehæftet omsorg (Ferenzci 1932, Fairbairn 1952, Balint 1968, Mahler 1971, Winnicott 1969, Masterson 1972, Adler & Bluie 1982).

Der er for det andet Kernberg's konflikt-teori (1976) om den ifølge denne teori muligvis konstitutionelt betingede utilstrækkelige udvikling af objekt-relationer pga. en konflikt mellem libidinøse og aggressive følelser over for moderfiguren.

Hvis vi nu abstraherer fra denne teoretiske uenighed og fra de metodiske mangler ved den foreliggende empiri (hvor der først og fremmest mangler prospektive, komparative langtidsundersøgelser af familier), tegner der sig ud fra de kliniske familieundersøgelser et konsistent billede af stærkt dysfunktionerende familier, som baggrund for borderline-forstyrrelser. Billedet er ganske vist ikke særligt entydigt, hvilket nok især hænger sammen med at en familie kan være dysfunktionerende på ret forskellige måder, der imidlertid alle kan være grobund for sådanne forstyrrelser i personlighedsdannelsen.

Som vi ser litteraturen, peger den på tre typer af dysfunktionerende familier, hvori borderlineforstyrrelser især udvikles:<sup>4</sup>

1. Den underinvolverede familie
2. Den negativt involverede familie
3. Den overinvolverede familie

1. I *den underinvolverede familie* karakteriseres forældre af Gundersen (1980) gennem et konsistent mønster af forsømmelse og underinvolvering med en overvægt af:
  - a. psykose hos moderen
  - b. ringe opretholdelse af regler
  - c. manglende følelsesmæssig involvering fra moderens side
2. I *den negativt involverede familie*, *The alienated or rejecting family*, beskrives forældre af Goldstein (1990) som havende den opfattelse, at barnet var anderledes, uvelkomment, ondt, eller ligefrem en fjende.
3. I *den overinvolverede familie*, *The enmeshed or overinvolved family*, karakteriseres forældre af Goldstein som overbeskyttende, kontrollerende, med vanskeligheder ved at adskille mellem sig selv og børnene.

Ud over disse generelle former for svigtende følelsesmæssig omsorg fremviser litteraturen en klart billede af en massiv forekomst hos borderline-patienter af fysiske overgreb, dvs. vold og seksuelt misbrug. Man skal her ganske vist være sig for den metodiske fælde, at netop borderline-patienter har en tilbøjelighed til at have en selektiv og farvet erindring, således at de ofte med forkærlighed beretter om oplevelser af overgreb<sup>5</sup>.

Uanset denne bias er der imidlertid solid evidens for, at der er en betydelig reel kerne af omsorgssvigt og overgreb, især i den tidlige barndom, hos de personer der udvikler en borderline-personlighed.

## 2. Fra borderline til omsorgssvigt

Når en borderline-mor selv får et barn, så indebærer hendes særlige personlighedsform, at hun næsten ikke kan undgå at udsætte sit barn for i alt fald følelsesmæssig omsorgssvigt.

Hun har ikke udviklet evnen til empatisk at interesse sig for og forstå barnets behov og følelsetilstand. Hun er så optaget af sine egne problemer og behov, at hun er tilbøjelig til enten at negligere barnet, eller til at opfatte barnet som en del af sig selv.

Der er her variationer mellem de forskellige hovedtyper:

1. Den underinvolverede mor vil i sin egocentri være tilbøjelig til at negligere barnet, og hvis det gør opmærksom på sin eksistens bliver hun ofte aggressiv.
2. Den negativt involverede mor vil i en projektiv identifikation projicere sine egne negative træk over på barnet, som hun derfor ofte ser som en satans unge, der bare er ude på at genere hende, hvad det da i tidens fylde meget ofte kommer til.
3. Den symbiotisk involverede mor vil projicere idealiserede eller komplementære træk over på barnet, der bliver livsnødvendig som et middel til at opfylde moderens egne behov, således at hun ikke bare må beskytte, men også kontrollere barnet, hvis mulige frigørelse og løsrivelse kommer til at stå som en fatal trussel.

Ved siden af de generelle problemer med moderens bindingsrelation<sup>6</sup> er der specifikke former for fysisk omsorgssvigt, som synes at have sin egen transmissionsmekanisme i form af en slags generationsmæssig gentagelsestvang, hvor moderen direkte eller pr. stedfortræder viderefører den vold og den seksuelle udnyttelse hun selv har oplevet.

Uanset varianten vil borderline-moderen således med meget stor sandsynlighed etablere en bindingsrelation over for barnet, som vil være så defekt, at det vil lædere barnets tilknytning til hende. Og hvis barnet nu er skrøbeligt eller hvis der slet ikke er nogen kompensatoriske muligheder i barnets øvrige nærmiljø, så er scenen sat for en ny omdrejning i den sociale arvs sataniske transmissionsmekanisme. Det er netop for at bryde denne transmission at der bedrives familiebehandling på sådanne steder som Familiecentret.

### 3. Den spontane regression

I casen så vi, at Anne havde et stærkt behov for at vende tilbage til følelser, behov og handlinger, som tilhører en meget tidligt barndomsfase. Vi så også at disse tendenser blev accepteret som legitime af Familiecentret, ja at behandlingen i væsentlig grad var rettet mod disse tendenser til regression.

Ved regression vil vi her forstå psykiske processer hos en voksen, der rekapitulerer processer som normalt er begrænset til barndommen, men som i tentativ eller realiseret form stadig foreligger hos den voksne, når udækkede behov eller uløste konflikter gør disse infantile processer relevante.

Når en voksen regredierer til et infantilt stade er et afgørende emotivt træk afhængigheden af en omsorgsperson. Rodman (1987) skriver herom:

[in] the regression to dependence severely disturbed patients return emotionally to a very early state of development of which one feature is their dependence on a caretaking person.<sup>7</sup>

Som vi skal se om lidt, har regressionsfænomenet været kendt fra psykoanalysens tidligste periode, men det har generelt været betragtet som noget ikke blot patologisk, men også terapeutisk problematisk.

På Familiecentret er det derimod blevet et afgørende grundlag for en central behandlingsform. Det er sket på den måde, at vi for en del år siden opdagede, at der blandt beboerne var nogle, der bogstaveligt regredierede for øjnene af deres behandler. Behandleren fik en fornemmelse af at hun i stedet for at sidde over for et voksent menneske sad over for et barn, der havde de samme forventninger og krav om omsorg, som behandleren ellers kun kendte fra sin kontakt med børn.

Når behandleren, fx i relationsarbejdet, samtidig havde med moderen og barnet at gøre, oplevede hun ofte, at hun stod over for ikke ét, men to små børn, der som jaloux søskende konkurrerede om hendes omsorg, og resultatet var da, at det var umuligt at få relationsarbejdet til at fungere. Moderens frustrerede behov fra hendes egen tidlige barndom stillede sig simpelthen i vejen.

Hvis behandleren nu forsøgte at fastholde en voksenkontakt, blev beboeren ofte vred, ked af det, emotionelt livløs og afvisende over for kontakt. Hvis behandleren derimod gav efter for de spontane følelser der blev udløst hos hende gennem beboerens regression, nemlig en tilskyndelse til at vise omsorg over for et hjælpeløst barn, blev beboeren tryk og samtidig mere levende.

