

## TILKNYTNINGSTEORI OG OVERFØRINGSFOKUSERET PSYKOTERAPI AF BORDERLINE PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER

Tove Aarkrog

*Gennem de senere års forskning er vor viden om tilknytningsmønstre øget betydeligt. Den tidlige ubevidste dannelse af disse mønstre er påvist. I bakspejlet ser man nu, at der i flere udformninger af objektrelationsteoriene allerede lå megen viden om betydningen af tilknytningen for udviklingen. Som grundlag for det følgende gives først en beskrivelse af udviklingen af borderlinebegrebet.*

*Usikre tilknytningsmønstre er fundet ved flere former for psykopatologi og er endog tildelt en etiologisk rolle i udviklingen af borderline personlighedsforstyrrelse (BPD). Gennem de sidste årtier er der udviklet en særlig form for psykodynamisk orienteret psykoterapi af BPD, en ekspressiv psykoterapi, som på det seneste har fokuseret på overføring/modoverføring i terapiens forløb, dvs. på, hvad der sker i relationen mellem terapeut og patient.*

*Med tilkomsten af tilknytningsteorien bliver det psykoterapeutiske forhold nu betragtet som en ny tilknytning, i hvilken klientens tilknytningsmønstre indvirker på det psykoterapeutiske arbejde. Dette forekommer særligt tydeligt ved de psykoterapi-former, hvor overføring/modoverføring er et væsentligt grundlag. Det vil derfor være centralt for terapeuten at kunne orientere sig i det psykoterapeutiske forløb i lyset af klientens tilknytningsmønstre.*

### **Indledning**

I det følgende skal vi nå frem til at se på, hvilken rolle tilknytningsteorien er ved at få for den aktuelle samtalebehandling af borderline personlighedsforstyrrelser.

Som basis herfor vil jeg først se på, hvordan objektrelationsteoriene opstod og hvorledes den videre udformning fandt sted. Derefter vil jeg beskrive, hvordan begrebet borderline udsprang af kliniske erfaringer i behandlingen af neuroser og dermed beslægtede tilstande. Jeg vil beskrive, hvorledes dette borderlinebegreb har ændret sig til det, vi har i dag.

Jævnslid hermed skal vi følge, hvorledes man blev klar over, at den klassiske psykoanalyse ikke kunne anvendes i behandlingen af borderline personlighedsforstyrrelser, men at det var nødvendigt at udforme en anden samtaleform, den ekspressive psykodynamiske psykoterapi, i de senere år overføringsfokuseret. Det er i de seneste år, at man indser, at tilknytnings-teorierne kan være til hjælp i udviklingen af denne nye samtaleform.

## **To udformninger af objektrelationsteori**

Nogle psykoanalytiske teorier er tæt på tilknytningsteorien, uden at dette dog har været erkendt før i de senere år. Dette gælder specielt de psykoanalytiske teorier, der fokuserer på relationen mellem selv og objekt (og mindre på drifter og tilfredsstillelse).

Den tidlige klassiske psykoanalyse prioriterede instinkter og kropsprocesser. Tilknytningsteorien prioriterer status af tilknytning. Begge teorier beskæftiger sig imidlertid med ubevidst materiale og med mental repræsentation.

Det tillægges Melanie Klein, at hun lagde grunden til objektrelationsteoriene. Det gjorde hun på baggrund af sit arbejde med analyse af børn. Dette arbejde begyndte i 20'erne.

Et af nøglebegreberne i hendes teori er, at interne objekter (fantasier om mennesker i barnets liv) bliver grundlaget for barnets udvikling. Et andet begreb er splittelsen i relationen til nærmeste anden i det idealiserede objekt og det forfølgende objekt. Repræsentationen af det nærmeste objekt er splittet i et ondt forfølgende og et godt objekt. Derved kan eksistensen af det gode objekt fastholdes. Melanie Klein udviklede på dette grundlag en teori, som på flere områder afveg fra Sigmund Freuds teorier. Dette kom til at medføre en splittelse i det britiske psykoanalytiske selskab, hvor Anna Freud og Melanie Klein kom til at stå som modpoler.

Otto Kernberg har på grundlag af erfaringer med voksne integreret objektrelationsteoriene i egopsykologien. Han beskrev (1975) den interne objektrelation ved borderline og narcissisme og udmøntede senere begrebet dyade. Dyaden omfatter det internaliserede delselv (s), det dertil hørende delobjekt (o) og de dermed forbundne følelser (-).

