

TILKNYTNINGSTEORETISK FUNDERET FORSTÅELSE AF PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER

Carsten René Jørgensen

Indledningsvist foretages en historisk forankring af den aktuelle tilgang til personlighed og personlighedsforstyrrelse. Herefter tegnes konturerne af en tilknytningsteoretisk funderet forståelse af sværere borderline personlighedsforstyrrelser hos voksne. Disse forstyrrelser er oftest forbundet med ængsteligt-ambivalent og i nogle tilfælde med ængsteligt-undgående tilknytning, ligesom man ser alvorlige forstyrrelser i affektregulering, mentaliseringsevne og sociale kompetencer. Alt sammen problemområder der bidrager til disse patienters karakteristiske stabile ustabilitet, vanskeligheder i interpersonelle relationer og selvskadende adfærd. Afslutningsvis berøres de terapeutiske implikationer af tilknytningsteoriens væsentlige bidrag til forståelsen af borderline personlighedsforstyrrelsen, herunder inddrages effektundersøgelser af tilknytningsfunderet psykoterapi af borderline personlighedsforstyrrelser

»We approach each other as *intentional systems*, that is, as entities whose behavior can be predicted by the method of attributing beliefs, desires, and rational acumen according to the following rough and ready principles: (1) A system's beliefs are those it *ought to have*, given its perceptual capacities, its epistemic needs, and its biography, ... (2) A system's desires are those it *ought to have*, given its biological needs and the most practicable means of satisfying them, ... (3) A system's behavior will consist of those acts that it *would be rational* for an agent with those beliefs and desires to perform.« (Dennett 1987:49)

Begrebet personlighed udspringer af det græske *persona*, der oprindeligt henviser til de masker, skuespillerne anvendte i de græske dramaer. Personligheden er da noget ydre, en overflade man kan bære og udskifte efter behov. Samtidig er der ikke nødvendigvis nogen sammenhæng imellem denne ydre fremtrædelse og karakteristika ved individet, som bærer masken. Efterhånden løsriver personlighedsbegrebet fra dette element af simulering og det begynder at repræsentere den virkelige person, personens centrale og observerbare karakteristika. I store dele af den mere traditionelt orienterede klinisk psykologiske og psykiatriske litteratur henviser person-

lighedsbegrebet til et individs centrale indre karakteristika, der ligger bag og i visse tilfælde antages at fungere som en form for organiserende princip for individets adfærd og væren i verden. Personligheden betragtes som en form for essens eller unik individualitet hos det enkelte individ; personligheden ses som en kompleks samling af psykologiske og adfærdsmæssige karakteristika, der manifesteres på tværs af kontekster. Anlægger man derimod et mere interpersonelt perspektiv på den menneskelige psykologi, henviser personlighedsbegrebet primært til gentagne eller stabile mønstre i et individs samspil med andre og med omverdenen generelt (Sullivan 1953). Vi har da at gøre med en kontekstbestemt og i princippet mere foranderlig størrelse, hvilket har en række konsekvenser for forståelse og behandling af forstyrrelser i personligheden. Man må betragte den tilknytningsteoretiske forståelse af personligheden som en overvejende interpersonel model. Ligesom hovedparten af de mere moderate interpersonelle teoretikere (Greenberg & Mitchell 1983) antager man dog, at gentagne samspilmønstre efterhånden indlejres i det enkelte individs personlighed eller repræsentationssystem.

Før udviklingen af den psykologiske forståelse af mennesket og dets psykiske sygdomme blev det, vi i dag forstår ved personlighedsforstyrrelser, væsentligst forstået ud fra religiøse og moralske referencerammer og man talte bl.a. om moralsk vanvid og fordærv og at individet var besat af onde ånder. Inden for psykologien og psykiatrien talte man før etableringen af den nuværende konsensus omkring personlighedsforstyrrelsesbegrebet om bl.a. karakterafvigelse og karakterneuroser. Siden udgivelsen af DSM-III i 1980, hvor personlighedsforstyrrelserne fik en selvstændig akse i diagnosesystemet, har man kunnet iagttage en stærkt stigende opmærksomhed på forstyrrelser i personligheden. Ud over denne ændring i diagnosesystemet kan man pege på en række sociale og kulturelle forandringer i den senmoderne vestlige kultur, som har medvirket til de seneste årtiers stigende opmærksomhed på personlighedsforstyrrelserne (Jørgensen 2002; under forb.). Der er efterhånden rimeligt bred konsensus omkring, at personlighedsforstyrrelser kan være en alvorligt komplicerende faktor i forbindelse med behandling af akse I symptomtilstande og at der ofte er behov for særligt tilrettelagte – længerevarende (Howard et al.1986:162) – koncepter til behandling af især de alvorligere personlighedsforstyrrelser som borderline personlighedsforstyrrelsen. Dette hænger bl.a. sammen med, at personlighedsforstyrrelsen oftest er egosynton, imens de fleste symptomtilstande opleves som egodystone.

I DSM-systemet definerer man overordnet en forstyrrelse af personligheden som mønstre i et individs oplevelse og adfærd, der (1) afviger væsentligt fra omgivelserne, (2) er gennemgående i et individs funktion, (3) er ufleksible og stabile over tid, og (4) medfører væsentlige vanskeligheder og indskrænkninger i den daglige funktion. Endelig vil en personlighedsforstyrrelse (5) ofte (men ikke altid) være ledsaget af subjektiv lidelse. Her-

under vil en personlighedsforstyrrelse typisk øge individets sårbarhed for udvikling af symptomtilstande som angst og depression. I forlængelse af denne generelle afgrænsning af forstyrrelser i personligheden skelner man imellem en række mere specifikke former for personlighedsforstyrrelser, der falder inden for tre hovedkategorier: Cluster A, som omfatter de skizoide, skizotypale og paranoide personlighedsforstyrrelser, cluster B, der rummer de såkaldt dramatiske personlighedsforstyrrelser; altså borderline, histrionisk, antisocial & narcissistisk personlighedsforstyrrelse, og endelig cluster C, som indeholder personlighedsforstyrrelser organiseret omkring en grundlæggende (nogen vil sige mere neurotisk organiseret) ængstelighed, nemlig de dependente, passiv-aggressive og tvangsprægede personlighedsforstyrrelser. Det understreges endvidere, at en personlighedsforstyrrelse altid vil manifestere sig på mindst to af fire centrale funktionsområder: Den kognitive, affektive og interpersonelle funktion og den generelle impuls kontrol. I langt de fleste tilfælde er personlighedsforstyrrelserne forbundet med alvorlige problemer i de interpersonelle relationer. Man kan opregne mange og for en dels vedkommende ganske alvorlige problemer ved et sådant kategorielt diagnosesystem (Jørgensen, under forb.). I denne sammenhæng er det blot væsentligt at bemærke, at både DSM-IV og ICD-10 lægger op til en strengt individ-, symptom- og overvejende her-og-nu-orienteret diagnosticering, samtidig med at de tilsyneladende (men netop kun tilsyneladende) meget præcise og velafgrænsede diagnosekategorier rummer en fare for, at man glemmer, at personlighedsbegrebet og begrebet om en personlighedsforstyrrelse primært er heuristiske konstruktioner, der ikke står i noget entydigt forhold til objektive kendsgerninger i virkeligheden. Trods de fortsatte problemer med at nå frem til en fælles forståelse af den menneskelige personlighed og til valide afgrænsninger af personlighedsforstyrrelserne, må det betragtes som et betydeligt fremskridt, at personlighedsforstyrrelserne er blevet udskilt som en særlig kategori af ofte langvarige og dybtgående psykiske lidelser.

Dele af psykiatrien synes i øjeblikket at bevæge sig tilbage i retning af et naivt nativistisk perspektiv, hvor gener og biologi tillægges noget nær altafgørende betydning, imens psykologiske faktorer i bedste fald betragtes som sekundære. Selvom genetiske og biologiske faktorer spiller en betydelig rolle i forbindelse med personlighedsforstyrrelser, må man antage, at individets møde med den sociale virkelighed og samspil med andre mennesker påvirker genotypens fænotypiske udtryk (Fonagy et al. 2002:6f). Som det er blevet fremhævet af bl.a. Joel Paris (1996) er der behov for, hvad man kunne kalde en bio-psyko-social og multifaktoriel model, der både inddrager biologiske/genetiske faktorer, indre & historiske psykologiske faktorer og sociale faktorer, hvor de sociale faktorer inkluderer såvel elementer i det enkelte individs interpersonelle relationer som faktorer i samtidskulturen. Endvidere må man være opmærksom på, at enhver personlighedsforstyrrelse er et resultat af komplekse samspil imellem belas-

tende oplevelser tidligt i livet, individuel sårbarhed eller utilstrækkelig modstandskraft (uanset i hvilken udstrækning der er tale om medfødte faktorer eller produkter af individets møde med verden) og forskellige former for udløsende faktorer.

Der findes efterhånden ganske mange forskellige bud på, hvordan man bedst forstår og behandler personlighedsforstyrrelser psykoterapeutisk. De mest seriøse og elaborerede bud har rødder i psykoanalysen (Kernberg 1975, 1984; Kernberg et al. 1989; Clarkin et al. 1999; Gunderson 2000; Masterson 1988) og i mindre grad i den kognitive adfærdsterapi (Linehan 1993; Young 1999; Ryle 1997, 2002). Inden for de senere år er man i stigende grad nået til den erkendelse, at den optimale forståelse og behandling ofte bygger på en kombination af disse to traditioner. I det følgende rettes opmærksomheden primært imod en enkelt gruppe af de ætiologiske faktorer bag personlighedsforstyrrelsen, nemlig de psykologiske og interpersonelle, som de begrebsliggøres af tilknytningsteorien, ligesom der primært fokuseres på en enkelt personlighedsforstyrrelse, borderline personlighedsforstyrrelsen¹.

Normal & patologisk tilknytning (Bowlby)

Moderne tilknytningsteori kan bidrage med væsentlige elementer til et udviklingspsykologisk og interpersonelt perspektiv på personlighedsforstyrrelsernes opståen, centrale karakteristika og behandling. Man kan betragte Bowlby's tilknytningsteori som et forsøg på at etablere en empirisk funderet psykoanalytisk udviklingsteori, der – i modsætning til dele af den klassiske psykoanalyse – lægger afgørende vægt på reale samspil imellem barnet og dets forældre og på reale tidlige traumer og traumatiske samspilmønstre som årsager til udvikling af psykopatologi. Herunder har Bowlby bidraget til den empiriske udforskning af menneskets sociale udvikling og hvordan problemer i denne forbindelse kan føre til udvikling af emotionelle problemer og personlighedsforstyrrelser.

Ifølge Bowlby er mennesket et grundlæggende socialt væsen og det er en del af menneskets natur, at det stræber efter at etablere stærke følelsesmæssige bånd til bestemte, særligt betydningsfulde andre. Trangen til at indgå i nære følelsesmæssige relationer er således en oprindelig drivkraft hos mennesket og ikke blot et sekundært produkt af behov for mad, sex el-

1. Når der i denne artikel tales om borderline personlighedsforstyrrelsen henviser dette til den relativt snævre afgrænsning af forstyrrelsen som den findes i DSM-systemet. Peter Fonagy og medarbejdere anvender begrebet i en noget bredere og mindre klart afgrænset betydning, beslægtet med Kernbergs definition af borderline personlighedsorganisation. Fonagy & Target (2000:854) henviser til, at deres definition har rødder i psykoanalytisk praksis.

ler andre ikke-soziale behov (Bowlby 1988a:135). Udviklingen af selvet er ikke primært en udfoldelse af en på forhånd given indre kerne eller et 'sandt' selv, men en interpersonel proces, hvor udveksling med andre har afgørende betydning (Fonagy & Target 1996b:474). Endvidere mener Bowlby, at mennesket rummer en grundlæggende tilbøjelighed til at udforske verden og især hos barnet forudsætter den optimale udfoldelse af denne udforskningstrang en tryk tilknytning til psykiske velfungerende andre. Han taler også om en sikker base for menneskets udforskning af sig selv, andre mennesker og verden generelt (Bowlby 1988b:3). Inspireret af moderne systemteori mener Bowlby, at tilknytningssystemet fungerer homeostatisk; når individet er under pres, bange eller på anden måde føler sig udsat, sårbar og har behov for støtte aktiveres forskellige former for tilknytningsadfærd (Bowlby 1982:371f). Tilknytningsadfærd defineres i korte træk som »enhver form for adfærd, der resulterer i, at en person opnår eller opretholder nærhed i forhold til et andet differentieret og foretrukket individ, der som regel opfattes som stærkere og/eller klogere« (Bowlby 1979:137). Det overordnede mål med tilknytningsadfærden er at sikre, at vigtige omsorgspersoner er tilgængelige og reagerer rimeligt passende på signalerede behov. Mere specifikt sigter den på at regulere afstand-nærhed til andre og på at regulere følelser af tryk-utykthed. Den normale tilknytningsadfærd søger typisk at tilkalde en vigtig tilknytningsperson, som kan hjælpe med at regulere (reducere) ubehagelige følelser som utrykthed, angst, hjælpeløshed og sårbarhed. En normal og velfungerende tilknytning rummer således elementer af stor betydning for den fysiske og ikke mindst den psykologiske overlevelse og velfærd.

Normalt ændrer tilknytningsadfærden karakter med alderen, ligesom den forekommer mindre hyppigt. Men behovet for trøst, støtte og omsorg i forbindelse med belastning vil altid eksistere og derfor må evnen til at opbygge og vedligeholde nære emotionelle bånd til andre individer, hvor man kan veksle imellem den omsorgssøgende og den omsorgsgivende rolle, betragtes som et væsentligt træk ved den modne og velfungerende personlighed (Bowlby 1988:135). Som Bowlby formulerer det, afspejler en sund personlighedsfunktion »for det første et individs evne til at erkende passende figurer, der er villige til og i stand til at give individet en sikker base, og for det andet hans evne til at samarbejde med sådanne figurer i gensidigt udbytterige forhold« (Bowlby 1979:112). »Evnen til at stole på andre, når lejligheden kræver det, og vide, hvem det er passende at stole på« (Bowlby 1979:113) er således et vigtigt kendetegn ved den sunde personlighed. I forlængelse heraf kan forstyrrelser i tilknytningen og tilknytningsadfærden have alvorlige implikationer for menneskets psykologiske funktion. Forstyrret personlighedsfunktion afspejler »et individs svækkede evne til at erkende passende og villige figurer og/eller en svækket evne til at samarbejde i gensidigt udbytterige forhold med en sådan figur, når han/hun er fundet« (Bowlby 1979:112). Mennesker med alvorligere per-

sonlighedsforstyrrelser er netop præget af sådanne vanskeligheder med at have passende tillid til andre.

