

TILKNYTNINGSFORSTYRRELSER OG PSYKOPATOLOGI

Anne Rechenbach

Undersøgelser vedr. sammenhæng mellem tilknytningsmønstre og psykiatriske tilstande er endnu på et beskedent plan. Alligevel har tilknytningsteorien betydet ganske meget for forståelsen af psykiatriske lidelsers opståen, hvor især personlighedsforstyrrelser er bedst beskrevet. Vi ved i dag ganske meget om, hvordan tilknytningsmønstre er dannet, og hvordan de transmitteres fra den ene generation til den næste. Vi ved også, hvilken indflydelse de enkelte tilknytningsmønstre har på udformningen af personligheden. Det er især den desorganiserede tilknytningsforstyrrelse præget af traumer og tab, der prædisponerer til psykiatrisk lidelse. Ved borderline personlighedsforstyrrelsen (BPD) har man således fundet ætiologisk betinget sammenhæng mellem den primære tilknytning og psykisk lidelse. Men også den dyssociale personlighedsforstyrrelse kan forstås i lys af tilknytningsteorien, idet den primære tillukkede/afvisende tilknytningsforstyrrelse prædisponerer til denne personlighedsforstyrrelse.

En anden måde at beskrive personlighedsforstyrrelser på er at se på, om der er maksimering eller minimering af tilknytningsbehov, idet maksimering kendetegner BPD, mens minimering karakteriserer den dyssociale personlighedsforstyrrelse.

Introduktion

Mange teorier er i tidens løb opstået til forklaring af psykopatologisk udvikling. Teorierne omfatter såvel neurobiologiske, genetisk/konstitutionelle teorier som udviklingspsykologiske og socialpsykologiske teorier.

Tilknytningsteorien har inden for de sidste årtier fået særlig opmærksomhed, idet betydningen af det tidlige mor-barn forhold i dag betragtes som en væsentlig faktor ved psykisk lidelse.

Tankegangen er ikke ny. Objektrelationsteoretikerne ligesom også ego-psykologien har peget på betydningen af de første leveår som afgørende for barnets psykiske udvikling. Det er dog først med Bowlby's empirisk funderede tilknytningsteori, at det tidlige mor-barn forhold er tillagt en væ-

Anne Rechenbach er klinisk psykolog. Mangeårig ansættelse på Bispebjerg Hospitals Børne- og ungdomspsykiatriske afdeling. Specialist i psykoterapi ved Dansk Psykolog Forening og ved Psykiatrisk Selskab. Uddannet i Adult Attachment Interview (AAI). Projektleder af forskning vedr. tilknytningsmønstre.

sentlig betydning for den psykiske balance og dermed for en mulig psykopatologisk udvikling.

På baggrund af observationer af hospital- og institutionsanbragte børn, beskrev Bowlby (1988) børnenes sorgreaktioner og tidlige uhensigtsmæssige tilknytningsmønstre. Disse blev ifølge Bowlby transmitteret fra den ene generation til den næste som ætiologisk betinget årsagsfaktor ved bl.a. social arv. Utallige andre empiriske undersøgelser har påvist betydningen af en sikker tilknytning for barnets personlighedsudvikling. Ainsworth (1985) har i et tæt samarbejde med Bowlby fundet, at en tryk tilknytning støtter barnets selvtillid og øger dets evne til emotionel kontrol. Dette vil livet igennem fungere som en buffer over for psykisk pres. Omvendt vil en oprindelig usikker tilknytning medføre forringet evne til socialisering og dermed øge adfærdsforstyrrelser allerede i børnehaven og senere i skolen og ungdomslivet (Carlson, 1995).

Tilknytningsmønstre

Tilknytningsmønstre hos såvel børn som voksne kan klassificeres i fire hovedgrupper. Således de sikre tilknyttede børn (secure) eller fri-autonomt tilknyttede voksne (free to evaluate) – de usikre tilknyttede benævnt som de tillukkede børn (avoidant) eller afvisende voksne (dismissing) og de ambivalent/resistente børn eller overvældede voksne (præoccupied) og endelig som den fjerde gruppe de desorganiserede eller de uforløste (unresolved) karakteriseret ved mange tab og traumer.

Hos voksne vil der være endnu en tilknytningstype nemlig »cannot classify«, der er et tilknytningsmønster, som rummer særlig risiko for en psykopatologisk udvikling (Hesse, 2000).

Lidt under 2/3 i et ikke-klinisk klientel vil have det sikre tilknytningsmønster, mens ca. 1/3 vil have en af undergrupperne af de usikre tilknytningsmønstre (van Ijzendoorn, 1995).

Tilknytningsmønstre, der engang er dannet, vil alt andet lige have tendens til at vedvare livet igennem, mens konsekvenserne af separation og tab vil variere med alderen, afhængig af de særligt sensitive perioder. Det mindre barn, som endnu ikke behersker sproget, vil opleve separation ganske voldsomt, mens disse situationer opleves mindre truende af det lidt større barn. Barnets relation til forældrene vil efterhånden blive mere abstrakt og symbolsk udtrykt, idet sproget indgår i en kognitiv bearbejdning, ligesom evne til at foregribe de forskellige situationer af nærhed og adskillelse forbedres med alderen.

Hos den voksne vil såvel hensigtsmæssige og sikre strategier som de mere uhensigtsmæssige og usikre mønstre vedvare, hvis ikke voldsomme forstyrrende ændringer indtræffer. F.eks. vil særlige tab og traumer forandre på de allerede etablerede mønstre, ligesom også en gennearbejdende

(*working through*) psykoterapi vil kunne ændre tidlige utilpassede tilknytningsmønstre hen imod større tilpasning.

Tilknytningsforstyrrelser

Når barnets behov for beskyttelse og nærhed ikke imødekommes, vil der opstå forstyrrelser i barnets evne til tilknytning. Bowlby fandt således, at svigtede børn med negative repræsentationer af sig selv og andre vil have adfærdsstrategier, som uafledeligt bringer dem i risiko for psykisk sammenbrud (Bowlby, 1996).