## **Nogle begreber i tilknytningsteori**

En af pionererne i tilknytningsteori, Mary Ainsworth (1985) beskrev ikke tilknytningen (bonding) som en dyade. Tilknytningen er et karakteristisk træk ved individet. Derved ophæves grænsen mellem delselv og følelse eller tilknytning. Dette er et centralt punkt i teorien.

Det er nu den almindelige opfattelse, at tilknytningsmønsteret er en ret stabil egenskab hos mennesket.

Kobak og Sceery (1988) beskriver tilknytningsmønstrene som beliggende på et continuum:

I den ene ende er avoidant (afvisende), hvor udtryk for følelser ikke er tilladte som ved fx schizoide, tvangsprægede og narcissistiske personlighedsforstyrrelser. Følelserne er overregulerede. I den anden ende er »pre-occupied«, ambivalente, hvor følelser, erindringer, kognitive erkendelser af relevans for forholdet til objektet er underregulerede.

Sikker tilknytning er midt i spektret. Der kan ikke findes en plads til den disorganiserede tilknytning i dette system. Den ligger på en anden akse. De tidligt etablerede tilknytningsmønstre er ubevidste, beroende på en procedural hukommelse. Den repræsentative verden influerer i barnets tidlige år på dets adfærd via ubevidste procedurer. Dette at repræsentation af relationer til nærmeste anden »opbevares« så tidligt i livet, kan være årsagen til, at tilknytningsmønsteret er så relativt stabilt gennem livet.

Fra tilknytningsteorien kendes begreberne: »Internal Working Models« (IWM): repræsentationer af de oplevede interaktionsmønstre mellem individet og dets tilknytningsfigur. Disse kan siges at danne en konstellation af IWMs.

## **Sammenhæng mellem objektrelationsteori og tilknytningsteori**

Der tales hos Klein om positioner (Segal, 1979). Den ene position betegnedes hun som den paranoide-schizoide, nemlig når barnet svingede fra at føle sig forfulgt til at isolere sig.

Når barnet i sin opvækst integrerede det onde og det gode objekt var den depressive position opnået. Her opfattede barnet moderen som et helt objekt, men var depressiv, fordi det havde mistet det idealiserede helt gode objekt.

Man mener at se en sammenhæng med Kleins begreb om positioner og tilknytningsteori. Den paranoide-schizoide position kan minde om ambivalent tilknytning. Tilknytningen svinger da mellem at barnet føler sig knyttet til et forfølgende objekt og – ikke oplever sig knyttet til nogen, men føler sig isoleret. Den depressive »position« kan kaldes en sikker tilknytning. Objektet opleves da som et helt, ikke splittet objekt i stabil tilknytning.

Ordet position kan sammenlignes med en konstellation af objektrelationer, fantasier osv. Altså kan svingninger i »internal working models (IWM)« svare til svingninger i position.

Otto Kernberg antager nu, at de dyader, han har skildret, er ækvivalente med IWM. Dette kan være delselv-følelse-delobjekt enheder, som kan væ-

re primitive eller mere modne og som derfor kan beskrives som liggende i et hierarki.

Ligeledes kan Melanie Kleins positioner siges at ligge i et hierarki, idet den depressive position svarer til en mere moden udvikling end den paranoide-schizoide.

## Om hvordan borderline begrebet opstod

Oprindelsen til borderline begrebet skal findes tilbage i 1940'erne. Man blev da opmærksom på, at der var en gruppe patienter, der kunne forekomme neurotiske, men som havde svagere forsvarsmekanismer, Deutch (1942). Disse patienter forekom »stabile i al deres instabilitet«, Schmiiedenberg (1959). Disse erfaringer blev indhentet gennem de vanskeligheder, som psykoterapien stødte på hos disse patienter. Andre forskere blev opmærksomme på, at der fandtes patienter, som ganske vist var ret syge, men ikke psykotiske, Knight (1954). Disse patienter syntes at befinde sig på grænsen mellem neurose og psykose, hvoraf betegnelsen Borderline.

I de følgende mange år drøftedes dette borderline begreb, som opfattedes som noget meget kontroversielt. Traditionelt orienterede psykiatere fandt, at begrebet var uklart og at det virkede forplumrende på den klare opdeling i neurose og psykose. Andre, især psykoanalytisk arbejdende terapeuter, fandt begrebet værdifuldt.