Tilknytningssystemet er forbundet med kognitive repræsentationer af selvet, andre og samspil imellem selv og andre. Disse repræsentationer, der på væsentlige punkter svarer til objektrelationsteoriens beskrivelser, fungerer som 'indre arbejdsmodeller' for ageren i verden. De dannes med udgangspunkt i erfaringer fra samspil med betydningsfulde andre og rummer bl.a. forestillinger om, hvorvidt andre kan og vil hjælpe, hvis man skulle få behov for det, og hvorvidt andre vil synes man er værd at holde af og hjælpe. Disse forestillinger har indlysende betydning for, i hvor høj grad en person er i stand til at tage imod psykoterapeutisk hjælp og for udsigten til at etablere en bæredygtig behandlingsalliance. Det har således væsentlige implikationer for behandlingsarbejdet, om patientens relateren sig til omsorgspersoner bygger på en »arbejdsmodel af en tilknytningsfigur, der opfattes som tilgængelig, pålidelig, og rede til på opfordring at hjælpe« (Bowlby 1979:125) eller på en »arbejdsmodel af en tilknytningsfigur, der tilskrives egenskaber som usikker tilgængelighed, uvillighed til at reagere hjælpsomt eller måske sandsynlighed for at reagere fjendtligt« (Bowlby 1979:125). Tilsvarende har det også betydning for patientens forventninger til terapeuten og terapien, om patienten oplever sig selv som en person der er værd og mulig at hjælpe.

Ainsworth og medarbejdere (1971) har med afsæt i det velkendte »strange situation« eksperiment udkrystalliseret fire forskellige tilknytningskategorier med tilhørende arbejdsmodeller: Tryk, ængstelig-ambivalent, ængstelig-undgående og desintegreret tilknytning. Disse forskellige kategorier af tilknytning er senere blevet videreudviklet og modificeret af Bowlby og hans arvtagere (Crittenden 1995; Bartholomew 2001). Man kan tale om to niveauer i klassifikationen af tilknytning: (1) Graden af angst i tilknytningsrelationer, og (2) hvilke adfærdsstrategier der typisk aktiveres for at håndtere angst og andre belastninger. Den trygt tilknyttede person har fuld tillid til, at omsorgspersoner er til rådighed og vil hjælpe, hvis der skulle blive behov for det, ligesom hun – i forlængelse af dette – føler sig fri til at udforske verden (jf. Bowlby 1988:138). Billeder af både selv og andre er positive og individets angstniveau er generelt lavt. Umiddelbart kunne man forestille sig, at udviklingen af en tryk tilknytning i væsentlig grad determineres af forældrenes evne til at leve sig ind i barnets univers. I sin gennemgang af de foreliggende empiriske undersøgelser på feltet konkluderer Fonagy (2001:26) imidlertid, at forestillingen om, at forældrenes sensitivitet og responsivitet har afgørende betydning for udviklingen af tryk tilknytning hos barnet, indtil videre ikke har kunnet underbygges empirisk. Enkelte undersøgelser (Carlson 1998) tyder dog på, at der er en sådan sammenhæng.

Personen, som er ængstelig-ambivalent i sin tilknytning, er usikker på, hvorvidt omsorgspersoner vil være til rådighed og hjælpe i belastende si-

tuationer. Derfor vil den ængstelig-ambivalente person typisk være præget af adskillelsesangst, klynge sig til eventuelle omsorgspersoner og være bange for at bevæge sig for langt væk i sin udforskning af verden, hvilket kan hæmme dele af personens udvikling. Den ængstelig-ambivalentes selvbillede er negativt, hvilket bidrager til en mere eller mindre permanent ængstelighed, baseret på en – i visse tilfælde reel – frygt for ikke at kunne klare sig selv. Samtidig er billedet af den anden, af den udpegede omsorgsperson, positivt, i visse tilfælde helt urealistisk positivt og idealiserende. Personen er klæbende i kontakten, overdrevent opmærksom på de udpegede omsorgspersoners tilgængelighed og der kan ses en udtalt tendens til at dramatisere følelsesmæssige udtryk (Dozier 1999:497f). Bowlby (1988b:4) mener, at dette tilknytningsmønster ofte er opstået af samspil med forældre som har været ustabile og uforudsigelige i deres reaktioner på barnets behov for støtte og omsorg.

Hos personer præget af ængstelig-undgående tilknytning er billedet af andre negativt. De har ikke tillid til, at andre kan endsiges vil hjælpe, når der er behov for det. Man forventer at blive afvist og svigtet og forsøger derfor at opbygge et billede af sig selv som uafhængig af andres støtte og omsorg (Bowlby 1988:138f). Generelt er deres selvbillede præget af følelsesmæssig selvtilstrækkelighed. Man kan tale om et falsk selv eller et kunstigt men umiddelbart positivt (om end dybest set ganske skrøbeligt og illusorisk) billede af selv. På trods af, at det altså til dels lykkes at konstruere et tilsyneladende positivt selvbillede, vil personer med ængstelig-undgående tilknytning ofte være præget af et ganske højt angstniveau og bruge mange ressourcer på at undgå frygtede svigt og overbelastninger i interpersonelle relationer. Tilsvarende bruges mange ressourcer på at undgå, at det konstruerede selvbillede krakelerer i samspil med andre. Den ængstelig-undgående person anvender en forsvarsstrategi, hvor opmærksomheden drejes væk fra egne følelser og behov for andre mennesker; følelsesmæssige udtryk søges minimeret og efterhånden har personen selv kun begrænset adgang til sit eget følelsesliv (Dozier 1999:497f). Ifølge Bowlby (1988b:5) kan dette tilknytningsmønster bl.a. opstå af samspil med forældre, som har forsøgt at anvende barnet som deres egen tilknytningsfigur, hvilket hæmmer barnets afbalancerede udforskning af verden og udvikling af autonomi. Endelig er den fjerde tilknytningskategori, den desorganiserede tilknytning, kendetegnet ved negative og ofte inkohærente billeder af både selv og andre, ligesom adfærden hos personer præget af desorganisert tilknytning umiddelbart kan forekomme mærkværdig og uforståelig. Bowlby (1988a:139) mener, at den desorganiserede tilknytning typisk optræder hos personer, som i tidligt i livet har været udsat for alvorlige og ubearbejdede traumer og omsorgssvigt.

Fonagy og Target (2003) har påpeget, at man ofte kan se karakteristiske forbindelser imellem tilknytningsforstyrrelser og forstyrrelser i affektreguleringen. Hvor den ængstelig-undgående person typisk overregulerer sine

følelsesmæssige reaktioner og generelt forsøger at undgå alle situationer, der kunne blive belastende (herunder i større eller mindre grad undgår intim kontakt), da vil den ængstelig-ambivalente, som nævnt, ofte underregulere eller ligefrem »overdrive« sine følelsesmæssige reaktioner i vedvarende forsøg på at få opmærksomhed og omsorg fra tilknytningspersoner (jf. Fonagy & Target 2003:238). Personer med tryk tilknytning har erfaret, at omsorgspersoner sjældent bliver alvorligt overbelastede og at de er i stand til at forblive rolige og stabile i belastende situationer. De har oplevet, at omsorgspersoner kan stabilisere dem følelsesmæssigt (ibid.). Derimod har personer med en ængstelig-undgående tilknytning erfaret, at omsorgspersoner ikke kan hjælpe til at berolige og stabilisere dem i følelsesmæssigt belastende situationer eller de har oplevet, at omsorgspersoner reagerer på følelsesmæssigt invaderende måder, som blot forværrer den følelsesmæssige belastning. Derfor vil de ofte benægte, at de har behov for hjælp. Dette sker i et forsøg på at beskytte sig imod frygtede svigt og gentagelser af belastende (invaderende, ikke-responsive) reaktioner fra omsorgspersoner. Ængstelig-ambivalent tilknytning udspringer typisk af erfaringer med, at omsorgspersoner ikke har været tilstrækkeligt tilgængelige og har været ustabile i deres reaktioner på behov for hjælp. Personen har derfor 'konkluderet', at man hele tiden må holde sig i nærheden af omsorgspersoner og at det er nødvendigt at benytte voldsomme udtryksformer for at få den ønskede opmærksomhed og omsorg. Dette lægger fundamentet for stor afhængighed af de udpegede omsorgspersoner, der samtidig kan blive ganske belastet af de voldsomme følelsesudtryk og signaler om 'permanent undtagelsestilstand', som vedvarende kræver deres opmærksomhed. Omsorgsrelationer præget af en sådan dynamik kan lægge grunden til selvforstærkende onde cirkler, hvor personens tilknytningsadfærd medvirker til at fremkalde frygtede svigt og ustabilitet hos omsorgspersoner, hvilket yderligere forstærker personens utryghed og uhensigtsmæssige interpersonelle adfærd. Generelt kan man se den utrygge tilknytning som udtryk for et defensivt kompromis, hvor personen enten ofrer sin autonomi eller sine muligheder for intime følelsesmæssige relationer til andre for at opretholde en form for nærhed til omsorgspersoner, der ikke har været i stand til at rumme personens følelser (Fonagy et al. 1995:243).

Oprindeligt – i de første leveår – er tilknytningen en relationel størrelse, den er altovervejende knyttet til det aktuelle samspil imellem mor og barn. »Tilknytningsmønstrer i de første to-tre år er en egenskab ved forholdet« (Bowlby 1988:141). Med alderen bliver tilknytningsmønstrene og de hertil knyttede personlighedstræk i stadig højere grad et kendetegn ved den enkelte person, som det bliver tiltagende vanskeligt at forandre. Som Bowlby (1988:141) har formuleret det med afsæt i observationer af børn, bliver tilknytningsmønstrer »i stigende grad en egenskab ved barnet selv, hvilket betyder, at barnet er tilbøjelig til at overføre det eller en afledning heraf på nye forhold«. Når et tilknytningsmønster først er udviklet, vil det

således have en tendens til at blive selvopretholdende, da personen med sin adfærd selv bidrager til at fremkalde gentagelser af sine oprindelige erfaringer i tilknytningsrelationer. Samtidig må man antage, at de arbejdsmodeller, som er forbundet med det etablerede tilknytningsmønster, vil komme til at fungere som en form for selvopfyldende profetier. Arbejdsmodellerne af selv og andre, opbygget væsentligst på basis af samspil med de primære omsorgspersoner, medvirker altså til, at tilknytningsmønstrene i stigende grad bliver et kendetegn ved barnet selv (Bowlby 1988:144). Især den trygt tilknyttede person vil dog revidere sine arbejdsmodeller i lyset af nye erfaringer, imens der hos ængsteligt tilknyttede personer kan ske en defensiv udelukkelse af informationer og erfaringer, der ikke stemmer overens med de allerede etablerede forestillinger (Bowlby 1988:145), hvilket hæmmer den naturlige ajourføring af arbejdsmodellerne. Der etableres en række onde cirkler, hvor forstyrrelser i tilknytningen bliver selvforstærkende og som ringe i vandet kan bidrage til en patologisk udvikling på stadig flere områder.

Crittenden (1995) har argumenteret for, at den klassiske indlæringsteori kan bidrage til forståelsen af, hvordan forskellige former for tilknytningsmønstre etableres og vedligeholdes. Når forældres reaktioner på barnets affektive adfærd er positiv og tryghedsskabende, vil denne adfærd blive forstærket og der etableres en tryk tilknytning. Hvis forældrenes reaktioner på barnets affektive adfærd omvendt er afvisende og straffende eller forældrenes reaktioner på andre måder er forstyrrende eller ubehagelige for barnet, vil den affektive adfærd blive hæmmet. Er forældrenes reaktioner misvisende og uden klar forbindelse til barnets affektive adfærd, vil barnet få vanskeligt ved at lære meningen med sine egne affektive reaktioner; det vil få svært ved at aflæse egne og andres affektive reaktioner som meningsfuld kommunikation – og det vil hæmme eller fordreje sine affektive reaktioner (Crittenden 1995:368ff). Når barnet hverken kan forudsige eller forstå sine forældres reaktioner, bliver det angst og/eller aggressivt. I dette tilfælde kan forældrenes affektive signaler godt være klare i den enkelte situation, men de er inkonsistente på tværs af situationer og i den forstand er de uforudsigelige. Barnet får da vanskeligt ved at finde mening i forældrenes og senere også i andres affektive & interpersonelle signaler. Det overvældes af uforudsete og uforståelige oplevelser i samspil med andre og reagerer impulsivt.

Tilknytningsmønstre kan kortlægges ved hjælp af det såkaldte Adult Attachment Interview (AAI) med tilhørende klassifikationssystemer (Hesse 1999). Udgangspunktet er et semistruktureret interview, hvor man beder den interviewede beskrive bl.a. sin opvækstfamilie, sin relation til hver af forældrene, sine oplevelser med adskillelse fra forældrene og eventuelle tab, hvordan han/hun forestiller sig, at tidlige oplevelser har påvirket hans/hendes aktuelle personlighed, og hvad han/hun forestiller sig har været baggrunden for forældrenes beskrevne adfærd i interpersonelle relationer.

På basis af en detaljeret kodning af interviewet klassificeres den interviewede i en af fire kategorier: Tryk/autonom, utryk/afvisende, utryk/overoptaget og uafklaret. Det mest interessante i denne sammenhæng er, at man sammentænker en persons tilknytningsmønster og hvorledes personen har været i stand til at bearbejde og forstå erfaringerne fra sin barndom og ungdom. Den autonomt fungerende person sætter pris på sine tilknytningsrelationer og formår at tegne et kohærent og meningsfuldt billede af sine interpersonelle relationer. Ved utryk tilknytning ses derimod en nedsat evne til at integrere erindringer om oplevelser med andre mennesker til en kohærent og meningsfuld fortælling. Den utrykt/afvisende viser tegn på splitting og manglende blik for nuancer i sine beretninger om tidlige relationer, imens den utrykt/overoptagedes fortælling præges af forvirring, vrede og beklagelser over fortidens tab og svigt (Fonagy & Target 2003:239f).

I forlængelse af denne narrativt baserede klassifikation skelner Holmes (i Fonagy & Target 2003:251) imellem tre former for forstyrrelser i den narrative og refleksive kapacitet: (1) Personen der klammer sig rigidt til en bestemt udlægning af sin historie (forbundet med utryk/afvisende fortællinger i AAI), (2) personen som bliver overvældet og forvirret af erfaringer som ikke allerede er indskrevet i menings- og kohærensskabende fortælling (jf. utryk/overoptaget), og endelig (3) personen som er ude af stand til at konstruere et narrativ som er tilstrækkeligt stærkt til at kunne rumme traumatiske oplevelser (jf. uafklarede og inkohærente fortællinger). Disse beskrivelser af tilknytningsforstyrrelser og uhensigtsmæssige måder at omgås og forstå sine erfaringer, sig selv og andre mennesker, svarer ganske godt til, hvad man ofte finder hos personlighedsforstyrrede patienter.