I skrifterne fra Ferenczis allersidste år findes en artikel, som ligger tæt op af det arbejde vi laver, nemlig artiklen »Kinderanalyse mit Erwachsene« fra 1939. Ferenczi gjorde på mange punkter de samme erfaringer med klienter, der ser ud til at have lignet vore, bl.a. er hans iagt-

tagelser af den spontane regression og hans idéer om behandling meget på linie med vore.

Han opererer således med en tre fase-model for regressionen:

Første fase: Den spontane og ukontrollerede regression.

Anden fase: Den kontrollerede regression under behandlerens styring.

Tredje fase: Ophævelse af regression gennem omsorg og analyse fra behandlerens side.

I den ovennævnte artikel (Ferenczi 1939) skriver han:

Når de betænker at ud fra vore hidtidige erfaringer falder hovedparten af patologiske rystelser i barndommen, vil De ikke undre Dem over, at patienten ved forsøg på at overgive sig til sin lidelses genese pludselig falder tilbage i det barnagtige eller barnlige.

Og videre skriver han:

Naturligvis er opgaven ikke opfyldt ved reaktivering af det barnlige og med reproduktion af traumerne i form af ageren. Det legeagtige agerede og på andre måder fremskaffede materiale, må underkastes en grundig og gennemtrængende udforskning gennem analyse.

På samme måde som Ferenczi kom vi frem til, at regressionen var udtryk for et udækket omsorgsbehov, der ikke fortsat skulle fortrænges og undertrykkes, men tværtimod skulle frem i lyset og imødekommes.

En umiddelbar og knap nok teoretisk begrundet forestilling er nu, at den simpleste måde, man kan imødekomme et infantilt omsorgsbehov, er at dække det på samme måde, som en mor dækker det hos sit spædbarn. Vi skal senere se en række argumenter herimod, men lad os i første omgang blot videreføre denne simple tanke om at give den regredierende beboer en moderlig omsorg. For det er i al sin enkelhed indholdet i det vi kalder for *regressiv omsorg*.

#### 4. Den regressive omsorg

Hvad gør behandleren så for at udfylde funktionen som den gode mor?

Ainsworth beskriver (1978) kriteriet for den gode mor som en der er:

- åben over for de signaler som barnet udsender
- fortolker dem rigtigt
- reagerer hurtigt og hensigtsmæssigt på dem

Hvis nu vores diagnostiske udgangspunkt er korrekt, altså at det, den regredierende beboer har savnet i barndommen og stadig savner, er en god mor, så er det præcis de samme krav som må stilles til behandleren, der

efter aftale med beboeren optræder som moder-figur. Dvs. det bliver legitimt for såvel behandler som beboer at gå ind i hvad vi kalder en mor-barn relation.

Behandleren vil på en sensitiv og emotionelt engageret måde være lydhør over for de behov, der kommer til syne. Hun vil bruge sin empati til at fornemme beboerens følelser og ønsker. Også når der er tale om infantile krav om omsorg. Hun vil direkte gennem aktive omsorgshandlinger intervenere over for disse ønsker ved så vidt muligt at optræde som den tilknytningsperson, klienten aldrig har haft. Dvs. at hun nu, ganske vist med mange års forsinkelse, forsøger at dække beboerens infantile omsorgsbehov.

Og behandleren vil tolke dem på en helt anden måde end beboeren normalt er blevet tolket. Hun vil forstå beboerens reaktioner som vrede, mistro og afvisning som strategier, der er blevet udviklet af et lille barn for at overleve i en smertefuld og utryg verden.

Den rigtige tolkning har to forskellige implikationer for behandleren:

1. Den sætter behandleren i stand til bedre at *containere* beboerens reaktioner, Det er jo voldsomme modoverføringsimpulser der vækkes hos behandleren, som fx følelser af desperation, primitivt had, håbløshed og utilstrækkelighed.
2. Den giver behandleren mulighed for at formidle sin forståelse af beboerens reaktionsmåde til beboeren selv.

Meget ofte vil behandleren simpelthen følge sine naturlige impulser til at reagere over for de infantile signaler, som den voksne beboer retter mod hende. Og i de tilfælde hvor hun ikke responderer på den måde som beboeren lægger op til, vil hun forklare grunden til, at hun ikke kan følge beboeren længere. Herved yder hun en opdragende indsats ved at gøre opmærksom på det problematiske og muligvis integritetskrænkende i beboerens adfærd.

Omsorgspersonens indflydelse på beboeren er således principielt lige så omfattende som den oprindelige påvirkning fra en mor. Dvs. at der er tale om påvirkninger på såvel det emotive, det kognitive og det handlingsmæssige niveau.

Behandleren skal med andre ord følge de samme tre principper over for beboeren, som Ainsworth anbefaler at moderen skal over for sit barn. Og vi mener at nøglen til denne forholdemåde hos behandleren simpelthen er hendes *modoverføring*.<sup>8</sup>

Det hele starter med beboerens overføring, dvs. beboeren der som et lille barn henvender sig til en beskyttende og omsorgsfuld moderfigur.

Første led i behandlerens modoverføring er nu selve det emotionelle indtryk som den voksne beboers signaler udløser.

Andet led i behandlerens modoverføring er de følelser som herved opstår hos hende.

Tredje led i behandlerens modoverføring er de emotionelle reaktioner som disse følelser giver anledning til.

Udgangspunktet for omsorgspersonen er altså dels iagttagelsen af beboerens egen overføring, som viser hen til hendes problemer og behov, og dels omsorgspersonens oplevelse af sin egen modoverføring, der et langt stykke af vejen kan opfattes som et induceret emotivt billede af beboerens overføring.

Opgaven for den trænede behandler er nu at forholde sig kritisk afprøvende til sine egne modoverføringsimpulser. Naturligvis kan beboerens ønske om nærhed og omsorg været ganske ukompliceret og gives uden problemer for moder-figuren. Men hvis behandleren oplever beboerens kontaktforsøg som ubehagelige og grænsekrænkende, så må hun igennem supervision have lært at vurdere, hvornår denne følelsesmæssige reaktion primært er knyttet til de nærhedsnormer hun er socialiseret til, og hvornår der er tale om en regulær og uacceptabel grænsekrænkelse fra beboerens side – en adfærd som skal korrigeres

Den utrænede behandler eller den behandler, der ikke accepterer de vidtgående krav, som stilles ved denne behandlingsmetode vil meget sandsynligt reagere negativt, fordi en sådan usædvanlig appel fra en voksens side vil fremkalde i det mindste ambivalens og muligvis stærkt negative følelser. Vi har kraftige tabuer mod tæt følelsesmæssig og kropslig kontakt med andre mennesker, som vi ikke er nært knyttet til. Sådanne umiddelbare reaktioner fra behandlerens side vil være afvisende.

Også her fandt vi, at Ferenczi havde foregrebet vore erfaringer. Han skriver således i den førnævnte artikel:

Den fremgangsmåde som jeg anvender over for mine analysander, kan man med en vis ret kalde forkælelse. Ved at ofre alle hensyn til ens egen bekvemmelighed giver man så vidt det overhovedet er muligt efter for alle ønsker og indskydelser. Man forlænger analysetimen indtil der har vist sig en udjævning af materialet for de vakte emotioner. Man lader ikke patienten alene før de uundgåelige konflikter i den analytiske situation er forløbet på en forsonende måde gennem opklaring af misforståelser og tilbageføring til de infantile oplevelser. Man opfører sig altså som en **kærlig mor**, der ikke lægger sig til at sove om aftenen før alle små og store sorger, ængstelige følelser, vrede hensigter, samvittighedskvaler er talt igennem med barnet og bilagt på en beroligende måde.