At den tidlige tilknytning har så afgørende betydning for senere hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig adfærd udtrykkes bl.a. ved barnets Internal Working Model (IWM). IWM eller arbejdsmodellen er kognitive strukturer, som består af alle tidlige repræsentationer af omsorg og af svigtende og angstvækkende forestillinger om andre.

IWM er således dannet med baggrund i disse repræsentationer og vil senere selv forme og strukturere bevidstheden enten i en heldig retning eller netop uheldig og styrende hen imod en psykopatologisk udvikling. Men også mangelfuld affektregulering vil være bestemmende for adfærd og kan i uheldige tilfælde fremme en utilpasset adfærd. Det neurofysiologiske netværk, som består af »tilknytningsstier« vil sammen med de tilhørende emotioner, hæmme evne til kontrol, hvorved strategierne bliver uhensigtsmæssige (Schore, 1994). Dette ses f.eks. ved rolleombytning, hvor barnet i dyb afhængighed af forældrene, påtager sig den voksnes rolle (destruktiv parentificering) for at overleve i familien. Endelig vil en usikker tilknytning kunne føre til mangelfuld identifikation med forældrene, og dette vil igen resultere i negative reaktionsmønstre hos barnet f.eks. i form af en kriminel løbebane.

Main (2000) beskrev børns »states of mind« mht. tilknytning som en måde at minimere eller maksimere opmærksomheden på. Ved de usikre strategier vil barnet udtrykke minimerede tilknytningsbehov, idet de defensivt vil vende opmærksomheden væk fra omsorgspersonen. De vil have begrænset tilgang til deres egne følelser og udvikle et forvrænget, idealiseret billede af omsorgspersonen. Når barnet bruger maksimerede strategier vil det defensivt vende opmærksomheden væk fra egen sorg og uafledeligt gisne om omsorgspersonens mulige tilgængelighed og er ude af stand til at se, om der f.eks. fremsættes trusler fra omsorgspersonen. En minimering af tilknytningsbehov medfører udadrettede reaktioner i form af acting out, og en maksimering af tilknytningsbehov medfører forstyrrelser på det indre plan (selvbeskadigelse), fordi hele opmærksomheden er vendt mod en mulig kontakt til omsorgspersonen, hvorved de negative repræsentationer forbliver ubearbejdede.

Psykopatologi set i lys af tilknytningsteorien

Bowlby (1988) beskrev det lille barns udvikling som et sæt af jernebanelinjer, der kunne gå i alle retninger. Tilgængelige forældre vil give det lille barn alle muligheder, som det selv kan vælge at følge. I modsætning hertil er det barn, der ikke har tilgængelige forældre. Dette barn vil have ganske få muligheder, fordi udviklingen er givet på forhånd. Set i det lys betragtes psykopatologisk adfærd som et resultat af manglende valgmuligheder.

Tilknytningsteorien opfatter ikke psykopatologi som en regressiv tilstand som i klassisk psykoanalytisk forstand. Tilknytningsteorien betragter psykisk sygdom som et resultat af reelle hændelser i opvæksten, hvor især tab og traumer er væsentlige. Psykopatologi hos den voksne ses derfor som en form for patologisk sorgreaktion eller fejludvikling på baggrund af ukvalificeret omsorg og tab i barnealderen. Psykisk lidelse viser sig hos den voksne patient ved selvmutilerende adfærd eller ved en udadrettet kriminel adfærd.

Adfærdsforstyrrelser kan betragtes som et misforhold mellem oplevet omsorg grundlagt i den *episodiske* hukommelse (dvs. hukommelse for konkrete oplevelser i opvæksten), og på den anden side den *semantiske* hukommelse, hvor den »fortalte« eller »antagede« narrative hukommelse strider mod det egentligt oplevede. Dette kan iagttages hos patienter med en personlighedsforstyrrelse, hvor de interviewede med et smil fortæller om ulykkelige episoder, men hvor disse samtidig benægtes, idet de fastholder at have haft en lykkelig barndom.

Tilknytningsmønstre og psykopatologi i barndommen

Der kan være nogen forvirring i anvendelse af visse grundbegreber inden for tilknytningsterorien. Mange begreber anvendes synonymt. Det er derfor vigtigt at præcisere og klarlægge nogle af disse udtryk.

Man skal skelne mellem en »usikker tilknytning« og egentlig *tilknytningsforstyrrelse*. Sidstnævnte omfatter emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser, hvor reaktionsmønsteret vedvarende er uhensigtsmæssigt. »Usikker tilknytning« er det tilknytningsmønster, der vurderes på baggrund af fremmedtesten Strange Situation Procedure (SSP). Dette tilknytningsmønster kan være enten tillukket eller ambivalent. Det betragtes som en mildere tilstand end en egentlig tilknytningsforstyrrelse. Begrebet er således mere snævert og beskriver en copingstrategi og er altså ikke en diagnose som sådan. Børn med en diagnosticeret tilknytningsforstyrrelse vil altid have en grundliggende usikker tilknytning, mens det omvendte ikke nødvendigvis vil være tilfældet. En primær usikker tilknytning vil ikke nødvendigvis føre til en tilknytningsforstyrrelse, idet dette også omfatter affektive forstyrrelser.

Man kan tale om tre former for forstyrrelser i tilknytningen hos børn og unge under 16 år nemlig »*non-attachment* mønstre«, egentlig *tilknytningsforstyrrelse* og »*brud i tilknytningen*«.

Non-attachment svarer til den i ICD 10 nævnte diagnostik, nemlig den uselektive hæmmede kontaktform. Denne ses hos de børn, som ikke har en foretrukket tilknytning. De kan således ikke diskriminere mellem tætte kontakter og mere uvedkommende relationer og har ikke udviklet et præferencehieraki af tilknytningsemner.