Mødre til trykt tilknyttede børn kan typisk berette om en rimeligt lykkelig barndom, de kan tale rimeligt ubesværet og detaljeret om den, ligesom de kan give både positive og negative elementer den plads, de måtte tilkomme. En vigtig undtagelse fra dette mønster er mødre, som beskriver en meget ulykkelig barndom, men som alligevel har trykt tilknyttede børn. Et af de centrale kendetegn ved disse mødre er, at de kan »fortælle deres historie flydende og sammenhængende, idet de positive sider, der måtte have været ved deres oplevelser, får den plads de tilkommer, og synes at være integreret med de negative«. Bowlby (1988:149) siger videre om »disse usædvanlige mødre« at de »havde tænkt meget over deres ulykkelige oplevelser i fortiden, over hvordan det havde påvirket dem på længere sigt, men også over hvorfor deres forældre havde behandlet dem, som de havde«. Der er øjensynligt tale om mødre som – trods de negative oplevelser – har udviklet en god mentaliseringsevne; en evne til at reflektere over og forstå selv ganske belastende erfaringer, som har hjulpet dem til at bearbejde disse belastende fortidige oplevelser. Generelt har forældre med en veludviklet mentaliseringsevne langt større chance for at få trykt tilknyttede børn end forældre med ringe mentaliseringsevne (Fonagy 1999). Denne del af tilknytningsteorien er især videreudviklet af Fonagy og medarbejdere.

En tryk tilknytning og den hertil knyttede evne til at bede om og modtage hjælp fra andre fungerer i sig selv som en beskyttelse imod udvikling af psykopatologi. Samtidig er tryk tilknytning forbundet med et generelt lavere angstniveau, lavere aggressionsniveau, et stærkere ego og en veludviklet evne til at regulere stærke følelser ved at trække på interpersonelle relationer (Fonagy & Target 2003:242). Omvendt vil forstyrrelser i tilknytningen øge en persons sårbarhed for udvikling af psykopatologi. Med afsæt i tilknytningsteorien kan man sige, at psykopatologi bl.a. udspringer af og vedligeholdes i forstyrrede tilknytningsrelationer.

Resultaterne af de foreliggende empiriske undersøgelser af i hvor høj grad man kan tale om en egentlig kontinuitet fra de tidlige tilknytningsrelationer til tilknytningsmønstre i voksenlivet, er langtfra entydige, ligesom der – man fristes til at sige naturligvis – ikke er fundet stærke entydige sammenhænge imellem tidlige tilknytningsmønstre og udvikling af psykopatologi i voksenlivet (Thompson 1999:275ff). En af de største undersøgelser til dato, det såkaldte Minnesotastudie (Carlson 1998), tyder dog på en vis sammenhæng imellem tilknytningsmønstre i de tidlige leveår og visse afgrænsede former for psykopatologi senere i livet. Man har især set på udviklingen af dissociative symptomer i ungdomsårene, fordi man mener, at dissociative symptomer er forbundet med ringe mentaliseringssevne (Fonagy 1998:158). Man finder bl.a. bemærkelsesværdige sammenhænge imellem omsorgspersoners adfærd over for barnet i de første leveår (kortlagt via observationer af moderens sensitivitet og evne til at drage omsorg for barnet) og tidlige tilknytningsforstyrrelser, ligesom både omsorgspersonernes adfærd i de tidlige leveår og især tidlige forstyrrelser i tilknytningen korrelerer signifikant om end moderat med forekomsten af visse psykopatologiske symptomer i børne- og ungdomsårene (Carlson 1998: 1119). Man kan således forstille sig, at der er en vis sammenhæng imellem især mere ekstreme erfaringer i de tidlige tilknytningsrelationer og senere psykopatologi og at forstyrrelser i de tidlige tilknytningsrelationer under alle omstændigheder vil øge barnets sårbarhed og dermed risikoen for senere udvikling af psykopatologi. Tilsvarende vil positive erfaringer i de tidlige relationer og udviklingen af en tryk tilknytning etablere en form for modstandskraft eller immunitet over for udviklingen af psykogene psykiske lidelser; en modstandskraft der naturligvis kan nedbrydes, hvis personen udsættes for alvorlige og langvarige belastninger. I forbindelse med mulige sammenhænge imellem forstyrrelser i de tidlige relationer til primære omsorgspersoner og senere personlighedsudvikling og udvikling af psykopatologi må man dog generelt forvente, at der eksisterer en lang række medierende faktorer, såsom barnets adgang til kompenserende erfaringer uden for familien og senere i livet, senere forandringer i familielivet mv.

Overordnet må man derfor sige, at det er vanskeligt at pege på entydige og empirisk velunderbyggede sammenhænge imellem den tidlige tilknytning og senere udvikling af personlighedsforstyrrelser. Forstyrrelser i de

tidlige tilknytningsrelationer er ikke i sig selv tilstrækkeligt til, at der senere udvikles en personlighedsforstyrrelse. Dette hænger både sammen med, at der er tale om ganske komplekse sammenhænge og at området endnu er utilstrækkeligt empirisk belyst (Thompson 1999:278). Det er imidlertid en udbredt klinisk erfaring, som også er underbygget af empiriske undersøgelser (Sack et al. 1996), at sværere personlighedsforstyrrelser meget ofte er forbundet med betydelige forstyrrelser i de aktuelle tilknytningsmønstre. En problemstilling som udgør en betydelig udfordring for etableringen af en behandlingsalliance præget af grundlæggende tillid og stabilitet. I en spørgeskemaundersøgelse af tilknytningsmønstre hos universitetsstuderende (n=53) og (primært indlagte) patienter med borderline personlighedsforstyrrelser (n=49) fandt Sack et al. (1996:94f), at op til omkring to tredjedele af de universitetsstuderende rapporterede, hvad der svarer til en tryk tilknytning. Ser man på en række andre mål, finder man også en betydelig andel med større eller mindre grad af afhængighed i tilknytningen i denne gruppe, ligesom op til en fjerdedel viser tegn på elementer af ængstelig undgående tilknytning. I borderlinepatienternes rapportering om deres tilknytning ser man et ganske andet mønster. På visse mål rapporterer helt op til to tredjedele om ængstelig undgående tilknytning. Andre mål tyder på, at op imod halvdelen er ængstelig ambivalente i deres tilknytning. Endelig er det kun en ganske lille del – typisk omkring 10% – der synes at have en tryk tilknytning.

I en undersøgelse som belyser sammenhængene imellem aktuelle tilknytningsmønstre og borderline personlighedsforstyrrelsen har Fonagy et al. (1996) fundet, at 27 af 36 patienter (svarende til 75%) som opfyldte DSM-III-R kriterier for borderline personlighedsforstyrrelse var utryg-overoptaget i deres tilknytning – bedømt på basis af AAI – 6 blev klassificeret som utryg-afvisende imens blot tre var trygge-autonome i deres tilknytning. Endvidere fandt man (Fonagy et al. 1996), at en ringe refleksiv funktion og dårligt udviklede metakognitive færdigheder (kortlagt v.h.j.a. Reflective-Self Function Scale) i kombination med en historie præget af traumatiske oplevelser var tæt knyttet til udviklingen af borderline personlighedsforstyrrelsen. Fonagy et al. (1996:29) forklarer disse sammenhænge med, at personer som har oplevet alvorlige traumer og omsorgssvigt i barndommen og som reagerer på dette ved at hæmme eller undergrave mentaliseringen vil være mere tilbøjelige til at udvikle en borderline personlighedsforstyrrelse

Generelt kan man sige (Dozier 1999:511), at borderlinepatientens arbejdsmodeller typisk tegner et billede af omsorgspersoner som inkompetente eller uberegnelige og af et selv som kun tidvist, om overhovedet, værdsættes. Samtidig er billedet af både selv og betydningsfulde andre præget af mangelfuld integration (splitting). Borderlinepatientens tilknytningsmønstre er ofte kendetegnet ved en kombination af uforarbejdede traumer og svigt, høj ængstelighed og sensitivitet i interpersonelle relatio-

ner og adfærdsstrategier præget af dramatisering af tilknytningsbehov (jf. Dozier 1999:511).

Udvikling af evnen til at 'tænke' og alfa-funktionen (Freud & Bion)

Fonagy og medarbejdere har udviklet en efterhånden ret omfattende teori til forståelse af svære personlighedsforstyrrelser med afsæt i tilknytnings-teorien (Fonagy et al 2002). Omdrejningspunktet for deres forståelsesmodel er, at personlighedsforstyrrelser ofte er nært forbundet med forstyrrelser i affektreguleringen og i mentaliseringsevnen; forstyrrelser i evnen til at forstå mellemmenneskelige samspil, evnen til at tænke over og forstå, hvordan selv og andre fungerer psykologisk. Dele af modellen har dybe rødder i Freud og Bions – ud fra et nutidigt perspektiv ganske vidst kun delvist anvendelige – forsøg på at forstå følelsesmæssige og interpersonelle elementer bag udviklingen af menneskets evne til at tænke og forarbejde indtryk.

I sine formuleringer af to principper for de psykiske processers funktioner skelner Freud (1911) imellem på den ene side lystprincippet & primærprocesser og på den anden side realitetsprincippet og sekundærprocesser. Når lystprincippet dominerer en persons psykiske funktioner agerer denne kortsigtet og uden bevidst og rationel planlægning. Der stræbes efter umiddelbar opnåelse af lyst og undgåelse af ulyst. Eventuelt indtræder, hvad Freud omtaler som en hallucinatorisk behovstilfredsstillelse, hvor behov mere tilfredsstilles i fantasien end i virkeligheden. Hvis derimod realitetsprincippet er dominerende, søger personen ikke blot for enhver pris at opnå umiddelbar lyst og undgåelse af ulyst. I stedet søger man at foranledige sådanne ændringer i realiteten som på længere sigt kan maksimere behovstilfredsstillelsen og sikre bedst muligt imod farer og ulyst. Når realitetsprincippet og sekundærprocesserne bliver dominerende udvikles, ifølge Freud, også opmærksomhed og dømmekraft, ligesom der udvikles en evne til erindring og målrationel handling – modsat den simple motoriske udløsning af spænding, der menes at være karakteristisk, når lystprincippet og primærprocesserne er dominerende. Der udvikles en evne til at betjene sig af fantasien på en måde, som fungerer relativt løsevet fra realiteten, men samtidig under realitetsprincippets overherredømme; fantasi og virkelighed sammenblandes ikke. Endvidere udvikles, ved hjælp af tænkningen, en evne til at forsinke reaktioner på og ageren i verden – til forskel fra den simple motoriske udløsning – ligesom handlinger målrettes og gøres mere rationelle. Tænkningen etablerer en form for buffer eller forsinkelse af reaktioner på stimuli; den gør det muligt at tolerere ventetid og frustration (bl.a. i kraft af symboliseringsevnen og evnen til at se ud over den umiddelbart givne situation), indtil det er muligt at udføre målrationelle handlinger, der kan føre til behovstilfredsstillelse. Den umiddelbare udagering

og motoriske udløsning kan nok give en kortvarig spændingsforløsning, men den giver sjældent anledning til hensigtsmæssige forandringer af virkeligheden. I denne forbindelse opfatter Freud tænkningen som en form for prøvehandling. Den umiddelbare spændingsudløsning hæmmes med henblik på at tilvejebringe real behovstilfredsstillelse og problemløsning – og i den forstand kan man sige, at etableringen af realitetsprincippet ikke afskaffer lystprincippet, men sikrer og forankrer det i realiteten.

Ved psykopatologi vender personen sig i større eller mindre grad bort fra virkeligheden, fordi denne opleves som ubærlig. I denne forbindelse siger Freud om det terapeutiske arbejde, at man aldrig må »lade sig forlede til at lade realitetsvurderingen gælde de fortrængte psykiske dannelser og måske derved undervurdere fantasiers betydning for symptomdannelsen ud fra det synspunkt, at de netop ikke er virkelige ... Man har pligt til at betjene sig af den møntfod, som er gældende i det land man udforsker, i vort tilfælde den neurotiske møntfod« (Freud 1911:68). Når man arbejder med en patient, som i større eller mindre udstrækning fungerer i henhold til lystprincippet og primærprocestænkningen – eller ikke har udviklet en tilstrækkelig mentaliseringssevne – er det således ikke meningsfuldt blot at ville realitetskorrigere patientens »uholdbare« forestillinger om virkeligheden. Man må forsøge at forstå, hvorfor patienten forstår virkeligheden, som han eller hun gør. Dele af borderlinepatientens psykiske funktion rummer elementer, der minder om Freuds beskrivelse af personer domineret af primærprocesser og lystprincippet. Freuds forestillinger videreudvikles hos Bion og Fonagy.

Bion antager, at mennesket fødes med anlæg for tænkning og mental bearbejdning af rå sansedata, men at realiseringen af disse anlæg forudsætter bestemte former for samspil imellem barnet og dets omsorgspersoner. For at rå sansedata eller rå oplevelser – hvad enten disse udspringer af indre drifter eller af mødet med verden – kan gøres til genstand for refleksion, drømmearbejde og andre former for mental bearbejdning, må disse rå sansedata – de såkaldte betaelementer – omdannes til, hvad Bion kalder alfaelementer. Denne omdannelse, som ifølge Bion er det første afgørende skridt på vejen til at gøre emotionelt betydningsfulde oplevelser meningsfulde og forståelige, sker via, hvad han kalder alfafunktionen. Denne alfafunktion er afgørende for, at der etableres en stabil afgrænsning af indre og ydre verden, af bevidst og ubevidst og af fantasi og virkelighed. Bion taler i denne forbindelse om etableringen af en kontaktbarriere, som er forudsætning for en velfungerende fortrængningsmekanisme og for adaptiv anvendelse af hukommelsen. Alfafunktionen opbygges via velfungerende samspil imellem barnet og responsive og rummelige omsorgspersoner, hvor barnet gradvist internaliserer omsorgspersonernes evne til at rumme og forarbejde emotionelle oplevelser, impulser og 'rå' (mere eller mindre kaotiske, meningsløse og uforståelige) erfaringer.

Etableres der ikke en velfungerende alfafunktion, forbliver især emotionelle oplevelser uintegrerede, navnløse, kaotiske og uden mening. Emotionelle oplevelser bliver da ubærlige, forvirrende og frustrerende og vil ofte give anledning til angst og impulsiv adfærd. Emotionelle oplevelser må derfor – via malign projektiv identifikation (Ogden 1979; Jørgensen 1994) – evakueres, enten til kroppen eller til den ydre verden, hvor de angribes eller søges bragt under kontrol. Som følge heraf opstår de problemer omkring selvdestruktiv og selvskadende adfærd og svære vanskeligheder i interpersonelle relationer, der er så karakteristiske for især sværere personlighedsforstyrrelser. I forbindelse med sværere psykiske lidelser forværres disse problemer yderligere af, at patienten så at sige angriber sit eget mentale apparat. Disse såkaldte 'attacks on linking' (Bion 1967) sker for at undslippe, hvad personen opfatter som ubærlige oplevelser. Alt hvad der kan lede frem til tanker, bevidsthed og konstruktion af mening angribes og nedbrydes, fordi enhver tanke og bevidsthed om virkeligheden erfaringsmæssigt er ubærlig, ligesom den konstruerede mening er ubærlig. Den svært personlighedsforstyrrede patient, som fungerer på dette niveau, har således gjort den erfaring, at hvis han tænker over, bliver bevidst om og forsøger at forbinde oplevelser på en meningsskabende måde, da vil dette give anledning til ubærlige erkendelser. Det er så at sige bedre ikke at tænke over og forstå, hvorfor far er voldelig og mor intet gør for at forhindre det, end det er 'blot' at blive udsat for den rå vold. Hvis barnet (og senere den voksne patient) tænker over, hvorfor mor og far gør, som de gør, kunne det eksempelvis lede frem til den konklusion, at far er ond, jeg er ond og forkert, og mor er ligeglad med mig. Sådanne erkendelser er ubærlige og det er derfor bedre slet ikke at erkende.