I løbet af flere tiår lykkedes det at få opdelt den store borderline gruppe i de psykosnære borderlines, som derefter betegnede som schizotypiske og de neurosenære, som betegnede som borderline personlighedsforstyrrelser. Denne sidste gruppe er det, der aktuelt er borderline personality disorder (BPD), personlighedsforstyrrelser. Der fremkom nu en klarere afgrænsning gennem de diagnostiske klassifikationssystemer ICD-10 (International Classification of diseases) og DSM IV (Diagnostic Statistic Manual). Disse systemer ligner hinanden meget. DSM IV opererer dog med to akser, akse I, hvor bl.a. psykoser og akutte kriser er og akse II, hvor personlighedsforstyrrelserne er. Begge klassifikationssystemer er karakteriserede ved at være positivistiske. De tilstræber at være ateoretiske, og kun i enkelte tilfælde indgår årsager i diagnoserne. I disse systemer afgrænses borderline personlighedsforstyrrelse ved en gruppe af symptomer og træk, hvoraf kun en del skal være opfyldt for at diagnosen kan stilles. Dvs., at borderline ikke er defineret ved at ligge på en grænse, men er afgrænset selvstændigt på grundlag af en række kriterier.

Imidlertid har psykodynamisk orienterede forskere også givet en stadig klarere fremstilling af borderline personlighedsorganisation (BPO), som især hviler på en beskrivelse af forsvarssystemet. Således udmærker BPO sig ved at have svage forsvarsmekanismer og svag identitet (i modsætning til neuroser), men intakt realitetstestning (i modsætning til psykoser). For-

svarsmekanismene er især splitting, benægten, devaluering, idealisering og projektion. Det er især splitting, som forklarer instabiliteten, idet patienten med en splittet opfattelse af sig selv og andre derved svinger fra den ene opfattelse til den anden.

Kernbergs beskrivelse af en borderline personlighedsforstyrrelse er, at denne vil kunne have mange af disse dyader: S1–O1, S2–O2, S3–O3 og så videre. Disse dyader er ikke integrerede, men forbliver adskilte hos den psykisk syge.

Man kan med fordel diagnosticere i trin: først efter et af klassifikations-systemerne og derefter med hensyn til personlighedsstruktur, forsvarsmekanismer og evne til selvindsigt, Aarkrog (2001).

### **Tilknytningsmønstre ved borderline personlighedsforstyrrelse**

Diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse (BPD) er i det følgende stillet i henhold til det diagnostiske klassifikationssystem. Man har undersøgt gruppen af personlighedsforstyrrelser med et interview, der er udviklet med henblik på at undersøge tilknytningsmønstret, Adult Attachment Interview (AAI). Dette interview optages på audiotape og renskrives (transkriberes) efter særlige regler.

Fonagy og medarbejdere (1991) har udviklet en skala for »reflective self function«. Denne søger i transkriptionen af AAI at score den undersøgte erkendelse af de psykiske processer, der finder sted i ham/hende selv og i andre. Den understreger evnen til at reflektere over og forklare forældrenes adfærd. Den lægger vægt på, om patienten kan erkende den andens psykiske tilstand, intentioner, ønsker og tanker.

Fonagy og medarbejdere (1996) fandt, at 75% af BPD havde et preoccupied tilknytningsmønster.

Nickel og medarbejdere (2002) undersøgte tilknytningen hos 393 unge med borderline personlighedsforstyrrelse (BPD) og fandt en usikker tilknytning, ængstelig og ambivalent ud over hvad der kunne tilskrives køn, psykiske belastninger i barnealder, akse I forstyrrelser som fx psykose eller andre akse II forstyrrelser i DSM IV, det amerikanske diagnosesystem.

Borderline personality disorder siges at være en dysfunktion af IWMs, hvor repræsentationen af selv og andre svinger.

De konkluderer, at tilknytningsforstyrrelse endog må overvejes som en af flere etiologiske faktorer i udviklingen af BPD.

Rent teoretisk kan man forstå sammenhængen således: Klienten med borderline personlighedsforstyrrelse var usikker, ambivalent og svingende i den tidlige tilknytning og derfor også i senere tilknytninger.

Klienten med BPD er derfor emotionelt ustabil, frygter ensomhed, men er også bange for stabil kontakt. Han/hun har haft en usikker, skiftende og

ambivalent opfattelse af sig selv og af andre og har således instabile indre repræsentationer.

Fonagy og Higgitt (1989) fandt, at patienter med BPD som defineret i DSM IV ofte har usikker, ambivalent tilknytningsmønster og mere sjældent den afvisende tilknytningstype.