Tilknytningsforstyrrelse eller den *reaktive* tilknytningsforstyrrelse ses hos de børn, der har en usikker tilknytning, som emotionelt viser sig i deres adfærd. Det kan være en klæbende, ubehjælpssom attitude eller en ekstrem omsorg over for voksne eller evt. en selv-mutilerende adfærd, hvor barnet og den unge ikke kan tage vare på sig selv eller holde sig væk fra risikable, truende situationer.

Endelig forekommer »brud i tilknytningen« dvs. en særlig sorgreaktion opstået på baggrund af et mistet nært objekt. Denne patologiske sorgreaktion eller *detachment* viser sig ved at barnet/den unge defensivt trækker sig væk fra omverdenen og ind i sig selv.

Desorganiseret tilknytningsmønster i barnealderen

Børns desorganiserede tilknytningsmønster vil i SSP vise sig ved dets uforklarlige, trancelignende adfærd med pludselige råb eller sidelæns krybende gang, fordi særlige forhold i situationen aktiverer traumat (Main, 1996). Et desorganiseret barn præget af tab og traumer vil søge at relatere sig til forældrene for at opnå beskyttelse. Men en udpræget frygt for deres egne beskyttere placerer dem i et uløseligt paradoks. Omsorgspersonen bliver på den måde både årsag til beskyttelse og samtidig årsag til frygt. Barnet vil nærme sig omsorgspersonen, men vil på samme tid opleve angst og impuls til flugt.

Desorganiseret tilknytning betyder dels en *internalisering* af problemet på det indre plan og dels en *eksternalisering* i forhold til kammerater i børnehave og skole, hvor adfærden bliver udadrettet. En desorganiseret tilknytningsforstyrrelse forekommer dels når barnet selv udsættes for overgreb og vold, men ses også i de tilfælde, hvor forældrenes egne uløste angstfyldte traumer overføres på barnet.

Forældres angstfyldte affekter, som ligger bag ved den truende adfærd er relateret til deres egne tab i deres egen opvækst. Disse tab er fortsat aktiveret og vedligeholdt i deres bevidsthed som uintegrerede affekter (*lack of resolution*), hvorved de ubevidst overføres på deres egne børn (Hesse, 2000). Desorganiseret tilknytning i barnealderen vil med stor sandsynlighed føre til dissociation og psykopatologi i voksenalderen (Main, 2000). Det er derfor meget vigtigt, at behandlere kender til denne tilknytningsfor-

styrrelse, fordi det får så afgørende betydning for en mulig psykopatologisk udvikling.

Risikofaktorer i barndommen

Kvaliteten af den tidlige tilknytning skal ikke betragtes udelukkende som en selvstændig risikofaktor. Ved psykisk sammenbrud vil der ofte være et kompleks af forskellige risikofaktorer. Disse er overvejende knyttet til den nære familiære situation (brud i familien), men der forekommer også andre risikofaktorer, f.eks. »økologiske« faktorer dvs. det omgivende miljø spiller en rolle sammen med de familie-afhængige faktorer.

Kvaliteten af den tidlige tilknytning må derfor betragtes som enten en »buffer« og beskyttelse over for traumer eller som en forværende faktor, som påvirker tilstanden med en form for sneboldeffekt. Der vil således altid være et sæt af multiple årsagsforhold f.eks. fysiske og seksuelle overgreb *kombineret* med en usikker tilknytning.

Uanset om der forekommer flere forskellige risici, vil en undersøgelse af kvaliteten af tilknytningen alligevel altid være påkrævet. Også i de tilfælde, hvor der kan konstateres et klart biologisk årsagsforhold som f.eks. ved autisme, er det vigtigt at se på mor-barn relationen, fordi denne faktor vil spille en rolle sammen med de andre faktorer og på den måde få afgørende indflydelse på barnets videre udvikling.

Der er ikke en liniær forbindelse mellem risikofaktorer og »outcomes«, idet flere forskellige årsagsforhold kan føre til den samme forstyrrelse ligesom også en enkelt årsag kan udløse flere forskellige former for psykiske forstyrrelser. Ofte ses en *eksponentiel* relation, således at skønt en eller to risikofaktorer optræder samtidigt og kun viser et lille udsving, kan en mindre belastning få voldsomme konsekvenser og et hastigt øget omfang af forstyrrelser hen imod et psykisk sammenbrud.

Der er trods dette alligevel en vis relation mellem art af forstyrrelse og art af adfærd, idet f.eks. en utilstrækkelig omsorg oftere bidrager til en uadrettet adfærd, mens forvirrende ambivalente relationer og særlige tab og traumer ofte bidrager til en selvdestruktiv adfærd. Det er endvidere vigtigt at understrege, at tidspunktet for traumet spiller en rolle, idet særligt sensitive perioder i højere grad vil fremme et psykisk sammenbrud hos barnet eller den unge, mens det ikke vil reagere på samme voldsomme måde i andre perioder af livet.

Beskyttende faktorer i barndommen

Flere faktorer kan optræde som beskyttende over for et psykisk sammenbrud hos barnet. Dette er i første omfang faktorer, der omfatter *tempera-*

ment samt de særlige individuelle karakteristika eller *resilience*, som kendetegner barnet og den unge (Fonagy, 1994). Et temperament, som omfatter evne til at rumme og kontrollere stærke følelser, vil optræde som en buffer hos barnet og vil kunne forhindre en psykopatologisk udvikling.

Endvidere spiller *intelligensen* en rolle på den måde, at et velbegavet barn har større chance for at undgå et psykisk sammenbrud. Også de »øko-logiske« faktorer kan være beskyttende, idet et omgivende beskyttende miljø med f.eks. en god skole, støttende naboer og øvrig familie kan forhindre et sammenbrud.

Der er dog ikke enighed om på hvilken måde dette sker, og om hvordan disse faktorer arbejder sammen, idet nogle hævder, at placeringen i den sociale klasse ikke i sig selv yder beskyttelse over for et psykisk sammenbrud, mens andre hævder, at dette kan være væsentligt. Kønsfaktorernes betydning er heller ikke fuldt klarlagt. Som hovedregel vil drenge oftere reagere med en udadrettet, voldelig adfærd, mens piger oftere reagerer med en selvmultilerende adfærd (Cassidy, 2000).