Det som angribes er altså selve tænkningen og verbaliseringen af erfaringer (Bion 1967:94). I svære tilfælde undergraves også den projektive identifikation, der ellers kan fungere som en form for mellem menneskelig kommunikation og dermed kan bidrage til etableringen af en form for kontakt imellem mor og barn og imellem patient og terapeut. Når disse angreb lykkes, vil det hæmme helt grundlæggende elementer i barnets og senere patientens udviklingsproces. »Thanks to a denial of the main method open to the infant dealing with his too powerful emotions [projektiv identifikation], the conduct of emotional life ... becomes intolerable« (Bion 1967: 107). Et afgørende element i denne destruktive proces er, at personens nysgerrighed og trang til at udforske og forstå sig selv og verden nedbrydes. »The disturbance of the impulse of curiosity on which all learning depends, and the denial of the mechanism by which it seeks expression [projektiv identifikation], makes normal development impossible« (Bion 1967:108). Patienten har da ingen interesse for, hvorfor han føler, som han gør, og han har ingen forståelse af mental kausalitet, ingen forståelse af hvad der fremkalder mentale tilstande og hvordan disse kan determinere egen og andres adfærd.

Det som angribes eller aldrig rigtig udvikles er altså evnen til at tænke tanker om menneskers følelser og indre liv. Når man tænker tanker, bygger man bro imellem dele af virkeligheden og imellem indre impulser og adfærd, imellem frustration og tilfredsstillelse, ligesom man forsøger at forstå og skabe mening i sine erfaringer. Tanker kan således fungere som en form for buffer imellem det tidspunkt, hvor et behov, en følelse eller en impuls opstår – og det tidspunkt hvor denne impuls eller følelse må udmøntes i adfærd eller det opståede/frustrerede behov skal tilfredsstilles. Følelser og frustrationer bliver lettere at bære, når man kan tænke over dem og sætte dem ind i en meningsgivende kontekst. Når frustrationer ikke giver anledning til tanker, som kan moderere oplevelsen og de efterfølgende reaktioner, er personens frustrationstolerance meget lav og enhver frustration opleves som et ubærligt ondt indre objekt, der straks må evakueres. Der må straks handles på frustrationen. En sådan trang til øjeblikkelig udagering af enhver følelse og frustration hæmmer udviklingen af evnen til at symbolisere og tænke, ligesom den uundgåeligt vil skabe alvorlige problemer i interpersonelle relationer. Der etableres selvforstærkende destruktive processer, hvor personen ikke kan forstå endsige bearbejde, hvad der udspringer sig i selvet og imellem mennesker, hvilket giver anledning til nye frustrationer og ubærlige oplevelser, der må evakueres. Netop denne evakuering forstærker eventuelle interpersonelle konflikter og undergraver mulighederne for, at personen kan opnå korrektive erfaringer i samspil med andre. Samtidig opleves tanker som onde indre objekter, der øjeblikkelig må evakueres. Tanker bliver farlige, onde og ubærlige og må destrueres, hvilket forringer evnen til at forstå sig selv og samspillet med andre yderligere.

Når alfa-funktionen ikke er etableret, kan der ikke ske nogen symbolisering af den indre og ydre virkelighed, ligesom personen ikke kan træde på afstand af sig selv og sine oplevelser. Dele af virkeligheden opleves da med en overvældende umiddelbarhed. Dette betyder bl.a. at overføringen – i større eller længere perioder, afhængig af graden af forstyrrelse – ikke har den 'as-if'-kvalitet, der er så vigtig for det terapeutiske arbejde, og ordene opleves ikke som repræsentationer af virkeligheden, men som handlinger. Ordene er virkeligheden, ord er udageringer og tjener til at evakuere psykisk materiale, til at befri psyken fra spændinger og ubærlige dele. Dette gælder både personens egen anvendelse af ordene og opfattelsen af, hvordan andre benytter det verbale sprog. »Når den anden siger noget til mig, så gør han det for at 'komme af med noget' eller for at 'gøre noget bestemt' ved mig«, hvor oplevelsen af dette 'noget' er stærkt farvet af personens egen aktuelle indre dynamik.

Det er en udbredt opfattelse, at Bions teori er meget abstrakt og uden tilstrækkelig empirisk forankring. Man kan imidlertid betragte dele af Fonagys teori om den menneskelige mentaliseringsevne og affektregulering som en empirisk understøttet videreudvikling af centrale elementer i Bions teori, der samtidig bringer teorien tættere på den konkrete kliniske virke-

lighed i arbejdet med personlighedsforstyrrede patienter. En af de afgørende forskelle imellem på den ene side Bion, Freud og Kleins teorier og på den anden side Fonagys teori er, at Bions (Freuds og Kleins) forståelse af, hvordan mentaliseringen og evnen til at tænke udvikles, tager overvejende udgangspunkt i en énperson-psykologi. Ifølge Bion og Kleins forståelse af den projektive identifikations rolle i udviklingen af evnen til at bearbejde ubærlige selvdele og emotionelle oplevelser, lægger barnet eller patienten selvdele og oplevelser over i moderen eller terapeuten, som herefter ideelt set rummer, bearbejder og tilbagegiver disse. Gradvist internaliserer barnet eller patienten da den demonstrerede mentale bearbejdning af de projicerede selvdele og oplevelser. Barnet internaliserer efterhånden moderens alfa-funktioner og det gen-internaliserer sine projicerede selvdele.

Fonagy tager derimod overvejende afsæt i en to-personspsykologi, hvor mentaliseringen opfattes som en i første omgang dialogisk eller intersubjektiv proces. Opbygningen af en 'theory of mind' og en evne til at forstå sig selv og andre mennesker som psykologiske væsener med et indre mentalt liv (følelser, intentioner, forestillinger osv.) udspringer ikke af introspektion eller andre processer i afgrænsede enkeltindivider. Omdrejningspunktet for udviklingen af disse færdigheder er grundlæggende intersubjektive processer. Når omsorgspersonen rummer, bearbejder og verbaliserer emotionelle oplevelser og selvdele, skaber det samtidig den ro som er nødvendig for sammen med andre at kunne udforske sig selv, andre mennesker og sit samspil med disse. Denne ro og mulighed for sammen med andre at udforske andres og sit eget mentale apparat/psyke er mindst lige så vigtig for den emotionelle og kognitive udvikling som selve dette, at omsorgspersonen rummer, fordøjer og tilbagegiver oplevelser og selvdele.

Mentaliseringsevne og affektregulering (Fonagy)

Bowlby (1988:114) mener, at udviklingen af psykopatologi bl.a. hænger sammen med alvorlige forvrængninger i den tidlige forældre-barn kommunikation, der over tid udvikler sig til selvforstærkende problemer i personens interpersonelle relationer og mentale bearbejdning af oplevelser. Når forældrenes udlægning af virkeligheden for barnet ikke stemmer overens med barnets oplevelser og erfaringer, eller barnets oplevelser ligefrem gøres ugyldige, tvinges barnet til at udvikle, hvad Winnicott (1960) har kaldt et falsk selv. I andre tilfælde er udviklingen af psykopatologi forbundet med, at barnet af forskellige grunde forbydes at have og give udtryk for bestemte følelser og forestillinger (Bowlby 1988:120). Barnet udsættes for belastende oplevelser samtidig med at de tanker, følelser og handleimpulser, som er naturlige reaktioner på sådanne hændelser, forbydes og udelukkes fra bevidstheden (Bowlby 1988:126).

Den grundlæggende hypotese i Fonagys tilknytningsteoretisk funderede

begrebsliggørelse af borderline personlighedsforstyrrelsen er, at svære personlighedsforstyrrelser bl.a. udspringer af – og vedligeholdes ved alvorlige forstyrrelser i centrale fortidige og nutidige tilknytningsrelationer og især de heraf følgende forstyrrelser i mentaliseringsevnen og evnen til affektregulering. Psykopatologi er ikke alene knyttet til etableringen af problematiske mønstre i samspil med andre, men også til alvorlige mangler i evnen til at forstå sig selv, sit eget følelsesliv, andre mennesker og interpersonelle samspil.

Med afsæt i LeDoux's teori om mulige sammenhænge imellem menneskets kognitive og emotionelle liv (LeDoux 1995) skelner Fonagy et al. (2002:74f) imellem to følelsesmæssige responssystemer i hjernen: Et med udgangspunkt i amygdala, som reagerer hurtigt, automatisk og unuanceret på påvirkninger, og et som bl.a. involerer neocortex, der er noget langsommere, mere nuanceret og forbundet med højere kognitive funktioner. Sidstnævnte afspejler til dels det enkelte individs historie og kan i en vis udstrækning bringes under bevidst kontrol. I denne forbindelse er persons mentaliseringsevne af central betydning. Mentaliseringsevne henviser til en persons evne til implicit og eksplicit at fortolke egne og andres handlinger som meningsfulde med afsæt i en fornemmelse for intentionelle mentale tilstande (følelser, ønsker og forestillinger). Der er tale om en evne til at forstå menneskers adfærd og følelsesmæssige reaktioner og mellem menneskelige samspil ud fra indre mentale tilstande (eller menneskets intentionalitet), som udvikles i de tidlige tilknytningsrelationer, og som er afgørende for en persons sociale kompetence, selvforømmelse, selvregulering, evne til at forstå og håndtere interpersonelle konflikter og evne til at forstå og bearbejde belastende oplevelser. Mentaliseringsevnen er beslægtet med, hvad man i forskellige sammenhænge omtaler som en evne til psykologisk tænkning, et veludviklet observerende ego, refleksiv kapacitet eller kompetence, metakognitive færdigheder og udviklingen af en 'theory of mind'. Udviklingen af evnen til at mentalisere har afgørende betydning for en persons affektregulering i den forstand, at mentaliseringsevnen påvirker de kognitive processer igennem hvilke man regulerer, hvilke følelser man har, hvornår man har dem og hvordan man oplever og udtrykker dem (jf. Fonagy et al. 2002:93f).

Fonagy et al. (2002:56f, 257ff) skelner groft sagt imellem tre forskellige niveauer i evnen til at erfare og forstå psykiske og interpersonelle processer. På det laveste niveau, niveauet for psykisk ækvivalens ('psychic equivalence mode') sidestilles indre og ydre realitet og den indre psykiske realitet dominerer oplevelsen af virkeligheden. Fantasier og forestillinger om virkeligheden opleves ikke som forestillinger eller repræsentationer af virkeligheden, men som selve virkeligheden eller som nøjagtige kopier af virkeligheden, hvorfor de følgelig altid må være 'sande'. Tanker og følelser, som er farvet af fantasier og ubevidste processer, projiceres ud på den ydre virkelighed uden bevidsthed om, at oplevelsen af virkeligheden på denne

måde er forvrænget. Tanker, fantasier og forestillinger mangler således den 'som-om' kvalitet, der er afgørende for, at man kan eksperimentere med forskellige perspektiver på virkeligheden og indgå i en frugtbar dialog med andre om virkeligheden; »Når jeg oplever, at du synes jeg er forkert, så synes du, at jeg er forkert!«. På næste niveau, niveauet hvor man kan forestille sig eller 'lade-som-om' at der eksisterer flere virkeligheder ('pretend mode'), ved man, at ens oplevelse af verden ikke nødvendigvis er en præcis afspejling af virkeligheden. Forestillinger opfattes som repræsentationer af virkeligheden (forestillinger/repræsentationer er ikke virkeligheden), men relationerne imellem forestillinger og virkelighed udforskes ikke, ligesom man antager, at den indre virkelighed hverken har væsentlige forbindelser til – endsige konsekvenser for den ydre virkelighed.

Normalt udvikles efterhånden en evne til egentlig mentalisering eller en mere reflektiv modus, hvor indre mentale tilstande forbindes med den ydre virkelighed. Samtidig gøres forholdet imellem indre og ydre virkelighed til genstand for refleksion. Her kan man forestille sig flere forskellige perspektiver på virkeligheden. Det erkendes, at andre kan have et andet perspektiv og dermed ser virkeligheden anderledes ud, og man kan indgå i en dialog om virkelighedens beskaffenhed. Man erkender, at virkeligheden ikke altid er sådan som den umiddelbart fremstår og at ens oplevelse eller fortolkning af hændelser kan ændre sig over tid. Endvidere kan der reflekteres over tanker og følelser fra et ydre perspektiv. Der udvikles en evne til at træde på afstand af umiddelbare oplevelser og følelsesmæssige reaktioner. Hertil kommer, at andres adfærd og reaktioner nu kan forstås i lyset af disse andres indre mentale tilstande. Mentaliseringsevnen giver altså mulighed for at se ind bag den umiddelbare oplevelse (den fysiske realitet) og identificere de mentale tilstande, som ligger bag andres adfærd (Fonagy 1998:153). Dette betyder eksempelvis, at barnet kan gå fra at opfatte den depressive moders afvisende og misafstemte reaktioner på dets begejstrede fortællinger om sine oplevelser som udtryk for, at det selv er forkert og at det er forkert at vise begejstring, til også at kunne se moderens reaktioner som udtryk for moderens indre verden – og dermed ikke alene som en for barnet belastende reaktion på barnets selv og adfærd.

Fonagy et al. (2000:108; 2002:, 222ff, 248) taler også om, at man groft sagt bevæger sig ved en teleologisk forståelse af selv og andre, hvor fokus er på følgerne af handlinger og hvad der retfærdiggør disse (»alle mennesker handler målrationelt ligesom jeg«), til en forståelse af mennesker som intentionelle og mentale aktører, hvor handlinger forbindes med den handlendes mentale tilstande og intentioner. Den teleologiske forståelse leder frem til en instrumentel og unuanceret forståelse af sig selv og andre. Når selv og andre opfattes som intentionelle aktører, kan man derimod både forstå og forudsige handlinger ud fra forudgående hændelser og bagvedliggende intentioner (Fonagy et al. 2002:237ff). Forskellen imellem disse to forståelsesniveauer kan eksempelvis ses i, hvordan en patient reagerer på

flytningen af en session. Patienten på det teleologiske niveau vil, hvis han oplever flytningen som et tegn på terapeutens ligegyldighed og svigt, se terapeutens handling som udtryk for terapeutens ønske om at ydmyge ham. Er patientens forståelse derimod nået op på niveauet for intentionel og mentaliseret forståelse, vil han kunne se, at terapeuten måske flytter sessionen af grunde, som intet har med patienten selv at gøre, men udspringer af indre eller ydre omstændigheder hos terapeuten.