Såvel den accepterende holdning over for regression som den særdeles aktive indsats fra analytikerens side var i diametral modsætning til Freuds egne synspunkter. Han betragtede regression som udtryk for behandlingsmodstand og krævede at analysandens overføringskærlighed blev mødt med en meget kritisk holdning fra analytikerens side:

Således fremtræder overføringen i den analytiske behandling umiddelbart altid kun for os som blot modstandens stærkeste våben, og vi tør drage den slutning, at overføringens intensitet og varighed er en virkning af og et udtryk for denne modstand.<sup>9</sup>

Freud udviklede i forlængelse heraf, det såkaldte abstinensprincip hvad angår analysanden, som skulle holdes på frustrationens pinebænk for at komme til erkendelse om sine barndomstraumer og konflikter:

Jeg har allerede ladet forstå, at den analytiske teknik byder lægen at nægte en kærlighedstørstende patient den attråede tilfredsstillelse. Behandlingen må gennemføres under abstinens; jeg mener her ikke alene legemlige afsavn, men også afsavnet af alt hvad man begærer, thi dette ville ingen patient kunne tåle. Men jeg vil opstille den grundsætning, at man må lade behov og længsel bestå hos de syge som drivkræfter for arbejdet og forandringen og vogte sig for at dulme gennem surrogater. Andet end surrogater ville man jo ikke tilbyde, da den syge ifølge sin tilstand, sålænge hendes fortrængninger ikke er ophævet, ikke er i stand til opnå en virkelig tilfredsstillelse.<sup>10</sup>

I overensstemmelse med dette *abstinensprincip for analysanden* opstillede Freud en tese om *neutralitet og ikke-intervention fra analytikerens side*:

Hvad ville der ske, hvis lægen gik anderledes til værks og udnyttede friheden til at gengælde patientens kærlighed og tilfredsstille dennes behov for ømhed?<sup>11</sup>

Freud, hvis forhold til Ferenczi indtil da havde været meget venskabeligt gik nu stærkt i rette med hans eksperimenter. Og Freud fastholdt, at uanset hvor regredieret patienten var, måtte terapeuten opretholde sin neutralitet og gennemføre behandlingen under betingelse af abstinens, dvs. at han ikke måtte reagere på patientens længsler eller krav på anden måde end ved at tolke dem. Freud opfattede opfyldelse af regressive behov som en korttidseffekt, der forhindrede at den tilgrundliggende personligheds-konflikt blev løst gennem en egentlig analyse.

Ferenczi fastholdt imidlertid sine eksperimenter. Der opstod ligefrem rygter om at han sad med sine patienter på skødet og kyssede dem for at bringe dem over deres barndomstraumer. Ferenczi kom derfor på kollisionskurs med den ortodokse psykoanalytiske praksis. I et brev fra 1931 advarede Freud ligefrem Ferenczi mod det uheldige omdømme psykoanalysen ville få.

Selv om det aldrig kom til et egentlig brud mellem Ferenczi og Freud, gav disse ideer anledning til at Ferenczi var voldsomt forkæret af sine kolleger, som kraftigt medvirkede til den delvise og uberettigede glemsel, som er overgået ham. Ved hans død i trediveerne gik der rygter om, at han var sindssyg i de sidste år. I sin Freud-biografi skriver Jones (1973).

De lurende dæmoner i hans indre, som han i årevis havde kæmpet med under store kvaler og med stor succes, overvandt ham til sidst<sup>12</sup>.



Set fra nutidens perspektiv vidner hans sidste skrifter også om visioner og indsigt, uanset hans psykiske ustabilitet.

Således er debatten fortsat med de to linjer hhv. Freuds og Ferenczis. Videreført på den måde at Kernberg med sin ekspressive psykoterapi har videreført Freuds linje, mens repræsentanterne for den engelske objektrælationsteori Winnicott og Balint og andre på forskellige måder har videreført Ferenczis linje.

Kernberg siger således (1989):

Den anbefalede terapi for borderline patienter indebærer en konsekvent bestræbelse på at tolke overføringen. I stedet for at tilfredsstille patientens aktuelle behov eller krav ved hjælp af mere støttende teknikker, hvilket er en hypotetisk fristelse for terapeuter.

For det første lægger Kernberg altså vægt på fortolkning og tydning af overføring, men til forskel fra den klassiske psykoanalytiske terapi understreger Kernberg patientens her-og-nu-aspekter i terapien. Og for det andet fastholder Kernberg ganske vist principielt opretholdelsen af neutralitet, men overfor borderline-klienter kan det, efter Kernbergs opfattelse, ofte være nødvendigt med en støttende indsats ved siden af terapien.

Med rødder tilbage til Ferenczi tilhørte Winnicott og Balint den moderlige (»mothering«) og indfølelse type. Winnicott anvender et tilsvarende begreb *holding* om moderens fysiske og psykiske omsorg i spædbarnets liv og om den måde terapeutens forholder sig til klienten med en tidlig skade. Han siger (1965):

Det er min tese at det vi gør i terapi er et forsøg på at imitere den naturlige proces, der karakteriserer enhver moders adfærd over for sit spædbarn [...] det er mor-barn enheden der kan lære os de grundlæggende principper, vi kan basere vores terapeutiske arbejde på.

Winnicott modificerer abstinensprincippet ved at anbefale, at klientens behov for accept og forståelse bliver mødt gennem en empatisk indstilling og forholdemåde. Winnicott bryder også med neutralitetsprincippet i sit syn på analytikerens modoverføring som et instrument til såvel udforskning som intervention. I artiklen »Hate in countertransference« fra 1949 skriver han ligefrem, at analytikeren kan bruge det had der bliver fremkaldt af klientens aggressioner til at fremme den terapeutiske proces. Winnicott fortsætter således Ferenczis linje i opbruddet fra den klassiske linje.

Balint (1968) var elev af Ferenczi og overtog ved dennes død en del af de klienter, som var omfattet af Ferenczis eksperimenter med regression. Balint er nok den der mest konsekvent har videreført Ferenczi ideer og metoder. Hans grundlæggende synspunkt, er, at der ved tidlige skader fremkommer, hvad han kalder en *grundbrist* (*basic fault*), som er utilgængelig for den klassiske analyseform baseret på neutralitet og absti-

nens, da denne metode er udviklet til de senere fremkomne ødipale personlighedskonflikter.

Klienter med grundbrist har derimod brug for at indgå i en to-personers relation baseret på tryghed, accept og forståelse som skal danne den sikre ramme, inden for hvilken klienten kan regrediere til den tidlige udviklingsfase hvor grundbristen er opstået pga. svigtende omsorg. Balint går dog ikke så langt som Ferenczi i retning af at tilbyde en kompensatorisk omsorg, men antager at en mere passiv form for accept og forståelse i de fleste tilfælde er tilstrækkelig til, at klienten selv kan udvikle en objekt-relation til sin terapeut, en relation der leder vejen til »en ny begyndelse«.

Hvad angår tidligt skadede klienter kan psykoterapiens historie altså opfattes som en kamp mellem to hovedtendenser. Den ene er Freuds klassiske psykoanalyse baseret på en neutral og kun tolkende forholdemåde. Den anden er Ferenczis linje med en dyb følelsesmæssig involvering og interaktion.