I de tilfælde hvor forholdet til moderen havde været præget af fjendtlighed, og/eller hvor der har foreligget overgreb fra moderens side, kan barnet vende sig væk fra den indre repræsentation af moderen. Barnet kan derefter være tilbøjelig til at reagere med benægtelse eller devaluering af mentale repræsentationer af voksne senere i livet. Derfor kan de have vanskelighed ved at opnå stabile kontakter. Tilknytningen vil være forstyrret, kortvarig, kaotisk og intens. Dette kan bidrage til udviklingen af BPD.

Man har således konstateret, at der er en relation mellem tilknytningsforstyrrelser og psykopatologi. Omvendt kan psykopatologi i den ene eller anden form vise sig at rumme dårligt fungerende tilknytningsmønstre.

## **Psykotterapi af borderline personlighedsforstyrrelser**

Reaktionen i 1940'erne på de vanskeligheder man fandt i klassisk psykoanalytisk psykotterapi af, hvad der viste sig at være borderline patienter, var, at man ikke kunne give dem samtalebehandling. Man mente simpelthen ikke, at de var egnede til psykotterapi.

Imidlertid har bl.a. O.F. Kernberg og medarbejdere (1989) over de sidste 4 årtier udviklet en sammenfattende teori om borderline personlighedsorganisation (BPO). Denne organisation præges af en svagere struktur end den neurotiske personlighed. På dette grundlag er der udviklet en særlig psykotterapeutisk behandling, kaldet ekspressiv psykotterapi. Denne terapiform befinder sig mellem klassisk psykoanalyse og støttende samtaleterapi. Som klassisk psykoanalyse anvender denne terapiform tolkning, men kun på her og nu-materiale, ikke på datidigt materiale. Ekspressiv psykotterapi analyserer overføringen, men på begrænset måde under hensyn til de ydre realiteter og de mere begrænsede terapeutiske mål.

Som ved klassisk psykoanalyse forsøger terapeuten at holde sig neutral, men kan ved BPD tvinges ud af sin neutralitet f.eks. ved at skulle handle i forhold til selvmordstrusler fra patienten.

Ved støttende terapi bruges andre teknikker, som kognitive, understøttende eventuelt med indgriben i miljøet. Da er terapeuten ikke neutral.

Kernberg og hans gruppe har tilstræbt at få terapien så veldefineret og standardiseret, så effekten af terapiformen kan gøres op.

Da Kernbergs institut modtager mange meget skrøbelige patienter, har det været nødvendigt at udvikle terapiformen således, at disse patienter kan have gavn af den. Herunder har man fokuseret på overføring og modoverføring. Derved er modsætningen tydelig til den klassiske analyse, hvor te-

rapeuten skulle observere og fortolke, men hvor man ikke anså eventuelle opståede modoverføringer som redskaber i det terapeutiske arbejde.

## **Overføringsfokuseret psykoterapi**

I den tidlige psykoanalyse skulle terapeuten være et spejl, hvori patienten kunne se sine problemer. Patienten lå på en sofa og terapeuten sad for enden af sofaen, således at patienten ikke kunne se terapeuten.

Patienten overførte ubevidste følelser på terapeuten. Følelserne stammede fra barndommen. Derved kunne der opstå følelser hos terapeuten i form af modoverføringer, som imidlertid betragtedes som fejl.

Helt anderledes er det ved overføringsfokuseret psykoterapi, hvor man regner med 3 kanaler til forståelse af, hvad der sker: patientens verbale ytringer, hans/hendes non-verbale udtryk og endelig overføring/modoverføring.

Overføringsfokuseret psykoterapi (Transference focused psychotherapy-TFP) er skildret af Clarkin og medarbejdere (1999). Denne terapiform er gearret til at behandle primitivt forsvar hos borderline patienter.

Terapeuten skal hjælpe patienten med at se de primitive dyader, der er i funktion i det terapeutiske forhold. Terapeuten kan således sige: »I begyndelsen af denne time, sagde du, at jeg var helt enestående og den eneste, der kunne hjælpe dig. Nu giver du udtryk for, at jeg kun vil skade dig. Kan vi se på, hvordan du således kan skifte opfattelse af mig?«.

TFP er tillige et forsøg på at beskrive en terapiform så præcist, at den kan udøves af dem, der er oplært deri og således at man senere kan udforske effektiviteten systematisk.