Tilknytningsforstyrrelser og psykiatrisk lidelse hos voksne

Forskning af tilknytningsforstyrrelser inden for det psykiatriske område er ganske ny. Forskningsresultaterne er derfor indtil videre noget begrænsede. De anvendte diagnoser er ikke altid indbyrdes overensstemmende, hvilket yderligere vanskeliggør generelle konklusioner.

Der er dog visse afgrænsede områder inden for psykiatrien, man har interesseret sig særligt for, og hvor undersøgelsesresultaterne er ganske entydige. Dette gælder personlighedsforstyrrelserne, hvor forskningen i dag er ganske omfattende og relevant. At det særligt er disse forstyrrelser, der har interesseret forskere, kan have flere årsager. En af dem er, at netop personlighedsforstyrrelser overvejende defineres (DSM IV og ICD 10) ud fra mellemmenneskelige relationer dvs. ud fra evne til at indgå i sociale relationer.

I det følgende vil en række psykiatriske lidelser beskrives ud fra patienternes »states of mind« og belyses ud fra en tilknytningsterminologi.

Borderline personlighedsforstyrrelse (BPD)

Incidensen af borderline personlighedsforstyrrelse (BPD) udgør i normalbefolkningen ca. 1%. Blandt de ambulante psykiatriske patienter er hyppigheden næsten 50% (Cassidy, 2000). At netop BPD er så vel undersøgt, når det gælder tilknytningmønstre forklarer Fonagy (2000) ud fra BPD's særlige symptomatologi.

Hvis vi ser på DSM IV's ni punkter til diagnosticering af BPD, kan næsten alle disse beskrives i en tilknytningsterminologi, dvs. i termer, der vedrører selvet i relation til objektet. F.eks. kan forsvarsmekanismen *splitting* beskrives som to adskilte og uforenelige arbejdsmodeller. Ligeledes vil *angst for forladthed* udtrykke manglende tryk tilknytning til objektet. *Emotional ustabilitet* kan forklares som urealistiske repræsentationer af den anden pga. rigide interpersonelle skemaer. Også *tomhed* kan forklares som en »skygge- agtig« sekundær repræsentation af selv'et og den anden. Symptomet *isolation* kan hos disse patienter forklares ud fra en mangelfuld evne til refleksion eller mentalization dvs. en manglende sekundær forestilling om selvet og den anden (Fonagy, 2000).

Borderline patienter er ofte meget hjælpsøgende og uafslædigt optaget af mellemmenneskelige problemer specielt i forhold til familien, som hyppigt er karakteriseret ved mange brud, tab og skiftende familierelationer (Aarkrog, 1985). Psykodynamisk beskrives disse patienter ved en ustabil, svingende selvfølelse samt ved en uudviklet repræsentation af den anden udtrykt ved en skiftende idealisering og devaluering. Centralt til stede er en vedvarende følelse af frygt for forladthed og svigt. I ætiologisk henseende regnes en genetisk årsagsfaktor til BPD for lidet sandsynlig. Tvillingeundersøgelser viser samstemmende ringe genetisk disposition, idet antallet af BPD i den nære familiekræds kun er på 11% (Cassidy, 2000). Derfor er tilknytningsteorien et velegnet bud på forklaring af netop disse forstyrrelser.

Main forklarer disse patienters skiftende intense og splittede følelser ved en defensiv fraspaltning, idet det truede barn ikke kan koordinere og integrere de forskellige positive og negative arbejdsmodeller af samme omsorgsperson, når denne person opleves frygtindgydende. Patienterne er uafslædigt optaget af voldsomt skiftende følelser præcist som det 1-årige ambivalente/resistente barn. Main taler om, at der hos den voksne patient med BPD ses *maksimering* af følelsesudtryk dvs. at den voksne patient er fordybet i angstfyldte følelser af svigt, idet de fraspaltede og uintegrerede arbejdsmodeller, som er dannet i den tidlige opvækst, forbliver adskilte livet igennem med deraf følgende risiko for en alvorlig personlighedsforstyrrelse (Main, 1994).

Fonagy fandt i en undersøgelse af 82 unge psykiatriske patienter, at 75% af personerne med BPD havde en overvældet (præoccuperet) »state of mind« og 89% af patienterne, ved en »split four«-analyse, var »unresolved« dvs. ubearbejdet mht. tab og traumer i opvæksten. Fonagy konkluderer, at »man ud fra dette ikke kan tilbagevise en direkte årsagssammenhæng mellem de sociale begivenheder i opvæksten og de aktuelt konstaterede mentale forstyrrelser« (Fonagy, 1996).

Patrich (1994) fandt i en undersøgelse af 24 patienter med BPD og dysthymi, at ingen i borderline gruppen havde en sikker tilknytning og kun to i den dysthyme gruppe. Der var en tydelig overvægt af det overvældede

(præoccuperede) tilknytningsmønster og 75% i gruppen med BPD havde ubearbejdede (unresolved) tab og traumer i opvæksten.

Flere andre undersøgelser vedr. BPD har påvist en transmission af tilknytningsmønstre fra den ene generation til den næste, idet man i disse undersøgelser koncentrerede sig om den intergenerationelle overføring. Rosenstein (1996) har undersøgt 27 mor-ung dyader med Adult Attachment Interview (AAI) og fundet høj korrelation (81%) mellem de indbyrdes tilknytningsmønstre hos mødre og de unge og at 16 ud af de 27 havde et overvældet (præoccuperet) tilknytningsmønster.

I et materiale på Bispebjerg Børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorium (Rechenbach, 2003) har man ved en blindanalyse af i alt 40 AAI (af 20 mor-ung dyader) fundet en overvægt af det uforløste (unresolved) tilknytningsmønster (ved en 4-split-analyse), og ved en 3-split analyse fundet et usikkert tilknytningmønster i form af såvel det afvisende tilknytningmønster (dismissing) som det overvældede tilknytningmønster (præoccuperede).