Både Freuds og Ferenczis forholdemåde har vist sig problematiske i forhold til borderline-klienter. Den klassiske analyse har stort set defineret denne klientkategori som utilgængelig for behandling, mens Ferenczis eksperimenter skabte en tæt gensidig involvering uden pålidelige terapeutiske resultater.

At Ferenczi selv havde svært ved at administrere sin omsorgsfulde holdning fremgår af følgende uddrag af hans dagbog.

Patientens krav om at blive elsket svarede til analoge krav til mig selv fra min mor. Faktisk hadede jeg derfor indadtil patienten, på trods af al den venlighed jeg viste<sup>13</sup>.

Efterfølgernes terapeutiske modeller forekommer os ligeledes utilstrækkelige over for broderline-klienter, der relativt hurtigt skal fungere som omsorgspersoner og opdragere for deres børn. Da Familiecentrets hovedopgave er at sikre de udviklingstruede børn en sund udvikling er tiden knap. Behandlingen kan ikke udstrækkes i årevis, der må skabes forholdsvis hurtige resultater, såfremt moder og barn overhovedet skal forblive sammen.

Vi har søgt at løse denne opgave ved at forholde os kritisk til de to skitserede hovedlinier, og samtidig ved at forsøge at uddrage essensen af den terapeutiske debat om klienter med tidlige skader.

På diagrammet er tegnet en involveringsakse gående fra neutralitet som er den nedadgående retning til involvering som er den opadgående retning. Freuds position er markeret som en høj grad af neutralitet, mens Ferenczis linje er angivet med en høj grad af involvering.

## Positioner mht. behandling af borderline-klienter

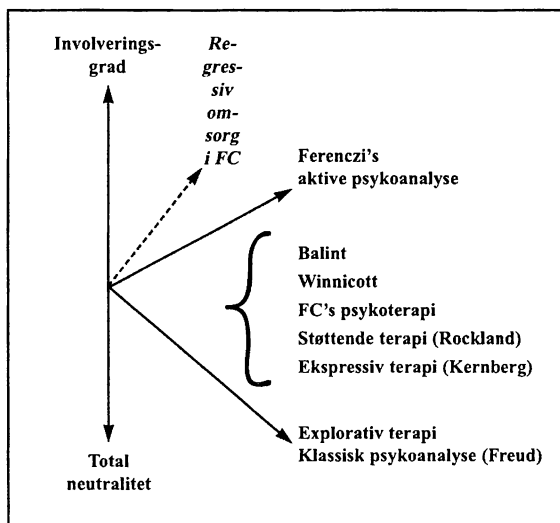


Diagram  
(FC= Familiecentret)

De efterfølgende terapimodeller, som vi har diskuteret er alle karakteriseret ved at være forskellige former for kompromis i spektret mellem disse to linjer. En typisk mellemposition er den såkaldte støttende psykoterapi, der foreslås af Rockland:

In an exploratory treatment, the therapist attempts to maximize transference development by very limited gratification of transference wishes and by anonymity, the relative »blank screen«. This is in contrast to the more »real« stance of the supportive therapist, who tends to be more verbally active and less frustrating. He is generally more self-revealing and may supply some of his own reality and values, *but only to the extent required by the patient's ego defects.*

Familiecentrets psykoterapeutiske linje befinder sig ligeledes i mellemrummet mellem Freud og Ferenczi, på linie med den støttende terapi.

Vi mener imidlertid *ikke* på Familiecentret, at en effektiv behandling af borderline-klienter *alene* skal findes i dette mellemområde. Afgørende for vores behandlingsmodel er nemlig, at vi har valgt at supplere denne forholdsvis moderate psykoterapi med en hel anden behandlingsform, nemlig *den regressive omsorg*, der ikke alene går længere end den støttende borderlineterapi, som Kernberg-eleverne anbefalere, men også længere end hvad Ferenczi og hans efterfølgere har været i stand til inden for det terapeutiske rums begrænsninger. Der er to forudsætninger for en bedre personlighedsfunktion når vi taler om borderline-klienter:

For det første er der tale om nogle patologiske dannelse, som har ud-

viklet sig i form af overlevelsesserstrategier. Disse *patologiske dannelser* skal gennemleves, erkendes og *korrigeres gennem en terapeutisk proces*.

For det andet er disse patologiske dannelser opstået i en deficit-situation, således at der udover den sekundære patologi foreligger en *primær grundbrist* forårsaget af en manglende tilknytning i spædbarnsalderen. Dette primære problem kan efter vores erfaringer ikke effektivt behandles terapeutisk, men kræver en kompensatorisk indsats der tilbyder den *omsorg og den mulighed for tilknytning* som blev berøvet klienten i dens barndom.

Det er ud fra denne forståelse vi har udviklet en behandlingsmæssig kombinationsmodel bestående af to behandlingstilbud, en terapiform der meget ligner den *støttende borderline-terapi* sideløbende med den ikke-terapeutiske behandlingsform, som vi kalder *regressiv omsorg*.

En beboer får ved indflytningen på Familiecentret tilbudt en *kontaktperson* som i sit såkaldte kontaktarbejde giver den basale empati, støtte, varme og respekt der er den grundlæggende forudsætning for ethvert vellykket behandlingsarbejde. Nogle af vores klienter begynder nu spontant at regrediere i forhold til kontaktpersonen. Dvs. de viser træk i retning af infantil afhængighed, infantil følelsesudtryk og infantil krav om omsorg. Denne regressive adfærd vil være blokerende for et almindeligt behandlingsforløb især for træningen af forældreevnen. En sådan klient får derfor tilbudt at indgå en særlig behandlingskontrakt om *Regressiv omsorg*.

Denne kontrakt indebærer, at en behandler for en længere periode stiller sig til rådighed som en daglig omsorgsgiver, der i stort og småt skal være en trykghedsgivende, kærlig og forstående moder-figur, som kan give beboeren mulighed for at regrediere til det infantile stadium, hvor denne omsorg har manglet.

Det konkrete indhold af den regressive omsorg dækker, som vi har set, såvel praktiske, emotionelle som symbolske manifestationer af den moderlige omsorg:

1. Den praktiske er at yde hjælp til alle små og store problemer i det daglige.
2. Den emotionelle dækker den varme, accept og forståelse som den gode mor yder.
3. De symbolske manifestationer vedrører opfyldelsen af de uopfyldte drømme klienten har om moderlig omsorg.

Vi har nu beskæftiget os med klientens eget udspil i form af spontan regression og med behandlerens, omsorgspersonens, svar i form af regressiv omsorg, men hvordan kan vi forstå den personlighedspsykologiske proces, som denne regressive omsorg, sætter i gang? Det skal vi se på i det følgende afsnit.

## 5. Den korrektive tilknytning (den gode regression)

Den regressive omsorgs har flere forskellige indvirkningsmåder på klienten.

For det første er der den virkning, som Balint beskriver (1968) som en *kompensatorisk overvindelse af den deprivation som udgøres af grundbristen*.

For det andet udvikler beboeren gennem *etableringen af en tilknytning* til omsorgspersonen en afgørende ny form for objekt-relation .

For det tredje foregår der en *løbende modelindlæring hvor omsorgspersonen optræder som model for moderlig omsorg*.