På det højeste mentaliseringsniveau kan man også inddrage en forståelse af, hvordan forhold i den individuelle biografi og finere nuancer i det enkelte individs oplevelse af sig og verden kan have kausal indflydelse på menneskers adfærd. Ligesom man inden for den kleinianske psykoanalyse forestiller sig, at de fleste mennesker i forskellig grad kan veksle imellem at fungere i henhold til den paranoid-skizoide og den depressive position – og at man i forbindelse med svære belastninger kan falde tilbage til overvejende at fungere i den paranoid-skizoide position – så mener Fonagy et al. (2002:269), at mentaliseringsevnen kan være ujævnt udviklet (man kan have en veludviklet evne til at aflæse visse følelsesmæssige signaler imens man er mere eller mindre 'blind' for andre) og at den i større eller mindre grad kan gå tabt på et eller flere områder i forbindelse med længerevarende følelsesmæssig belastning.

Med udviklingen af mentaliseringsevnen eller den refleksive funktion bliver man altså bl.a. i stand til (1) at repræsentere selvet og andre som tænkende og følende væsener, og (2) at anerkende, at der er forskel på den ene side ønsker, tanker, behov og på den anden side den virkelige verden, ligesom man (3) kan forstå psykisk kausalitet – dette at adfærd kan forstås med henvisning til bagvedliggende mentale tilstande – og at en model for fysisk kausalitet er uegnet til at begribe den psykologiske virkelighed. Endvidere bliver man (4) i stand til at erkende, at der kan være flere mulige perspektiver på samme hændelse og eksperimentere med forskellige perspektiver på virkeligheden, (5) at samme person kan agere forskelligt i forskellige sammenhænge som følge af forskellige sociale roller og andre faktorer i aktuelle kontekst, (6) at mennesker kan give udtryk for andre følelser end de faktisk har, og endelig (7) at mennesker intentionelt kan forsøge at snyde i den forstand, at de fremstiller sig selv på bestemte, fordelagtige måder (Fonagy et al. 1995:251f). Efter udvikling af evnen til at mentalisere opfattes fantasier og forestillinger netop som sådanne og man bliver normalt ikke overvældet af sine fantasier og forestillinger. Generelt bliver egne og andres reaktioner og handlinger langt mere meningsfulde, forståelige, forudsigelige og dermed håndterbare, når selvet og andre tillægges tanker, følelser og intentioner, der kan 'forklare' menneskers adfærd og indskrive den i en meningsfuld sammenhæng. Når mentaliseringsevnen når sit højeste niveau, kan man se sine egne fantasier og følelsesmæssige reaktioner som en form for kommunikation til selvet om virkeligheden og om selvet i denne virkelighed.

Som allerede antydnet er mentaliseringsevnen ikke en medfødt kapacitet. Den udvikles i de tidlige tilknytningsrelationer. Ifølge Fonagy bygger udviklingen af mentaliseringsevnen på tre centrale elementer i samspejlet mellem barnet og de vigtigste omsorgspersoner: (I) At barnets omsorgspersoner anerkender det som et intentionelt væsen, (II) at omsorgspersonerne giver barnet adgang til passende repræsentationer af dets selv og indre mentale tilstande, og (III) at barnet får den nødvendige ro og tryghed til at udforske sit eget og de centrale omsorgspersoners indre liv. Fonagy et al. (1995:255) mener, at »secure attachment may be a key precursor of robust reflective capacity«. En sikker base er forbundet med tryk tilknytning og en indre ro, som giver barnet optimale muligheder for at udforske »the mind of the caregiver« (ibid:256) og sin egen indre verden. Ved at udforske og blive fortrolig med den andens indre univers lærer barnet at forstå og tage højde for mentale tilstande. Samtidig lærer barnet at forstå sin egen indre verden ved at se den spejlet i den anden; »The child gets to know the caregivers mind as the caregiver endeavors to understand and contain the mental state of the Child« (Fonagy et al. 1995:256). Herunder er det, som nævnt, et vigtigt element i udviklingen af mentaliseringsevnen, at barnet får mulighed for at finde blot rimeligt dækkende repræsentationer af selvet, sin indre verden og sine følelsesmæssige reaktioner i den anden. Barnet skal kunne finde repræsentationer af sig selv som et intentionelt væsen med tanker, følelser og intentioner i den anden. Efterhånden vil det internalisere disse repræsentationer og gøre dem til sine egne repræsentationer af selvet og sin indre verden. Barnets mentaliseringsevne udvikles via erfaringer med, at andre reflekterer over dets mentale tilstande i en tryk ramme, prototypisk i leg med forældre eller andre (større) børn (Fonagy & Target 1996b:460).

Når det er den andens repræsentation af selvet som et mentaliserende, følelses og intentionelt væsen, der internaliseres, er det afgørende, at den anden er i stand til at mentalisere. Noget tyder da også på (Fonagy 2000), at forældrenes reflektive kapacitet understøtter udviklingen af tryk tilknytning hos deres barn, der i sin tur understøtter udviklingen af barnets mentaliseringsevne. Ifølge Fonagy (1999:54) er det trykt tilknyttede barns adfærd »based on the experience of well co-ordinated, positive interactions where the caregiver is rarely over-arousing and is able to restabilise the child's spontaneously emerging disorganising emotional responses«. Som følge heraf vil barnet »remain relatively organised in stressful situations. Negative emotions are not seen as threatening in and of themselves but are regarded by the infant as serving a communicative function«.

Forstyrret mentalisering og personlighedsforstyrrelser

Ved usikker tilknytning er barnet i mere eller mindre konstant alarmberedskab, det præges af en grundlæggende usikkerhed og mangler den nødvendige ro til at udforske eget og andres indre univers. Alvorligere forstyrrelser i den tidlige tilknytning betyder, at barnet ikke har råd til den 'luksus', det er at udforske sin egen indre verden og hele spektret af forældrenes reaktioner. I den forstand vil en utryk tilknytning kunne undergrave udviklingen af den evne til at fortolke informationer om mentale tilstande, som er afgørende for kompetent ageren i en kompleks social virkelighed (Fonagy et al. 2002:7). Fordi bestemte følelsesudtryk og signaler fra forældrene kan indvarsle hændelser, som har alvorlige og måske håndgribelige konsekvenser for barnet – »når far bliver stille og går på en bestemt måde risikerer jeg, at han snart begynder at slå« – må det udvikle en hyperaktiv sensitivitet over for bestemte signaler og mentale tilstande hos andre. Barnet må være på forkant med bestemte tanker og følelser hos sine omsorgspersoner for at foregribe og om muligt forhindre traumatiske situationer. Dette betyder i visse tilfælde, at barnet udvikler en pseudoviden om et mere eller mindre snævert afgrænset spektrum af mentale tilstande hos andre, imens det bliver mere eller mindre blindt for andre følelser og mentale tilstande. Hertil kommer, at når barnet må anvende store dele af sin opmærksomhed på, hvad der sker i andre, får det ikke tilstrækkelig mulighed for at udforske sin egen indre verden. Udviklingen af en sådan hyperaktiv mentalisering med snævert fokus på bestemte signaler har oprindeligt været adaptiv i den forstand, at den har hjulpet barnet til at foregribe og måske begrænse belastende oplevelser. Men når en sådan forsvarsstrategi udbreder sig til alle relationer og får autonom eksistens, hvorefter den aktiveres uden tilstrækkeligt blik for aktuelle realitet, bliver den maladaptiv og hæmmende for mentaliseringsevnen.

Et andet vigtigt element i udviklingen af alvorlig psykopatologi er, at mangler i de vigtigste omsorgspersoners spejling af selvet og dets følelsesmæssige oplevelser kan betyde, at barnet ikke kan finde en dækkende repræsentation af selvet i den anden. Når den andens oplevelse af barnet præges af mangel på empati og sensitivitet for barnet og af den andens egne behov og rigide forestillinger om barnet, vil barnet – når det søger repræsentationer af sig selv og sine oplevelser – kun finde den andens idiosynkratiske og fordrejede billeder. Barnet finder ikke repræsentationer af sig selv i den anden, men repræsentationer af den andens mentale tilstande. Over tid vil dette betyde, at barnet internaliserer en del af den andens psyke eller den andens fordrejede billeder af selvet (»jeg har altid været et stille og nemt barn«, »jeg er rigtig god til at hjælpe andre«). I stedet for repræsentationer som afspejler det konstitutionelle ('ægte') selv, domineres personens selvrepræsentationer af repræsentationer af en andens selv og indre liv. Disse fordrejede repræsentationer, der altså i virkeligheden er re-

præsentationer af den anden, bliver en del af selvet. Den anden koloniserer barnets selv, den internaliserede anden etableres som et fremmed eller 'falsk' selv i selvets kerne. I forsøg på at stabilisere selvet og skabe en oplevelse af et sammenhængende selv, må dette fremmede selv løbende udstødes eller evakueres. Det projiceres ud i kroppen eller over i den anden, hvor det forsøges kontrolleret, hades, angribes eller endog søges tilintetgjort. Ifølge Fonagy er dette et væsentligt element i den dynamiske baggrund for borderlinepatientens selvskadende adfærd og suicidalforsøg – hvor det fremmede selv projiceres ud i kroppen og efterfølgende angribes eller forsøges tilintetgjort. Tilsvarende kan man se visse borderlinepatienters voldelige adfærd som et resultat af, at det fremmede selv lægges over i den anden, hvor det efterfølgende udsættes for aggressive angreb.

Samlet set kan utryk tilknytning i forskellig grad medvirke til at hæmme udviklingen af mentaliseringssevnen. Hvis de primære omsorgspersoner ikke kan rumme barnets selv og affekter, vil samspil med barnet aktivere angst eller andre former for alarmtilstande. Og i stedet for evnen til at rumme, reflektere over og bearbejde affekter, er barnet henvist til at internalisere umodne og maladaptive forsvar imod affekter (Fonagy et al. 1995: 247). Barnet identificerer sig med forældrenes forsvarsstrategier og defensive adfærd (Fonagy & Target 2003), hvilket alt andet lige giver problemer i barnets og senere den voksnes regulering af affekter. Hertil kommer, at barnet som ikke kan trække på en evne til at reflektere over og forstå egne og andres følelsesmæssige reaktioner, vil blive mere sårbart for belastende oplevelser og problemer i interpersonelle relationer. Evnen til at mentalisere er således et vigtigt element i en persons sociale kompetence, der er fundament for opbygning og vedligeholdelse af støttende, personlige og intime relationer, som man kan trække på i forbindelse med følelsesmæssig belastning. Sociale kompetencer inkluderer bl.a. en evne til følelsesmæssig nærhed, evne til at forstå, hvad der sker i andre og evnen til at forstå og håndtere interpersonelle konflikter (Mallinckrodt 2000). Personer med ringe sociale kompetencer og social realitetstestning har vanskeligt ved at aflæse og forstå sin egen og andres 'mind' og interpersonelle samspil. De må derfor konstruere deres egne mere eller mindre idiosynkratiske og fordrejede modeller for at skabe en form for mening og sammenhæng i deres oplevelser. Sådanne idiosynkratiske modeller kan bidrage til, at personen agerer maladaptivt i interpersonelle samspil. Mangelfulde sociale kompetencer øger risikoen og sårbarheden for vanskeligheder i mellem menneskelige relationer; dels fordi ringe sociale kompetencer i sig selv kan bidrage til interpersonelle konflikter, dels fordi en person med mangelfulde sociale kompetencer er dårligt rustet til at løse og bearbejde sådanne konflikter.

Selvom det stadig er uafklaret, hvor stor betydning traumatiske oplevelser i sig selv har for udviklingen af borderline personlighedsforstyrrelsen – og der fortsat knytter sig en række alvorlige metodeproblemer til

den empiriske belysning af mulige kausale sammenhænge (Rutter & Maughan 1997) – så er der næppe tvivl om, at der er en betydelig overforekomst af alvorlige traumatiske oplevelser hos personer med borderline personlighedsforstyrrelser sammenlignet med normalbefolkningen og en lang række andre psykiske forstyrrelser (Allen 2001:273; Zanarini & Frankenburg 1997). Som Gabbard (2000) formulerer det i sit autoritative værk om *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*: »there is now extensive empirical support for the notion that abuse during childhood is a major contributing factor to the etiology of the disorder [borderline personality disorder]« (Gabbard 2000:424). Men som han videre siger: »on the other hand, sexual abuse is neither necessary nor sufficient for the development of BPD, and other early experiences, such as neglect by caretakers of both genders and chaotic or inconsistent home environment, also appear to be significant risk factors« (ibid.). Ud over at traumatiske oplevelser i sig selv kan være patologiserende, vil især gentagne traumatiske oplevelser, hvor barnet bliver genstand for overgreb eller massive svigt fra omsorgspersoner, kunne resultere i en defensiv undergravelse af barnets mentaliseringsevne. Barnet må så at sige undgå at udvikle en bevidsthed om mulige årsager til og intentioner bag omsorgspersonernes adfærd, da dette giver anledning til ubærlige erkendelser. Der er altså tale om en form for kortsigtet copingstrategi, hvor barnet gør sig – eller forbliver – blind for andres tanker, motiver og indre liv (Fonagy et al. 1995:263). På længere sigt vil en sådan nedbrydning af mentaliseringsevnen imidlertid gøre personen yderligere sårbar for belastende oplevelser, da der ikke kan trækkes på den vitale evne til at mentalisere i bearbejdningen af sådanne oplevelser. Omvendt må man forvente, at børn som udsættes for traumatiske oplevelser men samtidig har adgang til tilknytningsrelationer, hvor de kan udvikle mentaliseringsevne, vil have bedre muligheder for at gennemarbejde disse traumer og således undgå varige psykiske følger (Fonagy 1999).

Af forskellige grunde når personer med alvorlige personlighedsforstyrrelser altså aldrig til en fuldt udviklet mentaliseringsevne. De fungerer overvejende i, hvad Fonagy har kaldt 'psychic equivalence mode' og de forstår sig selv og andre som teleologiske aktører; i forskellig grad mangler de evnen til at forstå, hvordan mentale processer med-determiner mennesker adfærd. »The equation of external and internal continues to dominate the subjective world of individuals with severe personality disorders« (Fonagy & Target 2003:274). En række af borderlinepatienternes karakteristiske vanskeligheder kan henføres til problemer i mentaliseringsevnen og defensive strategier til at stabilisere et skrøbeligt selv (Fonagy 2000:1138ff; Fonagy et al. 1995:264; Fonagy et al. 2000:114f). Tidvist – og især i forbindelse med emotionel arousal – er de ude af stand til at se, at deres fantasier og forestillinger kun er repræsentationer af virkeligheden og kun udgør ét muligt perspektiv på virkeligheden. Dette manifesteres bl.a. i de situationer, hvor patientens oplevelse af overføringen mister sin 'som-

om'-kvalitet og det derfor bliver vanskeligt at udforske overføringen og dens dynamiske baggrund. Når patienten da oplever at terapeuten er nedladende i kontakten, så er terapeuten nedladende i patientens univers og der er ikke grundlag for – og ingen grund til – at udforske, hvorfor patienten får den oplevelse netop nu. Der er ikke basis for at 'lege' eller eksperimenterer med flere perspektiver på virkeligheden endsige for at udforske den dynamiske baggrund for patientens oplevelse.