Aarkrog beskriver på baggrund af en longitudinal og prospektiv undersøgelse af en gruppe unge patienter på Bispebjerg Hospital, at hyppigheden af de mange traumatiske begivenheder i opvæksten, som netop karakteriserer BPD, må betragtes som »en ætiologisk betingelse for udviklingen af den særlige psykopatologi, som kendetegner BPD« (Aarkrog, 1994).

Nickell har i en stort anlagt undersøgelse af 393 unge borderline patienter fundet overbeskyttelse vekslende med påtvungen autonomi som signifikant relateret til BPD og konkluderede, at de sociale begivenheder og de dermed fundne ubearbejdede (unresolved) tab og traumer i opvæksten, visende sig ved svære tilknytningsforstyrrelser, var en af flere ætiologisk betingede årsager til udvikling af BPD (Nickell, 2002).

Samlet kan man konkludere, at BPD først og fremmest er karakteriseret ved det ubearbejdede tilknytningsmønster (unresolved), dernæst ved tilknytningsforstyrrelser overvejende i form af den ængstelig/ambivalente tilknytningsforstyrrelse og sjældnere ved det tillukkede/afvisende tilknytningsmønster. Endvidere ved maksimerede tilknytningsbehov. Desuden viser undersøgelserne høj konkordans mht. intergenerationel overførsel af tilknytningsmønstre fra forældre til børn.

Depressive forstyrrelser hos voksne

Bowlby påpegede, at depression hos voksne skal ses i lys af tre faktorer. Enten som resultat af tidlig separation/varigt tab (loss) af omsorgsperson eller på grund af massiv ustabil (insecure) relation til omsorgspersonen eller endeligt forårsaget af en opvækst helt uden omsorg.

Mange senere undersøgelser bekræfter, at tidligt tab af omsorgspersonen har afgørende betydning for barnets selvfølelse og dermed for dets evne til

at kunne klare ydre pres. Permanent tab eller død af omsorgspersonen griber ind i barnets psykiske tilstand med varige konsekvenser for dets voksenliv, som senere kan vise sig ved svære depressive forestillinger.

Der er dog nogen uoverensstemmelser i de forskellige undersøgelser vedr. depressive tilstande hos voksne og de fundne »states of mind«. Patrich (1994) fandt i en mindre undersøgelse af ambulante patienter, som havde fået stillet diagnosen dysthymia, at der var overvægt af det afvisende/tillukkede tilknytningsmønster (dismissing) blandt de depressive kvinder, mens Fonagy (1996) fandt overvægt af det overvældede tilknytningsmønster (præoccuperet) hos en gruppe depressive patienter (affektivt ustabile og depressive), som desuden var karakteriseret ved overvægt af det uforløste, ubearbejdede (unresolved) tilknytningsmønster. Rosenstein (1996) fandt blandt hospitalsindlagte depressive unge med blandingstilstand af den affektivt ustabile og depressive lidelse en dominans af det overvældede (præoccuperede) tilknytningsmønster.

Konkluderende vil man tale om, at der i alle tilfælde, når det omhandler voksne med en affektiv eller depressiv lidelse, vil være en tidlig usikker tilknytningsforstyrrelse præget af et unresolved mønster og at der bag dette gemmer sig et tillukket eller præoccuperet tilknytningsmønster.

Angsttilstande hos voksne

Angst kan forekomme både som en generaliseret angst og som forskellige former for fobier f.eks. socialfobi og agorafobi. Man regner med at ca. 15% af normalbefolkningen har angst i en eller anden form (Cassidy, 2000).

Mange angsttilstande udtrykkes ved en skiftende balance mellem *frygt* og *undgåelse* (avoidant), idet frygt bliver dominerende, når følelsen af flugt ikke længere er mulig. Hvis tilstanden overvejende udtrykkes ved frygt bliver symptomerne mere *internaliserede*, og strategierne vendes mod personen selv, mens der ved »undgåelse« ses *eksternaliserede* aggressive strategier.

Bowlby påpegede, at angsttilstande hos voksne primært udvikles i barnealderen, hvor den fri tilgængelighed i forhold til omsorgspersonen har været umuliggjort. Nogle børn vil, når de er hjemmefra, uafledigt være urolige for, om forældrene kan overleve i barnets fravær (skolefobi). Et »hyperaroused«, årvågent barn vil hele tiden være på vagt over for omsorgspersonens tilstand og dette vil prædisponere til generaliseret angst i voksenalderen. Ligeledes vil angstfyldte forældre kunne optræde kontrollerende, skiftevis overbeskyttende vekslende med en total afvisning – en adfærd, der igen prædisponerer til generaliseret angst hos barnet samt øget sårbarhed og vrede i det senere voksenliv.

Konkluderende er der ikke megen publiceret forskning vedrørende angsttilstande (anxiety disorders) og tidlige tilknytningsmønstre. En bedre

måde at beskrive angsttilstande på kan derfor være at beskrive symptomatologien som en internaliseret (indadvendt) eller en eksternaliseret (udadvendt) symptomatologi (Main, 1994, 1996).

Den dissociative forstyrrelse

Den dissociative lidelse er karakteriseret ved dissociation eller fraspaltning af dele af selvet. Desuden ses identitetsusikkerhed samt forbigående de-personalisation. Lidelsen er ganske udbredt i et psykiatrisk klientel.

Man regner ikke med en genetisk disposition til denne lidelse, som overvejende kan forklares psykodynamisk. Det truede barn vil – når omsorgsperson opleves farlig – fraspalte dele af selvet i forsøg på at overleve en voldelig situation. Angsten bliver særlig overvældende ved f.eks. fysisk eller seksuelt overgreb. Følelsen er svær at rumme for barnet, fordi det samtidig er massivt afhængig af den voksne omsorg mhp. overlevelse.

Dissociation sker ikke kun ved egentlige overgreb på barnet, men kan også forekomme i de tilfælde, hvor forældrene selv har uforløste/ubearbejdede traumer. Det er disse traumer, der transmitteres til næste generation. Forældrenes egne traumer vil vise sig ved f.eks. acting out og ved en uberegnelig kaotisk adfærd. Denne adfærd vil ved en intergenerational overførsel gå videre til næste generation, hvis det ikke bearbejdes terapeutisk.