Hensigten med den regressive omsorg er således at skabe en korrektiv tilknytning fra beboerens side. Ved *korrektiv tilknytning* fra beboerens side vil vi forstå, at en voksen borderline-klient, der i barndommen har udviklet en patologisk tilknytningsform, får dannet en ny og sundere tilknytning til en mor-figur. Begrebet har teoretiske rødder tilbage til Alexander (Alexander & French 1946), der har introduceret begrebet *den korrektive oplevelse*.

I litteraturen om borderlinebehandling, hvor Kernberg's linie dominerer, især gennem varianten støttende psykoterapi, hviler Ferenczis spøgelse tungt over de terapeutiske rum. Den kompromislinie som tilbydes i den støttende terapi<sup>15</sup> indebærer, at terapeuten er indfølelse, viser stor ansvarlighed og tålmodighed over for klienten, og tilbyder en tryk og stabil langtidskontakt over en ofte betydelig årrække. Men samtidig sættes der snævre grænse for, hvor langt terapeuten må gå i retning af at tilfredsstille klienten desperate behov for at finde den savnede tilknytningsperson. Der er en almindelig konsensus om, at hvis dette behov bliver imødekommet, så vil klienten gennemgå en alvorlig og *ondartet regression*<sup>16</sup>, og samtidig vil terapeuten blive tvunget længere og længere ud i et morads af uopfyldte krav.

Gabbard og Wilkinson skriver således:

Terapeuten må til syvende og sidst svigte patienten. Kun ved ikke at opfylde patientens alt-fortærende behov vil den nødvendige disillusionerings- og sorgproces kunne holde sit indtog i terapien. At forsøge at være den »helt igennem gode mor« er dømt til fiasko. Rollen er ikke bare umulig at opretholde, men er i bund og grund ikke-terapeutisk<sup>17</sup>.

Der er noget cirkulært ved denne argumentation, der ligner taburegler i animistiske kulturer. Der er nogle ting, der er så forfærdelige, at de med sikkerhed vil fremkalde en katastrofe, hvis tabuet bliver overtrådt. Når man så spørger efter evidens, vil de tabubelagte personer slå syv kors eller hvad de nu har af rituelle afværgemekanismer, og spørge om man da er rigtig klog, for en sådan evidens forudsætter et tabubrud, og så ville

man jo fremkalde en katastrofe.

På samme måde forestiller de støttende terapeuter sig at måtte gennemføre en æggedans, hvor de på den ene side giver klienten lidt stene for brød for at *fastholde langtidskontakten*, og hvor de på den anden side skal opretholde et terapeutisk jerntæppe til at *blokere for den grundlæggende omsorg*, klienten har savnet hele sit liv og som hun eller han hungrende trygler terapeuten om at få.

Et bevis på hvor farligt det vil være, at give efter for patientens regressive omsorgsbehov, udpeges gennem de eksplosive og farlige reaktioner fra klienten, der allerede er indtruffet under de minimale former for omsorg, som foreligger i den støttende terapi.

Der er imidlertid en helt anden måde, at tolke disse erfaringer. Det har efter Familiecentret's erfaringer, været temmelig komplikationsløst at yde en *rigtig* regressiv omsorg<sup>18</sup>, og det kan set i lyset af disse erfaringer meget vel være, at klientens ofte farlige *acting out* og manipuleringen med terapeuten netop er udtryk for de problemer, som det frustrerede omsorgsbehov inducerer.

For ikke at denne kritik af praktisk taget al anden borderline-behandling skal få et alt for skråsikkert præg, må vi imidlertid knytte nogle perspektiverende kommentarer hertil.

For det første må det understreges, at debatten om aktiv indgriben versus abstinens siden dens udspring hos Ferenczi og Freud fra begge parter side har været knyttet til det terapeutiske rum og dettes eksplicitte og implicitte begrænsninger. Kritikken af Ferenczi er således velbegrunderet for så vidt som hans forsøg på at overskride det terapeutiske rum var famlende, ineffektivt og belastet af en konflikt mellem en professionel terapeutisk og en helt personlig forholdemåde over for klienten. Da tabuet mod »mothering« kun rationelt kan knyttes til det terapeutiske rum, må vi imidlertid afvise generaliseringen af tabuet til også at omfatte behandlingsformer der ikke er psykoterapeutiske. Vores påstand er således, at »mothering«, i vores terminologi, regressiv omsorg, kræver en ikke-psykoterapeutisk behandlingsform og formentlig også institutionelle former, hvor der er tale om i det mindste dag-behandling, og ud fra Familiecentrets erfaringer skal behandlingen foregå på en døgn-institution. En placering af regressiv omsorg i forhold til såvel psykoterapi, som almindeligt (psykosocialt) kontaktarbejde fremgår af nedenstående tabel:

### Oversigt over afgrænsningen mellem de tre behandlingsformer rettet mod den voksne

Behandlingsform	Behandlingsaspekt			
	Behovstfredsstillelse	Påvirkningsfelt og måde	Normativ indflydelse	Ansvarlig instans
<b>Kontaktarbejde</b>	Alm. behov for støtte og kontakt	Bevidstheden direkte	Feed-back på normativ adfærd	Beboer
<b>Regressiv Omsorg</b>	Infantile behov	Det Ubevidste direkte	Opdragelse	Omsorgsperson
<b>Psyko-terapi</b>	Tilfredsstillelse uacceptabel	Det Ubevidste indirekte	Norm-påvirkning uacceptabel	Beboer

For det andet må vi også se lidt nærmere på den frygt for ødelæggende regression, som har præget debatten om borderline-behandling. Balint (1968) skelner her mellem den *gode* og den *onde regression*, hvor den gode regression er den helende behovstfredsstillelse af grundbristen, som også vores case belyser, mens den onde regression svarer til de skræmmebilleder, som kritikerne af »mothering« fremmaner. Spørgsmålet er nu om disse to former for regression primært er bestemt af psykopatologiske forhold hos klienten eller om de, som vi har antydnet, kan være bestemt eller i det mindste afgørende meddetermineret af uheldige træk ved behandlingsformen. Hvis det sidste er tilfældet, kan man da igen rejse spørgsmålet, om det er tilfredsstillelsen eller frustrationen af de regressive behov, der er årsagen disse uheldige træk. Winnicott har således, lige som i sin tid Ferenczi, overvundet psykoanalysens skræk for regression, og han har en tilsvarende tiltro til at hvis den bliver rigtigt tacklet, så bliver den ikke skadelig:

[...] jeg er nu blevet meget bestyrket af min erfaring med at tillade en psykoanalytisk patient at regrediere så meget som det er nødvendigt. Hvad der virkelig skete var, at der var en bund hvortil regressionen nåede, og der var intet-somhelst tegn på et behov for at fortsætte regression efter at den havde nået bunden.<sup>19</sup>

For det tredje må man, ved en sammenlignende vurdering af effektiviteten for en rent psykoterapeutiske form og den kombinerede form på Familiecentret, inddrage flere praktiske aspekter omkring selve kravspecifikationen for behandlingen. Den støttende er tidsmæssigt begrænset på frekvensplanet til højst nogle ugentlige konsultationer (op til 4 er nævnt),

mens den til gengæld på varighedsplanet kan udstrækkes til mange år, gennemgående over 5, og i princippet kan være livsvarig. Det er nu ikke utænkeligt, at en sådan langsigtet behandling kan være effektiv over for borderline-klienter, selv om den er begrænset til det terapeutiske rum. Faktisk synes netop de ovennævnte publikationer at vise det, lige som vi selv (Karpatschof & Karpatschof 1987) tidligere har skrevet om en case, hvor behandlingen havde denne karakter. Det skal imidlertid her understreges, at der på Familiecentret er en behandlingsspecifikation, som gør en muligvis effektiv langsigtet borderline-terapi utilstrækkeligt. Denne specifikation vedrører det afgørende behandlingsmål, som er knyttet til det truede barn. Når et barn, der typisk er fra 1 til 5 år, er udviklingstruet pga. moderens omsorgssvigt, så kan moderen muligvis vente 5 år på at en langsigtet borderline-terapi skal begynde at virke, men barnet kan ikke. Der vil ofte være sket ubodelig skade, inden moderen er blevet »en god nok mor«.