Den ringe mentaliseringsevne, den utilstrækkeligt udviklede evne til at reflektere over forholdet mellem forestillinger og virkelighed, bidrager til borderlinepatientens karakteristiske tendens til at se verden i sort-hvide nuancer og problemer med at integrere forestillinger til et sammenhængende og nuanceret billede af virkeligheden. Kun et perspektiv på virkeligheden kan have gyldighed, imens alle andre perspektiver og antydninger af, at virkeligheden måske er lidt mere kompleks, ofte bliver mødt med vrede, afvisning eller endog forskellige former for paranoide fortolkninger. Fordi deres forståelse af sig selv, andre mennesker og de finere nuancer i interpersonelle samspil er underudviklet, vil de ofte være ude af stand til at foregribe og forstå baggrunden for andres reaktioner og adfærd. De bliver 'taget på sengen', de bliver forvirrede og følelsesmæssigt overvældet. Dette er ubærligt og derfor griber de til hastige og vidtrækkende konklusioner. De mangler den omtanke og evne til at forstå mentale processer, som skulle sætte dem i stand til at opstille valide hypoteser om, hvorfor andre gør som de gør. Når de samtidig har vanskeligt ved at finde mening i og forstå deres egne – ofte stærke – følelsesmæssige reaktioner, og har 'lært' præmentale og handlingsorienterede strategier til at håndtere spændinger og konflikter, er det nærliggende resultat den karakteristiske tendens til impulsive og uovervejede reaktioner. Når de ikke kan mentalisere, kan de ikke forstå deres egne følelsesmæssige reaktioner – og det bliver vanskeligt at regulere sine affekter, der derfor kan eskalere og komme ud af kontrol.

Som følge af problemer med at etablere stabile og dækkende repræsentationer af egne følelser, forestillinger og behov er borderlinepatientens forestillinger om selvet flygtige, ustabile og præget af umiddelbare oplevelser og indskydelser. Dette er baggrunden for deres problemer med identitetsdiffusion og stærke svingninger i selvopfattelsen. Den typiske oplevelse af indre tomhed kan også være forbundet med fraværet af stabile og nuancerede repræsentationer af selvet og med tilsvarende overfladiske og unuancerede repræsentationer af andre og af relationerne til andre. Unuancerede og overfladiske repræsentationer, som ikke tilnærmelsesvist er dækkende for virkeligheden, er mere eller mindre tomme og farveløse og den indre verden bliver gold og farveløs. Endelig betyder den mangelfulde udvikling af stabile indre repræsentationer af andre, at personen kun kan føle sig forbundet med andre, når disse er fysisk til stede (Fonagy 2000:1140), hvilket er en vigtig del af baggrunden for borderlinepatientens karakteristiske tendens til at etablere symbiotiske relationer og svære afhængighed af andre.

Når de primære omsorgspersoners reaktioner ikke har været afstemt med personens selv og indre oplevelser og personen ikke har haft mulighed for at finde repræsentationer af det konstitutionelle ('ægte') selv i den anden, vil der ofte blive etableret et fremmed selv i selvet, som løbende må evakueres til egen-kroppen eller lægges over i andre via projektiv identifikation. I forlængelse af dette kan Borderlinepatientens selvskadende adfærd, som nævnt, forstås som et udtryk for, at patienten forsøger at slippe af med ubærlige eller hadede dele af selvet ved at projicere dem ud i kroppen, hvorefter de angribes. Tilsvarende kan suicidalforsøget dels ses som et mere radikalt udtryk for denne dynamik, dels kan suicidalforsøget – ifølge Fonagy et al. (2000:115) – være udtryk for, at patientens forsøg på at placere ubærlige dele af selvet i en anden via projektiv identifikation er slået fejl eller brudt sammen. Når patienten placerer det fremmede selv i en anden er hun svært afhængig af, at den anden er der til modtage disse selvdele. Oplever patienten, at den anden ikke kan rumme de projicerede selvdele og de kastes tilbage – eller hvis den anden forlader patienten – må de ubærlige selvdele eller det fremmede selv reinternaliseres. Selvet trues da af disintegration og destruktion. Herefter repræsenterer selvmordsforsøget den fantaserede destruktion af det fremmede selv eller den fremmede anden, der har taget bolig i selvet (Fonagy et al. 2000:115). Evakueringen af det fremmede selv via projektiv identifikation kan endvidere give anledning til alvorlige problemer i patientens samspil med andre, da patienten ubevidst søger at fremkalde og kontrollere adfærdsformer, som svarer til de projicerede forestillinger, hos andre (Ogden 1979; Jørgensen 1994).

Kasuistik²

Malene er en 39-årig kvinde, der har levet alene, siden hun som ganske ung blev smidt ud af barndomshjemmet efter langvarige konflikter med faderen. Hun har næsten ingen kontakt med andre mennesker og den kontakt, hun har, er med, hvad hun selv beskriver som 'skæve eksistenser'. Hun har muligvis været udsat for seksuelle overgreb og har aldrig haft 'normal' seksuel kontakt med andre, ligesom hun er bange for enhver form for kropslig berøring og emotionel nærhed. Faderen beskrives som svært voldelig, sadistisk og uden evne til følelsesmæssig kontakt med andre. Patienten kan beskrive gentagne episoder, hvor hun som barn er blevet 'afhørt' af faderen, der vil have kontrol over, hvad datteren foretager sig, når hun er uden

2 I forbindelse med inddragelsen af eget casemateriale er det et alvorligt problem, at man for at beskytte patientens anonymitet naturligt må udelade konkrete detaljer fra patientens liv og behandlingsprocessen, der ville kunne tjene som levende illustrationer af de fremlagte pointer. Jeg håber derfor læseren vil bære over med, at casematerialet må beskrives i lidt vel overordnede og generelle vendinger.

for hjemmet. Disse afhøringer munder som regel ud i enten latterliggørelse af, hvad hun fortæller, eller fysisk afstraffelse for, hvad faderen mener er forseelser eller tegn på, at hun lyver. Moderen beskrives som et dybest set sødt og godt, men også meget ængsteligt menneske. Hun er alt for svag til at komme datteren til hjælp i forbindelse med faderens overgreb, selvom hun efter Malenes opfattelse gerne ville. I stedet bliver moderen selv overvømmet af sine egne følelser, hun invaderer datteren ('hun lægger følelser over i mig') og fra en tidlig alder ender det ofte med, at det er Malene som må trøste og berolige sin mor. Hun har således meget dårlige erfaringer med at bede om hjælp. Oftest har omsorgspersonens spejling af hendes følelser og indre liv været svært fejlagtig og nærmere været udtryk for moderens egne uhåndterlige og ubærlige følelser. Dette betyder, at der er blevet etableret et fremmed selv i Malenes indre univers domineret af massiv aggression, som det tidvist bliver nødvendigt for hende at evakuere. I ungdomsårene har hun begået en del volds- og især berigelseskriminalitet. I perioder har hun haft symptomer på en middelsvær spiseforstyrrelse. Hendes tilknytning som voksen er altovervejende ængsteligt-undgående og i forlængelse af dette har hun ingen tillid til, at andre kan endsige vil hjælpe hende. Man kan sige, at hun har ofret sin evne til mellem menneskelig intimitet for at opretholde en følelse af autonomi. Endvidere er hun meget optaget af, hvordan mennesker efter hendes opfattelse er uægte, forlorne og har skjulte dagsordener (som hun ikke kan gennemskue) og derfor kan hun 'ikke bruge dem til noget'. En opfattelse som ikke er helt uforståelig i lyset af hendes historie.

Patienten bringes til psykiatrisk skadestue af en nabo efter et middelsvært suicidalforsøg. Efterfølgende henvises hun til psykoterapeutisk behandling under diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse. Hun er plaget af vedholdende indre uro, hun føler sig konstant overvåget og kontrolleret af en meget streng og straffende samvittighed og når den indre spænding bliver uudholdelig er hendes eneste metode til selvregulering forskellige former for selvskadende adfærd. Som følge af hendes ganske begrænsede kontakt med andre har hun vanskeligt ved at slippe af med de ubærlige selvdele (det fremmede selv, ubærlige følelser og impulser), hvorfor hun nogle gange er henvist til at evakuere disse til kroppen, hvor de efterfølgende angribes. Når hun skader sig selv, bliver hun beroliget i nogen tid. Den selvskadende adfærd anvendes således som selvregulering.

Hendes forståelse af sit eget indre liv og sine egne følelsesmæssige reaktioner er relativt begrænset. Tilsvarende er hendes evne til at aflæse mellem menneskelige signaler underudviklet. Hertil kommer en hypersensitivitet over for, hvad hun oplever som tegn på, at andre vil kontrollere og begrænse hende. Når hun bringes i situationer, hvor hun ikke kan forstå, hvad der udspiller sig i interpersonelle samspil, griber hun oftest til meget simple og egocentriske udlægninger af virkeligheden, der tidvist præges af paranoid fortolkning. Hun er overbevist om, at der kun findes en 'sand' for-

ståelse af, hvorfor andre mennesker gør, som de gør, og af hvad der udspiller sig imellem mennesker. Hendes mentaliseringsevne er mangelfuld og hun kan ikke operere med mere end et – ofte groft forenklet – billede af virkeligheden. Hun kan ikke se, at der kan være flere forskellige perspektiver på virkeligheden. I det terapeutiske rum manifesterer dette sig bl.a. ved, at når der opstår konflikter og uoverensstemmelser i behandlingsrelationen (alliancebrud), indleder hun altid med meget kraftigt og aggressivt at insistere på, at hendes opfattelser af, hvad der er sket, er den eneste gyldige – og hvis der er opstået problemer, så må det være terapeutens »skyld«. Dette hænger antageligt bl.a. sammen med, at ansvar og skyld i hendes verden er blevet forbundet med skam og fysisk afstraffelse.

I den terapeutiske proces udløser patientens oplevelse af empatibrud raseri og tidvist impuls gennembrud. Hvis hun oplever, at terapeuten forsøger at kontrollere hende og hendes autonomi og frie råderum trues – hvilket i hendes univers kan rumme elementer af gentagelse af faderens forhørsseancer – trækker hun sig ud af kontakten eller hun går til angreb på terapeuten. Især i disse situationer er det vanskeligt at etablere et rum for fælles udforskning af, hvad der sker i rummet og inde i de involverede parter. Det terapeutiske rum truer så at sige med implosion. Overføringen mister den 'as-if'-kvalitet som er afgørende for den terapeutiske udforskning.

Malene giver på forskellig vis udtryk for, at hun har et stort behov for at få at vide, hvem hun er og hvad der sker i hende; bl.a. er hun meget optaget af sin diagnose, ligesom hun læser en del selvhjælpslitteratur og fagbøger om psykiske lidelser. Hendes indre verden er befolket af fejltagte og unuancerede repræsentationer. Hun har derfor brug for repræsentationer af sig selv, som er i bedre overensstemmelse med hendes konstitutionelle selv. Hun har behov for at forstå, hvad der sker i terapeuten, hvorfor terapeuten gør, som han gør, og måske især, hvordan terapeuten ser hende og hendes vanskeligheder. Hun har behov for at få kommunikeret et empatisk og responsivt ydre blik på sig selv. Derfor er kvaliteten af terapeuten's spejling, affektive afstemning (Stern 2000), repræsentationer af følelsesmæssige reaktioner, interpersonelle samspil og indre tilstande afgørende. Hvis hun oplever – eller 'ser' – at terapeuten er uægte eller ikke er helt ærlig og 'ren' i sin kommunikation, bliver det straks kasseret som ubrugelig 'terapeutsnak'. I denne forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at hun – lige som de fleste andre mennesker med personlighedsforstyrrelser – har en særdeles veludviklet evne til at se selv små tegn på følelsesmæssige signaler og interpersonelle spil, som har været særligt vigtige i forbindelse med netop hendes traumatiske oplevelser og patologiske samspil med betydningsfulde andre. Problemet er imidlertid, at hun typisk overfortolker eller fejlfortolker betydningen af disse signaler. Hun er så at sige meget selektiv i sin oplevelse af andres følelsesmæssige og interaktionelle signaler og hun formår ikke at sætte disse ind i en meningsfuld og nuanceret forståelse af den anden og samspillet med den anden.

En af de væsentligste udfordringer i arbejdet med Malene har været, at hun vedvarende evakuerer de skyldfølelser, følelser af magtesløshed og følelser af at blive kontrolleret og låst fast, som aktiveres, når hun oplever tilføjelse til følelsesmæssig nærhed eller hun oplever, at hendes autonomi og handlefrihed er truet (der i hendes univers er tæt forbundne situationer) i den terapeutiske relation. Når terapeuten modtager disse evakuerede selvdele, oplever dem i modoverføringen og på den ene eller den anden måde udlever dele af dem eller forsøger at konstruere verbale repræsentationer af disse oplevelser, reagerer Malene med foragt. Når hun formår at fremkalde og ser de evakuerede selvdele i den anden, går hun til angreb på dem eller hun forsøger på forskellig vis at bringe dem under kontrol.

De selvdele som lægges over i terapeuten har for hende været forbundet med ydmygelse og skam. Selvom man i princippet kan se, at hun evakuerer og angriber dele af selvet i et forsøg på at beskytte og stabilisere et skrøbeligt selv, vil modtagelsen af sådanne oplevelser og selvdele tidvist komplicere det terapeutiske samspil og gøre det vanskeligt for terapeuten at være fuldt til stede og bevare sin evne til at tænke i det terapeutiske rum. Samtidig åbner netop evakueringen af de ubærlige selvdele for en ganske dybtgående og nuanceret forståelse af, hvordan det har været og er at være Malene. Evakueringen af det fremmede selv kan således være et vigtigt redskab til at understøtte terapeutens empati. I denne forbindelse er det afgørende, at terapeuten formår at beskytte og bevare sin evne til at tænke tanker (sit analyserende ego) og til at se patienten som et intentionelt væsen med følelser, fantasier og impulser, der meddeterminerer hendes adfærd. En anden kompleks proces i arbejdet med Malene har været, at fordi hun i lange perioder fungerer i 'psychic equivalence mode', er det meget skræmmende for hende, når hun via projektiv identifikation eksempelvis lægger følelsen af foragt over i terapeuten. Hun er da fuldt overbevist om, at terapeuten (som faderen) møder hende med intens foragt, og tidvist er hun ude af stand til at træde på afstand af denne oplevelse for at udforske den sammen med terapeuten.

Terapeutiske implikationer

»For at forholdet mellem to individer kan forløbe harmonisk må de hver især kende den andens synspunkt, mål, følelser og hensigter, og de må hver især tilpasse egen adfærd på en sådan måde, at der bringes en vis overensstemmelse mellem målene i stand. Dette kræver, at de hver især har rimeligt nøjagtige modeller af sig selv og den anden, som regelmæssigt ajourføres gennem indbyrdes fri kommunikation« (Bowlby 1988:146). Ifølge Bowlby er målet med en tilknytningsteoretisk funderet psykoterapi, at patienten via udforskning af sine arbejdsmodeller eller indre repræsentationer af selv og betydningsfulde andre bliver i stand til at revidere disse og gøre

dem mere fleksible. En vigtig forudsætning for dette er, at terapeuten formår at skabe en sikker base for patienten. Bowlby (1988:157) mener, at terapeutens rolle da er »analog med moderens rolle, når hun giver sit barn en sikker base, hvorfra det kan udforske verden«. Terapeutens opgave er i første række at være ledsager for patienten i dennes selvhelbredelsesproces (ibid.:169), imens der lægges mindre vægt på, at terapeuten skal tilbyde patienten analytiske fortolkninger. Ifølge Bowlby (ibid.:168) bør en terapeutisk holdning være centreret omkring rationalet »jeg ved det; jeg skal fortælle dig det« afløses en holdning som tager afsæt i, at terapeuten signalerer til patienten: »Du ved det, du skal fortælle mig det«.