Dissociation i tænkningen korresponderer til den desorganiseret tilknytningsforstyrrelse målt ved AAI. Dissociationen aflæses her som en forvirret tale og et totalt uforklarligt, ulogisk ræsonnement. Dissociation hos den voksne overlapper således fænomenologisk de forstyrrelser, man ser hos det desorganiserede barn. Derfor er det sandsynligt, at den desorganiserede tilknytningsforstyrrelse prædisponerer til den voksnes dissociative lidelse (Main, 1994).

Den dyssoziale personlighedsforstyrrelse

Den dyssoziale personlighedsforstyrrelse defineres i DSM IV ved en mangel på medfølelse og empati og en grundlæggende foragt for almindelig moral og regler i samfundet. Der ses impulsivitet, uansvarlighed og manglende forpligtelse over for normer. Mange undersøgelser påviser sammenhæng mellem adfærdsforstyrrelser hos skolebarnet og en senere udviklet dyssocial personlighedsforstyrrelse hos den voksne (Kernberg, 2000). Derfor er det vigtigt at rette særlig opmærksomhed på gruppen af adfærdsvanskelige børn mhp. forebyggelse.

Bowlby pegede på, at trusler om og tidlig adskillelse fra forældrene medfører voldsom følelse af vrede og had. Hadet kan ikke rettes mod forældrene, fordi børn er så totalt afhængige af disses støtte, hvorfor følelsen ret-

tes udad mod ting og andre personer. Rosenstein (1996) fandt, at de dominerende tilknytningsmønstre hos de antisociale var en tillukket/afvisende tilknytning (derogation, dismissing) samt et uløst, ubearbejdet tilknytningsmønster (unresolved) hos ca. halvdelen af den undersøgte gruppe. Fonagy (1999) fandt hos en gruppe unge antisociale patienter med paranoide træk – en overvægt af det uforløste (unresolved) tilknytningsmønster, men også i andre tilfælde fandtes et overvældet (præoccuperet) tilknytningsmønster. En omfattende longitudinal undersøgelse af Allen (1996) viste sammenhæng mellem den dyssociale forstyrrelse og tilknytningsmønstret afvisning »derogation« samt uforløste tab/traume (lack of resolution). Det konkluderedes at den kriminelle og stofmisbrugende adfærd havde nær sammenhæng med en tidlig tilknytningsforstyrrelse.

Sammenfattende er »states of mind« og denne personlighedsforstyrrelse ganske godt beskrevet. Der er også god overensstemmelse mellem de enkelte forskningsresultater, idet det gennemgående træk er uforløste traumer (unresolved) samt den tillukkede, afvisende tilknytningforstyrrelse (derogation).

Spiseforstyrrelser

Anoreksi og bulimi er spiseforstyrrelser, som oftest optræder hos unge kvinder. Symptomerne er forskellige, idet den anorektiske unge ønsker at bibeholde lav og nogle gange livstruende vægt, mens bulimikeren har ædeorgier vekslende med hyppige opkastninger. I begge tilfælde er de unge abnormt optaget af kroppen. Familiemønstret er ofte karakteriseret ved en overkontrolleret perfektionisme med meget rigide krav.

Tilknytningsmønstrene er undersøgt hos disse spiseforstyrrede unge, idet disse undersøgelser alle er retrospektive. Generelt fandt man, at de unge patienter var overoptaget af deres udseende specielt mhp. kroppen. Udforskning af følelser er umuliggjort, mens de i stedet tvangsmæssigt retter al opmærksomhed mod kroppen. Psykodynamisk kan de karakteriseres ved massiv fortrængning af følelser af sorg og vrede.

Tilknytningsmønstrene hos disse unge viste sig i én undersøgelse at være overvejende tillukkede og afvisende (dismissing) som hos Cole-Detke (1996), mens Fonagy (1996) i sin undersøgelse fandt overvægt af det overvældede (præoccuperede) tilknytningsmønster. Hos Fonagy fandtes desuden dominans af det uforløste (unresolved) tilknytningsmønster.

Konkluderende er resultaterne mht. sammenhæng af »state of mind« og spiseforstyrrelser ikke overensstemmende. Dette kan skyldes de valgte målemetoder, men også at kohorten i disse undersøgelser ikke er sammenlignelig. I nogle tilfælde er der comorbiditet til andre psykiske lidelser f.eks. til en depressiv lidelse, hvorved resultaterne kan variere. Psykodynamisk vil man tale om, at kvinder med en spiseforstyrrelse vil kontrollere den

ydre verden ved massiv spisekontrol og at denne form for kontrol vælges af patienter, der ikke umiddelbart er i stand til at reflektere eller udforske deres egen psykiske tilstand. I stedet retter de al opmærksomhed væk fra tilknytningen og hen imod det mål at ændre kroppen (Fonagy,1997).

Tilknytningsteorien og psykoterapi

Tilknytningsterorien er anerkendt for sit arbejde med den tidlige tilknytnings betydning for den senere psykopatologi. I mindre grad har man set på konsekvenserne af denne forskning for den psykoterapeutiske behandling. Bowlby har således mest interesseret sig for det teoretiske, mens han på det praktiske, psykoterapeutiske felt kun i mindre omfang har givet anvisninger på, hvordan teorien kunne overføres på patient-terapeut forholdet.

Inden for de seneste år er der imidlertid dukket flere interessante overvejelser op, som handler om, hvordan tanker vedr. tilknytning kan implementeres i den konkrete patientbehandling. Således har Holmes (2001) udformet en behandlingsmetode med særlige spørgsmål, nemlig *Brief Attachment-Based Intervention* (BABI). Her gøres rede for en række tilknytningsbaserede terapeutiske principper. Han påpeger således, at art af tilknytning hele tiden skal undersøges og bearbejdes i det aktuelle terapeutiske felt mellem terapeut og patient. Vigtigst er det dog at udforske de tidlige repræsentationer af tilknytninger. Disse giver nemlig indblik i patientens arbejdsmodeller og går igen i overføring og i modoverføring, som således er et spejl af de tidlige tilknytningsforhold. Det understreges, at terapien ikke skal være en opremsning af tidlige ulykkelige hændelser, men at de tilknyttede emotioner frit skal udtrykkes og udforskes i den aktuelle situation.