Familiecentret's voksen-behandlingsmodel er derfor indrettet på en intensiv, døgnbaseret behandling af 1-2 års varighed. Hvis denne varigheds-grænse skal overskrides i væsentlig grad, så vil det ikke blot være økonomisk urealistisk, men det vil også være uacceptabelt ud fra selve centrets formål: at sikre de truede børn en mor, der kan give dem den fornødne omsorg.

Indtil nu tyder Familiecentret's erfaringer på, at der ved en intensiv døgnbaseret kombination af støttende psykoterapi en gang om ugen og en konstant regressiv omsorg over en periode på mindst 1 år (suppleret med fortsat ambulans kontakt i udslusningsperioden) er gode muligheder for at svært omsorgssvigtede mødre med borderline-forstyrrelser kan udvikle en stabil tilknytning til en omsorgsperson. Denne tilknytning er helende over for den tilgrundliggende deficit og dermed afgørende som korrektiv behandling af personlighedsdefekterne. Den korrektive tilknytning er hermed ikke alene forudsætningen for en løsning af moderens personlige problemer, men også for afhjælpningen af de problemer, der er det bestemmende motiv for hele familiebehandlingen, nemlig dannelse af en omsorgsevne hos moderen til sikring af barnets psykiske udvikling.

Og hermed kan vi gå over til det sidste afsnit i denne kliniske del, afsnittet om den nyudviklede omsorg hos den behandlede mor.

## **6. Fra omsorgssvigt til omsorg**

Vi mangler nu blot en happy ending på denne historie. Vi har set på, hvordan moderen har modtaget regressiv omsorg dagligt i en længere periode. Vi har fulgt udviklingen af den selvforståelse, psykoterapien giver anledning til, parallelt med at der arbejdes med barnet som et selvstændigt individ og med relationen mellem mor og barn. Vi har endelig beskrevet hvordan moderen, efter dette store arbejde fra vores, men især fra hendes



egen side, udvikler den omsorgsevne og den bindingsrelation, der muliggør at hendes barn kan få en ordentlig tilknytning og derigennem selv udvikle en sund personlighed.

Denne fortælling har vi allerede fortalt for Annes vedkommende, og hun har også været en slags testpilot for den behandlingsmodel, som her er beskrevet, men der har været mange forgængere, hvor en lidt mindre forkromet behandlingsmetode er blevet anvendt<sup>20</sup>, og der er allerede flere efterfølgere, hvor kombinations-modellen med regressiv omsorg og psykoterapi over for moderen sideløbende med behandling af barnet bliver anvendt.

For dette er ud fra vore erfaringer den bedste måde at forvandle omsorgssvigt til omsorg hos tidligt skadede klienter.

Efter denne kliniske case prolog og den kliniske analyses hovedakt, vil vi nu gå over til den teoretiske epilog.

### C. Teoretisk analyse

Vi har nu med udgangspunkt i en konkret case set på den her anvendte model for behandling af borderline-mødre, og vi har her sammenholdt de specifikke kliniske erfaringer og synspunkter med litteraturen om borderline-behandling.

Alt dette har befundet sig på et anvendt psykologisk, nærmere betegnet klinisk psykologisk plan, og vi skal nu forsøge at overføre denne diskussion til en almenpsykologisk, nærmere betegnet udviklings- og personlighedspsykologisk teoriramme.

Ud fra et alment psykologisk perspektiv er problemet, at den teoriramme som psykoterapeuter betjener sig af, dels er præget af nogle rent pragmatiske krav om klinisk anvendelighed, og dels af en særlig teorihistorisk forankring i en psykodynamisk tradition, som har epicenter hos Freud, og som har undergået en række spaltninger i indbyrdes uenige retninger som ego-psykologi, objekt-relationsteori og selv-psykologi.

Såvel den ortodokse psykoanalyse som dens forskellige efterfølgende varianter stiller den almene psykologi over for et dilemma. På den ene side er dens erfaringer af så fundamental betydning, at en almen psykologi uden disse ville være reduceret til kognitions- og socialpsykologiske banaliteter. På den anden side er de begreber, hvori disse erfaringer bliver beskrevet baseret på teoretiske antagelser, der ikke bare er af en ofte meget spekulativ art, men der er også indbyrdes modstrid imellem dem blandt de rivaliserende retninger.

Man står således over for et valg mellem purismens scylla, hvor de relevante fænomener bliver kasseret sammen med de problematiske kliniske begreber, og en eklekticismens carybdis, hvor man af hensyn til de relevante fænomener vælger at overtage de problematiske begreber.

Vi skal her pege på en tredje mulighed, nemlig at arbejde i retning af en teoretisk rekonstruktion med følgende etaper:

1. En fænomenal reduktion, hvor fænomenerne bliver rensset for alle problematiske begreber, og hvor alle anvendte begreber enten er veldefinerede eller bruges som en deskriptiv indikator, der fastholder og samler en række velbeskrevne empiriske fænomener<sup>21</sup>.
2. En begrebsmæssig rekonstruktion, hvor de deskriptive indikatorer afløses af teoretisk veldefinerede begreber.
3. En teoretisk integration, hvor de rekonstruerede begreber organiseres i en sammenhængende teoridannelse.

Hvad mener vi da med de midlertidigt acceptable deskriptive indikatorer? Det er fx. netop symptomer som *acting out*, *splitting* og *projektiv identifikation*, der står for veldefinerede adfærdsformer, men også en term som *borderline-personlighedsforstyrrelse*, der samler sådanne former.

Hvad mener vi så med problematiske begreber? Det drejer sig især om to forskellige typer:

For det første er der tale om begreber for internaliserede psykiske instanser af generel eller individuel karakter, der anvendes til forklaring af psykologiske forhold, og som ikke er tilgængelige for empirisk deskription. Begreber om generelle psykiske instanser er fx. *Freuds topiske instanser*, eller *den paranoide-schizoide position* hos Klein, eller *selvpsykologien*. Et eksempel på et begreb for en specifik psykisk instans er et begreb som *introjekt* eller *objektrepræsentation*.

For det andet er der tale om begreber, der er knyttet til hypoteser om bestemte almene udviklingspsykologiske eller personlighedspsykologiske forhold, som ikke er tilgængelige for en empirisk afprøvning. Det gælder fx. *Freuds tese om Ødipuskompleksens universalitet*, eller Kleins postulat om *konflikten mellem dødsdrift og libido* i den paranoide-schizoide position.

Vi skal ikke her gå ind på den anden type begreber, men alene diskutere nogle i denne sammenhæng relevante begreber for internaliserede psykiske instanser, og vi skal give eksempler på en rekonstruktion af dem.