Hvad angår konkrete interventioner og overordnede terapeutiske strategier adskiller en psykoterapi baseret på nyere tilknytningsteori sig ikke væsentligt fra moderne psykoanalytisk psykoterapi ved personlighedsforstyrrelser. Forskellene knytter sig primært til, hvad man antager er de afgørende terapeutiske processer og virkningsfaktorer. Her bevæger man sig fra et fokus på, hvorledes analytiske fortolkninger leder frem til opnåelse af indsigt, til et fokus på, hvordan udviklingen af patientens mentaliseringsevne udløser afgørende forandringer i grundlæggende psykologiske funktioner.

Ifølge Fonagy et al. (2000:116) er »psychotherapy in all its incarnations ...about the rekindling of mentalization«. Enhver psykoterapi kan betragtes som en bestræbelse på, med forskellige midler (knyttet til den enkelte skoledannelse) at (gen)opbygge patientens evne til mentalisering og herigenem bl.a. udvikle patientens evne til affektregulering, evne til at håndtere interpersonelle relationer og evne til at bearbejde belastende oplevelser. I tråd med Bions forståelse af sværere psykopatologi kan man også sige, at psykoterapi understøtter udviklingen af patientens alfafunktion og sekundærproces-tænkning. En tilknytningsteoretisk funderet behandling af svære personlighedsforstyrrelser har tre overordnede mål: (1) at etablere en bæredygtig tilknytningsrelation til patienten (hvilket er nært beslægtet med etableringen af en frugtbar behandlingsalliance), (2) at benytte denne tilknytningsrelation til at skabe en interpersonel kontekst og et terapeutisk rum, hvor fokus er udforskning og forståelse af mentale tilstande, og endelig (3) at skabe situationer, hvor patienten oplever, hvordan terapeuten ser og anerkender ham eller hende som en intentionel og mentaliserende person.

Patienten skal hjælpes til at mærke, benævne (verbalisere) og forstå følelsesmæssige reaktioner og tilstande og til at forstå sig selv og andre som intentionelle væsener med tanker, følelser, forestillinger og intentioner, der har indflydelse på både egen og andres oplevelse af og ageren i verden. Man kan også sige, at den personlighedsforstyrrede patient skal hjælpes til at udvikle sin 'theory of mind' og til at bevæge sig fra en overvejende teleologisk til en intentionel forståelse af egen og andres adfærd. Dette vil bidrage til at skabe en verden, hvor menneskers adfærd opleves som forståelig, meningsfuld og forudsigelig. Samtidig reduceres behovet for split-

ting og oplevelsen af selv og andre bliver gradvist mere integreret. Patienten skal understøttes i udviklingen af perspektivisme. Ved at terapeuten tilbyder et andet perspektiv på patientens indre liv og det terapeutiske samspil bibringes patienten gradvist en evne til at se, at der kan være flere lige gyldige eller rigtige perspektiver på en given hændelse og på dele af virkeligheden generelt – og at ethvert perspektiv oftest er meningsfuldt forbundet med, hvad der sker i den person som repræsenterer det pågældende perspektiv. Herunder vil patienten efterhånden kunne erkende, at hendes egen subjektive oplevelse af virkeligheden dels kun er en blandt flere mulige versioner af virkeligheden, dels at denne subjektive oplevelse kan være bestemt eller stærkt farvet af egne mentale tilstande (angst, uopfyldte behov, frustration osv.) og af forhold i egen fortid (tidligere oplevede svigt, grænseoverskridelser, ydmygelser osv.).

På visse punkter er terapeuten opgave beslægtet med forælderen, der skaber et rum for 'pretend play', et rum hvor der kan leges med forskellige udgaver af virkeligheden. Især den psykoanalytiske psykoterapeut åbner for eksperimenteren med 'as-if'-erfaringer, når han fokuserer på patientens oplevelser i overføringen, der både er virkelige og ikke-virkelige eller kan henføres til en anden (fortidig) virkelighed. Ifølge Fonagy et al. (2002:284) er det et væsentligt element i den psykoanalytiske psykoterapi, at patient og terapeut taler om fantasier, følelser og forestillinger som de samtidig godt 'ved' ikke er 'virkelige'. Målet er at fokusere »the patient's attention on his internal mental contents, which are to be externalised within the safe, reality decoupled 'as-if' world of the analytic situation« (Fonagy et al. 2002: 315).

I arbejdet med overføringen illustreres løbende, hvordan patientens og terapeutens adfærd kan ses fra forskellige perspektiver og som udtryk for følelser, intentioner og forestillinger hos den enkelte. Terapeutens spørgsmål, klarifikationer, konfrontationer og fortolkninger er levende eksempler på mentalisering (eller alfa-funktionen), som patienten gradvist kan internalisere. Terapeuten tilbyder re-præsentationer af sine egne og patientens mentale tilstande, der korresponderer nogenlunde rimeligt med disse, og som kan internaliseres af patienten (Fonagy et al. 2002:288f). Dette mentaliseringsarbejde i den psykoanalytiske proces er udtryk for en fælles opmærksomhed på især patientens indre liv og mentale tilstande. Terapeuten konstruerer og rekonstruerer løbende repræsentationer af patienten, som patienten kan internalisere i opbygningen af en forståelse af sig selv (Bateman & Fonagy 2004). Psykoterapien »compels the patient's mind to focus on the mental states of a benevolent other, that of the therapist« (Fonagy 1999:64). »The therapist's mentalistic, elaborative stance ultimately enables the patient to find himself or herself in the therapist's mind as a thinking, feeling being and to integrate this image as part of his or her sense of himself or herself« (Fonagy 2000:117). Her er det afgørende, at terapeuten repræsenterer patientens selv – i modsætning til, hvad pati-

enten tidligere har oplevet hos omsorgspersoner – er i rimelig overensstemmelse med patientens konstitutionelle eller ‘sande’ selv. I modsat fald understøtter terapeuten det patologiserende falske eller fremmede selv i patientens indre. Selve det at kunne trække på en nuanceret og sammenhængende teori om menneskets indre liv, som man finder i psykoanalysen, hjælper terapeuten til at opbygge og fastholde stabile og kohærente repræsentationer af patientens indre liv og af hvad der udspiller sig i den terapeutiske relation, som patienten kan internalisere. Dette er i sig selv en vigtig begrundelse for, at man må have en nuanceret og sammenhængende behandlingsteori som grundlag for sit arbejde med personlighedsforstyrrede patienter.

Som det fremgår, er behandlingens primære mål og virkningsfaktor ikke, at patienten opnår indsigt i specifikke ubevidste processer, men at patienten sættes i stand til at reflektere over eget og andres indre liv og til at erkende og acceptere de dele af selvet, som hidtil er blevet evakueret. Fonagy et al. (2002:288) går et skridt videre, når de med deres dialektiske forståelse af udviklingen af selvet »shifts the traditional psychoanalytic emphasis from the internalization of the containing object to the internalization of the thinking self from within the containing object«. Det centrale er udviklingen af patientens selvbevidsthed og evne til at tænke klart og sammenhængende om sin egen historie (Holmes 2001:45). En sådan veludviklet refleksiv funktion beskytter imod patologiske konsekvenser af belastende fortidige og nutidige oplevelser. Beskyttelsen ligger i evnen til introspektion og i at patienten bliver i stand til at se sig selv og sine egne og andres reaktioner fra et ydre perspektiv, hvor egne og andres følelser og handlinger sættes ind i en meningsgivende kontekst (Holmes 2001:77).

En af grundene til at man ofte opfatter det som vanskeligt at arbejde terapeutisk med patienter med borderline personlighedsforstyrrelser er, at de for at stabilisere selvet og opleve et minimum af tryghed må evakuere dele af selvet. Via projektiv identifikation søges dele af selvet lagt over i terapeuten. For at patienten kan føle et vist mål af tryghed i relationen til terapeuten, hvilket er forudsætning for opbygning og vedligeholdelse af behandlingsalliancen, må terapeuten derfor være i stand til at modtage, rumme og i en vis udstrækning udleve disse evakuerede selvdele. Terapeuten må modtage patientens fremmede selv og gøre det til genstand for refleksion.

Når man arbejder med personlighedsforstyrrede patienter, er den terapeutiske relation, samspillet og den løbende dialog af afgørende betydning. Opmærksomheden må primært rettes imod den aktuelle interaktion (her-og-nu frem for der-og-da) og mentale tilstande, imod psykologiske processer snarere end det umiddelbare indhold af patientens ytringer, ligesom man løbende må forsøge at bygge bro imellem affekter og deres repræsentationer (Bateman & Fonagy 2004). Der er således tale om en terapeutisk proces, som i en vis forstand ikke har nogle bestemte mål. Derfor kan der

heller ikke opstilles faste regler for, hvad der skal udspringe af mødet imellem patient og terapeut. Det tilfældige og spontane er vigtigt (Holmes 2001:50) på linje med terapeutens mentaliseringsevne, evne til at modtage patientens evakuerede selvdele, og andre mere personlige kvaliteter. I naturlig forlængelse af dette er det ikke meningsfuldt at formulere stramt strukturerede manualer for det terapeutiske arbejde.

Studier af behandlingseffekt

Der foreligger stadig kun ganske få velgennemførte undersøgelser af effekten af psykoterapeutisk behandling af personlighedsforstyrrelser, herunder borderline personlighedsforstyrrelser (Crits-Christoph & Barber 2002). De eneste to behandlingskoncepter, der kan påberåbe sig en vis empirisk fundering eller evidens, er Linehans dialektiske kognitive adfærdsterapi (Linehan 1993) og Fonagy & Bateman's tilknytningsteoretisk baserede psykoanalytiske behandling (Bateman & Fonagy 2004). De to koncepter er beslægtede i den forstand, at de bl.a. begge lægger vægt på problemer i affektreguleringen som en central ætiologisk faktor. Hvad angår den mere grundlæggende patologiforståelse og den konkrete behandling er der væsentlige forskelle.

Linehan et al. (1991, 1993, 1994) har i et randomiseret kontrolleret studie vist, at sammenlignet med traditionelle behandlingstilbud (TAU, n=22) fører et års intensiv dialektisk kognitiv adfærdsterapi (n=22) til klart færre selvmordsforsøg, færre episoder med selvskadende adfærd og færre indlæggelsesdage for yngre borderline kvinder med svært selvskadende adfærd. Hertil kommer et lavere drop-out fra behandlingen, hvilket i sig selv er en væsentlig faktor i denne patientgruppe. Den dialektiske kognitive adfærdsterapi (DBT) består af individuel psykoterapi en gang om ugen og 2½ times ugentlig psykoedukativ gruppebehandling. Man har kortlagt behandlingseffekten fra behandlingsstart til et år efter den formelle behandlingsslutning. I follow-up perioden bliver studiet naturalistisk i den forstand, at der ikke er nogen kontrol af, om patienterne modtager behandling og i givet fald hvilken og hvor megen. Man finder, at den bedre effekt af et års kognitiv adfærdsterapi – sammenlignet med Treatment as Usual (TAU) – holder i de første seks måneder af follow-up perioden, hvorefter forskellene imellem de to grupper mindskes. Noget tyder altså på, at den bemærkelsesværdige umiddelbare behandlingseffekt ikke holder på længere sigt. Linehan et al. (1994:1775) nævner da også selv, at et års behandling nok har effekt, men at det ikke er tilstrækkeligt for denne patientgruppe.

Generelt må man være overordentlig varsom med at drage alt for vidtrækkende konklusioner af effektstudier som dette, da det belastes af en række metodiske problemer (Scheel 2000; Westen 2000). Den undersøgte patientpopulation er relativt lille, treatment as usual er underbelyst og øjen-

synligt både dårligt struktureret og mangelfuld på flere områder; en betragtelig del af patienterne i TAU-gruppen får tilsyneladende ingen eller næsten ingen formaliseret behandling. Hertil kommer, at DBT-behandlingen er gratis, imens patienterne i kontrolgruppen (TAU) selv skal betale og i praksis er henvist til behandlingssteder, som accepterer lav egenbetaling. Dette kan være en del af baggrunden for den lavere drop-out i DBT-patientgruppen. Endvidere er det en central del af den kognitive behandling, at man så vidt muligt skal undgå at indlægge patienten, hvilket muligvis til dels kan forklare, at patienterne i DBT-behandlingen har færre indlæggelser. Endelig må det bemærkes, at studiet ikke blot sammenligner dialektisk kognitiv adfærdsterapi og treatment as usual, men også veltrænede, tæt superviserede og formentlig topmotiverede kognitive terapeuter med mere 'normale' terapeuter, som opererer inden for mindre ressourcestærke rammer. I forlængelse af dette konkluderer Scheel (2000), at det endnu er uklart, om den dialektiske kognitive adfærdsterapi i sig selv – forstået som en samling af tekniske interventioner og en stramt struktureret behandlingsstrategi, der umiddelbart kan overføres til andre behandlingssteder – har nogen specifik effekt. Der synes dog at være 'noget' ved denne terapiform, som på det kortere sigt udløser betydelige positive effekter hos en gruppe borderlinepatienter, der normalt er vanskelige at behandle psykoterapeutisk. Det er imidlertid endnu uklart, om effekten af dialektisk kognitiv adfærdsterapi er bedre end andre anerkendte behandlingskoncepter, når det gælder perioden efter behandlingsafslutningen (Westen 2000). Vi mangler således stadig velgennemførte follow-up undersøgelser, der kan belyse dette.

Bateman og Fonagy (1999, 2001) har sammenlignet effekten af en intensiv psykoanalytisk og tilknytningsteoretisk funderet behandling af borderlinepatienter med effekten af standard psykiatrisk behandling i et randomiseret kontrolleret design³. Efter indgående diagnosticering tilbydes halvdelen af de medvirkende patienter (n=36) standard psykiatrisk behandling, hvilket i praksis vil sige medicinsk behandling og mulighed for indlæggelse og samtaler med psykiater efter behov. Den anden halvdel af patienterne tilbydes et 18 måneders intensivt psykoanalytisk funderet behandlingsforløb i daghospitalsregi. Tilbudet består af individuel psykoanalytisk psykoterapi en gang om ugen, en times gruppeanalytisk psykoterapi tre gange om ugen, psykodrama en time om ugen og endelig medicinsk behandling efter samme retningslinjer som i standardbehandlingen. Terapien udføres af psykiatriske sygeplejersker uden formel psykoterapeutisk uddannelse men under tæt supervision. Man finder bl.a., at forekomsten af

3 Ved Specialenhed for Personlighedsforstyrrelser, Psykiatrisk Hospital i Risskov og Psykologisk Institut, Aarhus Universitet pågår i øjeblikket en nært beslægtet undersøgelse af intensiv psykoanalytisk kombinationsbehandling sammenlignet med standard psykiatrisk behandling over for borderline personlighedsforstyrrelser i et randomiseret design (Jørgensen & Kjølbye 2003).

selvskadende adfærd i løbet af behandlingen falder markant hos de psykoanalytisk behandlede patienter, imens den forbliver uforandret i kontrolgruppen. Tilsvarende ses en ganske markant reduktion i antallet af selvmordsforsøg hos patienter i psykoanalytisk behandling, imens antallet af selvmordsforsøg forbliver stort set uforandret i kontrolgruppen. Antallet af patienter som er i medicinsk behandling reduceres til cirka en tredjedel i gruppen af patienter i psykoanalytisk psykoterapi, imens mere end tre fjerdedele af patienterne i kontrolgruppen stadig er i medicinsk behandling efter de 18 måneders behandling. Tilsvarende forskelle i den psykoanalytiske behandlings favør ses på mål for angst, depression, symptomers sværhedsgrad og interpersonelle vanskeligheder.