Det er vigtigt at få indblik i, om patienten rummer en velfunderet sikker base eller om denne er karakteriseret ved stor usikkerhed og ængstelse. Endvidere er det vigtigt at se på evne til udforskning og om personen har evne til at nyde og være interesseret i sin omverden. Har der været tidligt tab og evt. overgreb fra nære omsorgspersoner, og hvordan har personen kunnet kooperere med disse tab og traumer. Hvordan udtrykker personen sig følelsesmæssigt? Er der selvtillid og evne til relevant at give udtryk for vrede? Denne evne hænger sammen med tilstedeværelse af »autobiografisk kompetence« dvs. evnen til at beskrive følelsesmæssigt og gøre rede for det narrative selv. Endelig vurderes den refleksive funktion (mentalization) dvs. evne til følelsesmæssigt at sætte sig uden for situationen og reflektere over hændelserne. Alle disse forhold bør indgå og bearbejdes i den hensigt at revurdere og om muligt ændre arbejdsmodellerne hen imod en sikker tilknytning, som er terapiens egentlige formål.

Diskussion

Forskning af sammenhæng mellem tilknytningsforstyrrelser og psykiatrisk lidelse er endnu på et ret beskedent niveau. Der er en række vanskeligheder, når de enkelte undersøgelsesresultater skal sammenlignes. Dette skyldes en ikke altid overensstemmende diagnostik. Det er desuden vanskeligt at aflæse, om der er tale om indlagte eller ambulante patienter og hvilken psykiatrisk klassifikation, der er anvendt. Desuden er det svært i beskrivelserne at se, om der er comorbiditet til andre psykiske lidelser. På trods af disse vanskeligheder er der dog på enkelte områder ganske god overensstemmelse.

Således karakteriseres »state of mind« hos de fleste undersøgte psykiatriske patienter ved *non-autonomi*, dvs. der er fravær af den sikre frie og autonome tilknytning. Det dominerende tilknytningsmønster er i de fleste tilfælde den uforløste desorganiserede tilknytning præget af svære tab og traumer. Her er korrelation til psykiatrisk lidelse ganske høj.

Man skal imidlertid være varsom med entydigt at slutte fra disse resultater og til et bestemt årsagsforhold, fordi man derved risikerer en forenklet opfattelse. Alligevel er enkelte undersøgelser ganske klare og entydige i deres konklusioner, f.eks. ved påvisning af en ætiologisk betinget sammenhæng mellem PBD og den uforløste (unresolved), desorganiserede tilknytningsforstyrrelse. Andre longitudinelle undersøgelser påviser sammenhæng mellem den dyssoziale lidelse og tilknytningsmønstret tillukket/afvisning (derogation) samt en uforløst tilknytningsforstyrrelse (»lack of resolution«).

Ganske brugbart er det at gå på tværs af diagnoserne og vurdere tilstandene ud fra en anden parameter, idet man kan se på symptomerne, om hvorvidt disse kan karakteriseres som *internaliserede* eller som *eksternaliserede*. Ser man således på de psykiatriske tilstande kan nogle karakteriseres ved en indadvendt symptomatologi eller ved en udadrettet symptomatologi. I den henseende synes BPD entydigt at være internaliseret ved f.eks. en selvmutilerende symptomatologi, mens den antisociale forstyrrelse synes at være eksternaliseret og aggressivt udadrettet i sin symptomatologi. Lidelserne depression og angst vil i den henseende være heterogene lidelser dvs. en blanding af internalisering og eksternalisering af symptomatologi.

Hvis vi ser på en anden parameter nemlig en *minimering* og *maksimering* af tilknytningsbehov, vil vi kunne finde visse sammenhænge mellem psykiske lidelser og tilknytningsmønstre. Således vil BPD med det overvældede tilknytningsmønster associeres med total opslugthed og absorption af tilknytningbehov og på den måde fremtræde med et maksimeret tilknytningsbehov, mens den antisociale forstyrrelse vil være karakteriseret ved at undgå at se på egne følelser og således karakteriseres ved et minimeret tilknytningsbehov.

Konklusion

Efter tyve års forskning både af normale og kliniske populationer ved vi i dag ganske meget om transmission af tilknytningsmønstre, og om hvordan tilknytning påvirker de forskellige udviklingsstier i retning af en sund, hensigtsmæssig adfærd eller en udvikling i retning af en utilpasset, uhensigtsmæssig adfærd. Og vi ved en del om, hvilke mønstre der prædisponerer til en psykopatologisk udvikling. Her er det desorganiserede tilknytningsmønstre særlig væsentligt, når vi skal forudsige risiko for en senere psykiatrisk lidelse. Personlighedsforstyrrelser har i den sammenhæng interesse for mange, og der er publiceret en betydelig forskningslitteratur, som belyser sammenhæng mellem tilknytningsmønstre og personlighedsforstyrrelser. Her er det især borderline personlighedsforstyrrelsen, som er ganske grundigt undersøgt mht. tilknytningsforstyrrelser ligesom også den antisociale forstyrrelse i den henseende er vel beskrevet. Konkluderende kan man tale om, at tilknytningsteorien har bidraget til et frisk og anderledes syn på de psykiatriske lidelser, hvor det især er kommet personlighedsforstyrrelserne til gode.

Sammenfattende kan man sige, at forskningen har vist, at tidlige ubearbejdede tab og traumer bidrager væsentligt til en negativ udvikling hen imod en senere psykopatologi i voksenalderen og at øget fokus på netop dette område er nødvendigt især ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt.