## 1. Objekt eller tilknytningsperson

Det objekt-begreb som Klein introducerer er for os at se et fremskridt i forhold til den ortodokse psykoanalyse, fordi det er mere relationelt og mindre internalistisk. Det peger på at det psykiske ikke er en lukket fantasiverden, hvor *jeg'et* og *overjeg'et* kæmper med at administrere drifts-

rørelserne, men at der er tale om noget der også foregår i et interpersonelt og materielt rum.

Samtidig er begrebet dog problematisk, fordi det kun er et halvt skridt væk fra Freuds internalisme, og derved er det systematisk tvetydigt. Det er et amfibium, der undertiden kan være introjektet af en person eller dele af en sådan, og undertiden nærmest står for selve denne person.

Her har Bowlby (1991) på befriende måde taget skridtet fuldt ud af det psykoanalytiske tågekammer.

Med begrebet tilknytning er der tale om en real relation, hvor subjektrelatanten er barnet og objektrelatanten er den person barnet knytter sig til. Ved at erstatte ordet »objekt« med »tilknytningsperson« forlader vi tågernes verden.

## 2. Objektrepræsentation eller emotion

Et andet problematisk begreb, der belaster den udviklings- og klinisk psykologiske teoridannelse er objektrepræsentation. For så vidt som begrebet objekt allerede er at forstå som et introjekt, bliver *objektrepræsentation* jo nærmest en dobbeltkonfekt. Men under alle omstændigheder peger det på et reelt problem, fordi det psykiske jo netop har den autonomi, at et individs forholdemåde til en genstand, fx. en anden person, jo ikke kan ækvivaleres med denne genstand. Uanset hvilken slags mor et barn har, så vil barnets forholdemåde til moderen være et selvstændigt fænomen, som nok må ses i lyset af den genstand, det forholder sig til, men som også har sine egne, idiosynkratiske træk.

Det er naturligvis alt dette ordet »objektrepræsentation« signalerer. Og hvad mere er. Det signalerer endvidere, at det idiosynkratiske i barnets forholdemåde over for en bestemt person vil blive udgangspunkt for barnets mere generelle forholdemåde over for andre mennesker.

En teoretisk indsigt, der er indefrosset i begrebet objektrepræsentation, er det forhold, at en persons forholdemåde over for et andet menneske kan være fragmenteret, konfliktfyldt og labilt.

Det er denne indsigt der kommer til udtryk i begreber som *splitting* og *manglende objektkonstans*. Vi skal her pege på en teoretisk rekonstruktion, der fastholder denne indsigt uden at forudsætte et så problematisk begreb som objektrepræsentation.

Vi har tidligere (Karpatschhof, B. 1984, Karpatschhof, L. 1984) introduceret begrebet *emotion* som betegnelse for en persons følelsesmæssige disposition over for et bestemt menneske. En emotion er i den normale personlighedsudvikling en stabil organisation af de forskellige grundaf-fekter, som udgør dens konstituenten. Det er barnets dannelsen af en emotion over for moderen, der er den følelsesmæssige side af hvad Bowlby kalder for tilknytning.

Men hvis barnet enten konstitutionelt mangler forudsætninger for at

danne tilknytning, eller hvis den omsorgsmæssige betingelse mangler, fx. fordi tilknytningspersonen selv er følelsesmæssigt utilstrækkeligt udrustet, så dannes der *ikke* en emotion i den forstand, at der er tale om et stabilt system af affekter, som samlet udgør en velorganiseret disposition over for den givne person.

Her har vi ganske vist tilsyneladende taget stilling for deficit- og ikke konflikt-teorien i diskussionen om borderline-ætiologi. Men faktisk vil der jo være tale om en konflikt mellem de modstridende affektive tilbøjeligheder, som oprindeligt vil være relevante reaktionsmåder over for den kaotiske og traumatiske behandling, som tilknytningspersonen udsætter barnet for.

Også begrebet intakt og manglende objektkonstans kan oversættes til et rekonstrueret begreb. Vi behøver blot at skelne mellem på den ene side en veludviklet emotiv disposition, som vi med en vis redundans kan kalde en *integreret emotion*, og en u- eller fejludviklet emotiv disposition som vi, med en begrebssammensætning der til gengæld er en smule selvmodsigende, kan kalde for en *inkonsistent emotion*.

Herefter kan vi teoretisk rekonstruere selve begrebet om en borderline-personlighed som den personlighedstype, hvor der, oftest pga. omsorgssvigt, sker en blokering af den normale udvikling fra affekter og gennem tilknytning over for den primære tilknytningsperson til dannelsen af en integreret emotion over for denne; således at vi i stedet får en inkonsistent emotion, der vil fungere som en støbeform for efterfølgende interpersonelle dispositioner af samme inkonsistente art, og med hertil svarende former for personlighedsforsvar, bestemt af de kroniske konflikter et affektbaseret følelsesliv skaber.

## REFERENCER

- ADLER, G. & BUJIE, D. 1979 Aloneness and borderline psychopathology; The possible relevance of child development issues. *Int. J. Psycho-analysis*, 60, 83-96.
- AINSWORTH, D.S. et al. 1978 *Patterns of attachment*. Hilldale, N.J.: Erlbaum.
- ALEXANDER, F. & FRENCH, T. 1946 *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press.
- BALINT, M. 1968 *The Basic Fault -Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistock.
- BOWLBY, J. 1991 *Attachment and Loss: 1-3*. London: Penguin.
- BOYER, L.B. & GIOVACCHINI, P. (Eds.) 1990 *Master clinicians on treating the regressed patient*, Norhtvale, N.J.: Jason Aronson.
- BRODÉN, M.B. 1991 *Mor och barn i ingenmansland: intervention under spädbarnsperioden*, Stockholm: Almqvist & Wisell.
- CLAUS, M. & KENNEL, J. 1982 *Parent-Infant-Bonding*. St. Louis: Mosby.
- DUPOND, J. (Ed.) 1988 *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*. Cambridge, MA, Harvard University Press.