Man har fulgt patienterne i 18 måneder efter afslutningen af behandlingsprogrammet (Bateman & Fonagy 2001). Her finder man, at patienterne i den psykoanalytiske behandling ikke blot fastholder den opnåede bedring men i vis udstrækning fortsætter den igangsatte forandringsproces på en række områder, i modsætning til kontrolgruppen, som kun viser relativt få og mindre tegn på bedring i follow-up perioden. Forskellen i effekt imellem de to grupper øges altså i follow-up perioden. Man finder bl.a., at patienterne, som har modtaget den psykoanalytiske psykoterapi, benytter behandlingssystemet langt mindre i follow-up perioden end patienterne i kontrolgruppen. Omkring tre fjerdedele af patienterne i kontrolgruppen er stadig i medicinsk behandling 18 måneder efter behandlingsafslutning, imens kun lidt over en fjerdedel af de patienter, som har modtaget psykoanalytisk psykoterapi, stadig får medicin. Samlet set tyder resultaterne af denne undersøgelse umiddelbart på, at et stramt struktureret intensivt psykoanalytisk behandlingsprogram, som henter sit teoretiske fundament i Fonagy et al.'s (2002) udgave af tilknytningsteorien, har betydelig effekt ved behandling af sværere borderline personlighedsforstyrrelser.

Imidlertid skal man være overordentlig varsom med at benytte dokumenteret behandlingseffekt som grundlag for at vurdere validiteten af en ætiologiforståelse og behandlingsteori. Forholdet imellem ætiologiforståelse, behandlingsteori, faktisk behandling og effekt er langt fra entydigt. Man kan således ikke umiddelbart benytte Bateman & Fonagy's effektundersøgelse til at understøtte den tilknytningsteoretiske forståelse af borderline personlighedsforstyrrelsen. Hertil kommer, at der også er en række metodeproblemer i Bateman & Fonagy's effektstudie. Ligesom i Linehan's studie er der tale om en relativt lille patientpopulation og der er ikke tilstrækkelig kontrol af den faktisk udførte behandlings integritet og differentiability. Hertil kommer, at patienterne i den psykoanalytiske behandling tilbydes gruppeanalytisk psykoterapi to gange om ugen i follow-up perioden. Strengt taget er der altså ikke tale om follow-up men om, at behandlingen fortsætter med lavere intensitet. Endvidere tillades det, at tre patienter – af behandlingsmæssige årsager – skifter fra kontrolgruppen til den psykoanalytiske behandling, hvilket undergraver studiets randomise-

ringsprocedure. Klinisk kan der naturligvis være meget tungtvejende grunde til disse afvigelser fra det beskrevne design, men forskningsmæssigt er det ganske problematisk.

Det er ikke meningsfuldt at foretage direkte sammenligninger af effekten af Linehan og Fonagy & Bateman's behandlingskoncepter på basis af de foreliggende effektstudier; i Bateman & Fonagy's undersøgelse er det undersøgte behandlingsforløb mere intensivt og længerevarende end hos Linehan. I begge studier kan man nok forsvare, at kontrolbehandlingen svarer til almindelig psykiatrisk praksis eller treatment as usual, men den adskiller sig markant fra den undersøgte behandling på en lang række punkter ud over det rent behandlingstekniske. Man kunne overveje (jf. også Bateman & Fonagy 2004), om effekten af begge de to behandlingsprogrammer ikke i første række, eller i det mindste langt fra alene, knytter sig til ætiologiforståelse, behandlingsteori og behandlingsmetode. I de to studier har den undersøgte primære behandling således en række faktorer til fælles: Der er tale om stramt struktureret behandling bygget op omkring dels en karismatisk leder (henholdsvis Anthony Bateman og Marsha Linehan) dels en teoretisk kohærent behandlingsstrategi. Endvidere er begge behandlinger intensive, fleksible og fokuserede. Der opereres ud fra en individuel behandlingsplan med et relationelt fokus og der trækkes på flere behandlingsmodaliteter (individuel og gruppe med forskellige tekniske udgangspunkter).

Hvad angår de konkrete behandlingsteknikker og interventioner, adskiller en tilknytningsteoretisk funderet psykoterapi ved borderline personlighedsforstyrrelser sig, som nævnt, ikke væsentligt fra den psykoanalytiske psykoterapi. Forskellene knytter sig primært til ætiologiforståelsen og begrebsliggørelsen af, hvad der er kernen i borderlineforstyrrelsen. Man må således formode, at terapeuterne i Bateman & Fonagy's effektstudie har benyttet sig af tilknytningsteoriens begreber og modeller, når de skulle forstå deres patienter og vurdere, hvad der var den rigtige intervention på et givent tidspunkt. I hvilken udstrækning dette har bidraget til den observerede positive behandlingseffekt, er det naturligvis vanskeligt at vurdere. Man må dog formode, at teorien har hjulpet terapeuterne til at forstå den enkelte patient og agere på måder, som har været hjælpsomt for patienten. Og i den forstand kan den påviste behandlingseffekt indirekte understøtte den tilknytningsteoretiske forståelse af borderline personlighedsforstyrrelsen.

LITTERATUR

- AINSWORTH, M.D.S. BELL, S.M. & STAYTON, D.J. (1971): Individual Differences in Strange Situation Behavior of One-Year-Olds. I: Schafer, H.R. (ed.). *The Origins of Human Relations*. London: Academic Press, s.17-57.
- ALLEN, J.G. (2001): *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. New York: Guilford.

- BARTHOLOMEW, K. KWONG, M.J. & HART, S.D. (2001): Attachment. I: Livesly, W.J. (ed.). *Handbook of Personality Disorders*. New York: Guilford, s.196-230.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (1999): Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, vol.156, s.1563-69.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2000): Effectiveness of Psychotherapeutic Treatment of Personality Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, vol.177, s.138-43.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2001): Treatment of Borderline personality Disorder with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, vol.158, s.36-42.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2004): *Psychotherapy of Borderline personality Disorder: Mentalisation Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press (in press).
- BION, W.R. (1967): *Second Thoughts*. London: Karnac Books.
- BOWLBY, J. (1979 [1996]): *At knytte og bryde nære bånd*. København: Det lille Forlag
- BOWLBY, J. (1982): *Attachment. 2nd. edition*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1988a [1994]): *En sikker base*. København: Det lille Forlag.
- BOWLBY, J. (1988b): Developmental Psychiatry Comes of Age. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 145, s.1-10.
- CARLSON, E.A. (1998): A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Disorientation. *Child Development*, vol.69, s.1107-228.
- CLARKIN, J.F. YEOMANS, F.E. & KERNBERG, O.F. (1999): *Psychotherapy for Borderline personality*. New York:Wiley.
- CRITS-CHRISTOPH, P. & BARBER, J.P. (2002): Psychological Treatments for Personality Disorders. I: Nathan, P.E. & Gorman, J.M. *A Guide to Treatments that Work, 2nd.edition*. Oxford: Oxford University Press, s.611-25.
- CRITTENDEN, P.M. (1995): Attachment and Psychopathology. I: Goldberg, S. Muir, R. & Kerr, J. (eds.). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale: Analytic Press, s.367-407.
- DENNIET, D.C. (1987): *The Intentional Stance*. Cambridge: MIT-press.
- DOZIER, M. STOVALL, K.C. & ALBUS, K.E. (1999): Attachment and Psychopathology in Adulthood. I: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (eds.). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford, s. 497-520.
- FONAGY, P. STEELE, M. STEELE, H. LEIGH, T. KENNEDY, R. MATTOON, G. & TARGET, M. (1995): Attachment, the Reflexive Self, and Borderline States: The Predictive Specificity of the Adult Attachment Interview and Pathological Emotional Development. I: Goldberg, S. Muir, R. & Kerr, J. (eds.). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale: Analytic Press, s.233-79.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1996a): Playing with Reality: I. Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality. *International Journal of Psychoanalysis*, vol.77, s. 217-33.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1996b): Playing with Reality: II. The Development of Psychic Reality From a Theoretical Perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 77, s.459-79.
- FONAGY, P. LEIGH, T. STEELE, M. KENNEDY, R. MATTOON, G. TARGET, M. & GERBER, A. (1996): The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, 22-31.
- FONAGY, P. (1998): An Attachment Theory Approach to Treatment of the Difficult Patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 62, 147-69.
- FONAGY, P. (1999): Attachment, the Development of the Self, and it's Pathology in

- Personality Disorders. I: Derksen, J. Maffei, C. & Groen, H. (eds.). *Treatment of Personality Disorders*. New York: Kluwer Academic, s.53-68.
- FONAGY, P. (2000): Attachment and Borderline personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 48, s.1129-46.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2000): Playing with Reality: III. The Persistence of Dual Psychic Reality in Borderline Patients. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 81, s.853-73.
- FONAGY, P. (2001): *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Books.
- FONAGY, P. TARGET, M. & GERGELY, G. (2000): Attachment and Borderline personality Disorder. A Theory and Some Evidence. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol.23, 103-22.
- FONAGY, P. GERGELY, G. JURIST, E.L. & TARGET, M. (2002): *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2003): *Psychoanalytic Theories. Perspectives from Developmental Psychopathology*. London: Routledge.
- FREUD, S. (1911): Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. I: Freud, S. (1982): *Das Ich und das Es*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, s.29-39. Dansk udgave: Freud, S. (1975): Formuleringer om to principper for psykiske processer. I: Freud, S. *Metapsykologi, bd. 1*. København: Reitzel, s.57-71.
- GABBARD, G.O. (2000): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd. ed.* Washington: American Psychiatric Press.
- GREENBERG, J.R. & MITCHELL, S.A. (1983): *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- GUNDERSON, J.G. (2000): Psychodynamic Psychotherapy for Borderline personality Disorder. I: Gunderson, J.G. & Gabbard, G.O.(eds.). *Psychotherapy for Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Press, s.33-64.
- HESSE, E. (1999): The Adult Attachment Interview. Historical and Current Perspectives. I: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (eds.). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford, s.395-433.
- HOLMES, J. (2001): *The Search for the Secure Base. Attachment Theory and Psychotherapy*. London: Routledge.
- HOWARD, K.I. KOPTA, S.M. KRAUSE, M.S. & ORLINSKY, D.E. (1986): The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist*, vol.41, s.159-64.
- JØRGENSEN, C.R. (1994): Manglen i sproget. Den projektive identifikations åbning af et terapeutisk rum. *Matrix, Nordisk Tidsskrift for psykoterapi*, vol. 11, s.6-38.
- JØRGENSEN, C.R. (2002): *Psykologien i senmoderniteten*. København: Hans Reitzels Forlag.
- JØRGENSEN, C.R. & KJØLBYE, M. (2003): *Forskningsprotokol for kortlægning af behandlingseffekt og mulige virkningsfaktorer i psykoanalytisk behandling af borderline personlighedsforstyrrelser*; Psykiatrisk Hospital i Aarhus, Risskov, Specialenhed for Personlighedsforstyrrelser. Kan findes på adressen: http://ph.auh.dk/psykroot/amtsdaek/fr_amtsdaek.htm.
- JØRGENSEN, C.R. (under forberedelse): *Moderne psykoanalytisk forståelse og behandling af personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzel/Akademisk Forlag.
- KERNBERG, O. (1975 [1978]): *Borderline Störungen und Pathologischer Narzissmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- KERNBERG, O. (1984 [1988]): *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- KERNBERG, O.F. SELZER, M.A. KOENIGSBERG, H.W. CARR, A.C. & APPELBAUM, A.H. (1989 [1992]): *Borderline og psykodynamisk psykoterapi*. København: Reitzel.

- KLEIN, M. (1946 [1973]): Notat om skizoide mekanismer. I: Klein, M. *Psykoanalyse af børn*. København: Rhodos, s.169-201.
- LEDoux, J.E. (1995): *The Emotional Brain. The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
- LINEHAN, M.M. ARMSTRONG, H.E. SUAREZ, A. ALLMON, D. HEARD, H.L. (1991): Cognitive Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, s.1060-64.
- LINEHAN, M.M. (1993): *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline personality Disorder*. New York: Guilford.
- LINEHAN, M.M. HEARD, H.L. ARMSTRONG, H.E. (1993): Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, vol.50, s.971-74.
- LINEHAN, M.M. TUTTEK, D.A. HEARD, H.L. ARMSTRONG, H.E. (1994): Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, vol.151, s.1771-76.
- MASTERSON, J.F. (1988 [1990]): *Det truede selv. Borderline og narcissisme – personlighedsforstyrrelser i det moderne samfund*. København Reitzel.
- OGDEN, T.H. (1979): On Projective Identification. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 60, s.357-73.
- PARIS, J. (1996): *Social Factors in the Personality Disorders. A Biopsychological Approach to Etiology and Treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- RUTTER, M. & MAUGHAN, B. (1997): Psychosocial Adversities in Childhood and Adult Psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, vol.11, s.4-18.
- RYLE, A. (1997): *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Disorder. The Model and the Method*. New York: Wiley.
- RYLE, A. & KERR, I.B. (2002): *Introducing Cognitive Analytic Therapy. Principles and Practice*. New York: Wiley.
- THOMPSON, R.A. (1999): Early Attachment and Later Development. I: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (eds.). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford, s. 265-87.
- SCHEEL, K.R. (2000): The Empirical Basis of Dialectical Behavior Therapy: Summary, Critique, and Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol.7, s.68.
- STERN, D.N. (2000): *Barnets interpersonelle univers*. København: Hans Reitzels Forlag
- SULLIVAN, H.S. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- WESTEN, D. (2000): The Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline personality Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol.7, s.92.
- WINNICOTT, D.W. (1960 [1984]): Ich-Verzerrung in Form des Wahren und des Falschen Selbst. I: Winnicott, D.W. *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, s.182-200.
- YOUNG, J.E. (1999): *Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Schema-Focused Approach*. Professional Resource Exchange Incorp. Dansk udgave: Young, J.E. (2003): Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser. En skemafokuseret tilgang. København: Hans Reitzel.
- ZANARINI, M.C. & FRANKENBURG, F.R. (1997): Pathways to the Development of Borderline personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, vol.11, s.93-104.