Tilknytningsteorien og de mange publicerede forskningsresultater har givet os en dybere forståelse af *den sociale arv* og dens konsekvenser for næste generation. Vi har desuden fået indblik i, hvordan vi behandlingsmæssigt bør sætte ind. Særligt vigtigt er det her at støtte småbørn af truede forældre og at være opmærksom på, at en ubehandlet desorganiseret tilknytningsforstyrrelse (unresolved loss, trauma) hos forældrene vil kunne overføres til næste generation af børn med alvorlige psykopatologiske konsekvenser til følge.

Behandlingsmæssigt spiller psykoterapi en væsentlig rolle. Vi ved – dokumenteret ud fra megen forskning – at en tidlig gennearbejdende psykoterapi (working through) kan ændre på disse uheldige tilknytningsforstyrrelser og stoppe en mulig psykopatologisk udvikling.

REFERENCER

- AARKROG, T. (1985): Borderline and psychotic adolescents' relationships to their parents: A therapeutic point of view. *Adolescence*, vol XX no 79 s. 681-87.
- AARKROG, T. (1994): *Borderline Adolescents 20 years later*. P.J.Schmidt, Vojens
- AINSWORTH, M, BLEHAR, M., WATERS, E., WALL, S. et al.(1978): *Pattern of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale NJ. Erlbaum.
- ALLEN, J., HAUSER, S. & BORMAN-SPURELL, E. (1996): Attachment Theory as a Framework for understanding sequelae of Severe Adolescents Psychopathology: An 11 year Follow-Up Study. *J of consul. clin psychol.* vol 64, 2: 254-63.

- BOWLBY, J. (1988): *En sikker base*. Det lille forlag, Kbh.
- BOWLBY, J. (1996): *At knytte og bryde nære bånd*. Det lille Forlag, Kbh.
- CARLSON, E.A. & STROUFE, L.A. (1995): Contributions of attachment theory to developmental psychopathology. I: Developmental psychopathologi (eds) Cichetti & Cohen. Vol 1, *Theory and methods*, p. 581-617, NY.
- CASSIDY, J. & SHAVER, P. R.(2000): *Handbook of attachment*. The Guilford Press, NY.
- COLE-DETKE & KOBAK (1996): Attachment process in eating disorders and depression *J. of consulting and clinical psycholog.* 64 (2) s. 282-290.
- DSM IV (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. Washington DC.
- FONAGY, P., STEELE, M. & STEELE, H. (1994): Theory and practice of resilience. *J. Child Psychol psychiatry*, 35: 231-57.
- FONAGY, P., LEIGH, T., STEELE, M., KENNEDY, R., MATTOON, G. & TARGET, M. (1996): The relation of attachment, status psychiatric classification and response to psychotherapy. *J. Consult. Clin psychol.* Vol 64: 22-31.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1997): Attachment and reflective function – their role in self-organization. *Development psychopatol*, 9, s. 679-00.
- FONAGY, P. (1999): Pathological Attachments and Therapeutic Action. Paper to the developmental and psychoanalytical discussion group. *American Psychoanalytic Association Meeting*. Washington DC, maj.
- FONAGY, P., TARGET, M. & GERGELY, G. (2000): Attachment and borderline personality disorder. *The Psychiatry Clinic of North America*, Vol 23, no.1: 103-22.
- HESSE, E. & MAIN, M. (2000): Disorganized Infant, Child and Adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *J of the American Psychoanalytic Association*, vol 46 (4): 1097-1127.
- HOLMES, J. (2001): *The search for the secure base*. Brunner and routledge, East Sussex.
- ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. Munksgaard, København, 1994)
- KERNBERG, P. (2000): *Personality Disorders in Children and Adolescents*.(NY) Basic Behavioral Science.
- MAIN, M. (1994): A move to the level of representations in the study of attachment organisation: Implications for psychoanalysis. *Annual research lecture to the British psychoanalysis society*, London, July.
- MAIN, M. (1996): Introduction to the special section on attachment and psychology: 2 Orientation to the field of attachment. *J of consult and clin psychiatry* 64 2 237-43.
- MAIN, M. (1998): *Adult Attachment scoring and classifications systems*. Version 6.3 University of California at Berkeley.
- MAIN, M. (2000): The organized categories of Infant, Child and Adult attachment: Flexible vs. Inflexibel attention under attachment-related stress. *J of the American psychoanalytic association*, vol 48 (4): 1055-1096.
- NICKELL, A.D., WAUDBY, T. & TRULL (2002): Attachment parental bonding and borderline personality disorders features in young adults. *J. of personality disorders* 16, (2) p. 148-159.
- PATRICH, M., HOBSON, P., CASTLE, D., HOWARD, R. & MAUGHAN, B. (1994): Personality disorders and mental representation of early social experience. *Development and psychopatol*, no 6: 375-388.
- RECHENBACH, A. (2000): Tilknytning og forsvar. *Dansk Psykolog Nyt*, vol 5.
- RECHENBACH, A. (2003): Rapport over undersøgelse af tilknytningsforstyrrelser hos unge borderline patienter og deres mødre. (In press).

- RECHENBACH, A. & CACHMAN, B. (1999): Tilknytningsteorien og dens anvendelse i klinisk praksis. *Nordisk psykologi*, vol 51 (1)16-41.
- RECHENBACH, A. & CASHMAN, B.: *Dansk oversættelse af Adult Attachment Interview* (upubliceret).
- ROSENSTEIN, D. (1996): Horowitz Hobbes Adolescent attachment and Psychopathology. *J of consult and clin psychol*, 64 (2): 244-53.
- SHORE, A. (1994): *Affect regulation and the origin of the self*. Lawrence Erlbaum Ass., N.Y.
- VAN IJZENDOORN, M.H., GOLDBERG, S., KROENBERG, P. & FRENKEL, O. (1992): The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment in clinical samples. *Child development*, 63: 840-58.
- VAN IJZENDOORN, M.H. & BACKERMANS-KRANENBURG, M. (1995): Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment – a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol bull.*, 117: 387-403.