- FAIRBAIRN, W.R.D. 1952 *Psychoanalytic studies of personality*. London: Tavistock.
- ... 1954 *An object relations theory of personality*. New York: Basic.
- FERENCZI, S. 1939 »Kinderanalyse mit Erwachsenen (orig. published 1931) «IN: S. Ferenczi, *Bausteine zur Psychoanalyse*, Vol. tre, 491-510, Bern: Hans Huber.
- FRAIBERG, S. et al. 1975 The Ghost in the Nursery. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 14, 387-421.
- FREUD, S. 1992 *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzel.
- ... 1960 *Letters of Sigmund Freud*. (Ernst L. Freud, Ed.). New York: Basic Books.
- GARRAD, G.O. & WILKINSON, S.M. 1994 *Management of Countertransference with Borderline Patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- GOLDSTEIN, E.G. 1990 *Borderline Disorders*. New York: Basic.
- JONES, E. 1973 *The life and work of Sigmund Freud, Vol. 3; The last phase 1919-1939*. New York : Basic Books.
- KARPATSCHOF. B. 1983 Samfundets opløsning – og selvets. *Psyke & Logos* 4: 148-163.
- ... 1984 Følelserne fylogenes. *Psyke & Logos* 5: 32-53.
- KARPATSCHOF. L. 1984 Det kommunikative følelsesliv. *Psyke & Logos* 5: 54-73.
- KARPATSCHOF, B. & KARPATSCHOF, L. 1987 Den internaliserede krænker. *Psyke & Logos* 8: 174-222.
- ...1991 Forældre uden opdragelse, *Psyke & Logos* 12: 266-287.
- KERNBERG, O.F. 1976 *Object relation theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- KERNBERG, O.F. et al. 1989 *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- KLEIN, M. 1975 *Envy and Gratitude and other Works, 1946-63*. New York: Delacorte.
- LITTLE, M. 1965 Transference in Borderline States. *Int. J. Psycho-anal.* 47, 476-85.
- MAHLER, M.S. 1971 *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press.
- MAHLER, M.S. et al. 1971 *The Psychological birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- MASSON, J.M. 1984 *Angrebet på sandheden: hvorfor svigtede Freud sin forførelsesteori?* Kbh.: Fremad.
- MASTERTON, J. 1972 *Treatment of the Borderline Adolescent: An Developmental Approach*. New York: John Wiley.
- ROCKLAND, L. 1992 *Supportive Therapy for Borderline Patients – A Psychodynamic Approach*. New York: Guilford.
- RODMAN R.F. 1987 *The Spontaneous Gesture. Letters of D.W. Winnicott*. Cambridge: Harvard University Press.
- STUDY GUIDE TO DSM-IV 1994 Washington: American Psychiatric Press.
- STONE, M.H. 1990 *The fate of the borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford.
- WALDINGER, R.J. & GUNDERSON, J.G. 1989 *Effective psychotherapy with borderline patients – case studies*. Washington: American Psychiatric Press
- WINNICOTT, D.W. 1965a *The Family and Individual Development*: London: Tavistock.

—... 1965b *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.

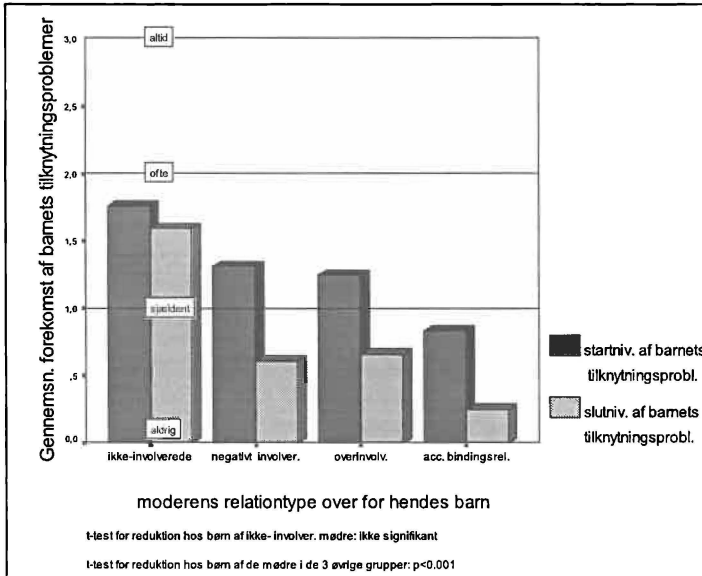
—... 1987 *Babies and their Mothers*. Reading, Mass.:Addison-Wesley.

## NOTER

1. I casebeskrivelsen er alle navne ændret, og den endelig form er blevet godkendt af »Anne«.
2. (Study Guide to DSM-IV, 1994).
3. Vi har ikke her i detaljer gennemgået Annes symptomatologi. Det fremgår, at det eneste symptom på listen, som ikke optrådte hos hende, er nr. 1, desperate anstrengelser for at undgå forladthed. På dette punkt havde hun i stedet en tendens til paranoid tilbagetrækning.
4. I en endnu upubliceret undersøgelse fra Familiecentret viste det sig, at prognosen for såvel mor og barn afhang stærkt af denne typologi. Den første type har en ret dårlig prognose, mens de to andre har en god prognose, og dette gælder især for den sidste. I nedenstående diagram er børnene for de tre typer af mødre sammenlignet med en slags kontrolgruppe, hvor der ikke var omsorgsproblemer, fordi årsagen til opholdet var krisetilstande hos mødrene. Her er børnenes tilknytning til moderen skaleret gennem et index for omfanget af tilknytningsproblemer før og efter behandlingen, og børnene er samtidig opdelt efter moderens bindingsrelation.

Det viser sig nu, at udsigterne til en bedring af børnenes tilknytning afhænger klart af moderens relation.

### Index for tilknytningsproblemer ved hhv. begyndelse og afslutning hos børn opdelt efter moderens relationstype



Barnets tilknytning til moderen ændrer sig ikke nævneværdigt i den dårligste gruppe, dvs. gruppen med ikke-involverede mødre. Derimod er der en klar fremgang i de øvrige 3 grupper.

5. I (Garrad & Wilkinson 1996) anføres et sådan eksempel på en farvet erindring. Patienten fortalte, at moderen under Cubakrisen i begyndelsen i 60'erne havde sagt, at hun ville myrde patienten i sengen, så hun ikke kom til at opleve en atomkrig. Da den efter terapeutens opfattelse både omsorgsfulde og ansvarlige mor blev konfronteret med dette udsagn, blev hun ret chokeret og fortalte, at det hun faktisk havde sagt var, at familien hellere måtte være døde end lide under virkningerne af en atomeksplosion.
6. Begrebet *binding*, eng. *bonding*, er teoretisk introduceret af Claus & Kennell (1982) som den komplementære relation til tilknytning, eng. *attachment*.
7. Her citeret fra (Boyer & Giovacchini 1990,235).
8. Begrebet *modoverføring* bør opdeles i for det første den terapeut-specifikke del, som simpelthen er terapeutens personlige følelsesmæssige udstyr, der subjektivt farver eller ligefrem præger opfattelsen af klienten og af det terapeutiske forløb. Og for det andet den inducerede del, der er terapeutens følelsesmæssige reaktion på patientens adfærd. (Gabbard og Wilkinson 1996, 9).
9. »Om overføringens dynamik« (1912), (Freud 1992,107).
10. »Bemærkningen over overføringskærligheden« (1915), (Freud 1992, 167).
11. (ibid.).
12. Her citeret fra (Masson 1984).
13. (Dupont 1988). Her citeret fra (Gabbard & Wilkinson 1996, 64).
14. (Rockland 1992,41).
15. Se (Rockland 1992), (Waldinger & Gundersen 1989), (Garrad & Wilkinson 1996).
16. Begrebet *ondartet regression* vil blive defineret senere.
17. (Gabbard & Wilkinson 1996, 55).
18. Det kan her diskuteres, om selv den regressive omsorg har været lidt for forsigtig i retning af at yde den basale omsorg. Anne fra vores case har således efter afslutningen af behandlingsforløbet fortalt, at hun savnede moderlige kært tegn fra omsorgspersonens side. Her er vi altså præcis derhenne, hvor Ferenczi kom i karambolage med vore tabuer for social interaktion, og dermed for alvor kom til at rage uklar med Freud. Denne korporlige grænse for omsorgen er som allerede antydnet lige så meget et problem, der angår behandleren som klienten. Der er faktisk ikke noget der tyder på at sådanne kært tegn ville have fået Anne til at ryge ud i en ond regression, men de ville nok have belastet omsorgspersonen.
19. (Rodman 1987), her citeret fra (Boyer & Giovacchini 1990,230).
20. Jvf. diagrammet i note 1.
21. En tilsvarende fænomenal reduktion af narcissisme-begrebet er forsøgt i (Karpatschof, 1983).