Der beskrives forskellige taktikker i denne terapi, således analyse af primitivt forsvar i overføringen og analyse af overføring og modoverføring som et middel til at vurdere terapien. I ovenstående eksempel projicerer patienten en del objekt opfattelse over på terapeuten af, at terapeuten er god og almægtig. Dette kan give terapeuten en følelse af, at han er særlig god og den eneste, der vil kunne hjælpe patienten. Der er således udløst en følelse hos terapeuten, en modoverføring som følge af patientens overføring af en delobjekt oplevelse. I eksemplet overfører patienten senere en oplevelse af, at terapeuten vil skade ham, altså et delobjekt af »den onde«. Terapeuten kan derved få en følelse af, at han skader patienten, en modoverføring. Der kan også ske det, at patienten overfører en del-selv repræsentation af at være lille og hjælpeløs på terapeuten. Derved kan terapeuten komme til at føle sig hjælpeløs.

Det er beskrevet, hvorledes terapien påbegyndes, udvikles i midterfasen og afsluttes. Tilknytning nævnes et enkelt sted, men der er endnu ikke nogen implementering af tilknytningsteorien.

Året efter implementerer den samme forskningsgruppe, Koenigsberg, Kernberg m.fl (2000) tilknytningsteorien.

Der gives eksempler på, at tilknytningsmønsteret bliver undersøgt hos borderline patienter før påbegyndelsen af psykoterapi. Der anvendes et interview: Patient-Terapeut Relationship Interview (PTRI), som terapeuten skal igennem. Det terapeutiske forhold betragtes som en ny tilknytning. Der anvendes samme type spørgsmål, som i AAI: »Kan du give 5 adjektiver, som kan beskrive dit forhold til patienten?«.

Som eksempel omtales 2 borderline patienter, som vurderes til at placere sig i samme niveau med hensyn til borderline strukturen. (Man taler om high level og low level). De har imidlertid forskellige tilknytningsmønstre, henholdsvis usikker afvisende og ambivalent. Problemerne i behandlingen af disse to patienter vil blive meget forskellige. Den patient, som har et afvisende tilknytningsmønster er vanskelig at få ind i et terapeutisk samarbejde, idet han/hun er bange for tilknytning. Kun ganske langsomt vil terapeuten kunne få patienten til at samarbejde om sine problemer. I arbejdet med den patient, der har en ambivalent tilknytning, svinger tilknytningen til terapeuten. Der kan derfor fra begyndelsen arbejdes med den splittede opfattelse af terapeuten.

Efter et år gentager Kernberg gruppen de samme undersøgelser på de to patienter.

Nu viste patienterne en generel bedring og nu også en sikker tilknytning. Tilknytningsmønsteret kan altså ændres terapeutisk.

Man drager den slutning, at konstellationen af klientens IWMs har afgørende indflydelse på, hvilke dyader, der viser sig i terapien. Forståelsen af klientens tilknytningsmønster vil kunne forbedre terapeutens mulighed for rent klinisk at lytte og forstå. Det er en vigtig information for terapeuten at vide, hvilken tilknytningstype, der er på spil i terapien.

Derved vil man kunne indse, at tilknytningstypen kan få betydning for overføring, idet den giver forståelse af, hvorledes tilknytningsmønsteret influerer på den igangværende psykoterapi. Tilknytningstypen kan siges at informere, men ikke at definere, hvilke interventioner, der skal bruges. De to patienter blev desuden undersøgt med skalaen for »reflective self function«.

Begge patienter havde ved starten af psykoterapien ringe evne til refleksion, men denne havde bedret sig under behandlingen.

Konklusion: Når man arbejder med overføringsfokuseret psykoanalytisk psykoterapi, er det væsentligt at have kendskab til tilknytningsteorien og de forskellige typer af tilknytningsmønstre. Patientens tilknytningsmønster kan udredes ved forskellige interviews. Derved kan man i vurderingen af klientens egnethed til psykoterapi lade tilknytningstypen indgå. Man vil derved lettere være klar over, hvilke overføring-modoverføringselementer, der kan fremkomme i den terapeutiske situation.



I forløbet af terapien kan man med særlige interviews bedømme terapeutens tilknytningsmønster over for klienten.

#### LITTERATUR

- AINSWORTH, M.D.S. (1985): Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy Medicine* 611 (9) 792-811.
- CASSIDY, J. & SHAVER P.R. (1999): *Handbook of Attachment*. Specielt kapitel 22 om Attachment and Psychopathology in Adulthood, kap. 25 om Attachment Theory and Research. Implication for Theory and Practice of Individual psychotherapy with adults og kap 26 om Psychoanalytic Theory from the viewpoint of Attachment Theory and Research.
- CLARKIN, J., YEOMANS, F. & KERNBERG, O.F. (1999): *Psychotherapy for Borderline Patients*. Guilford Press. New York.
- DSM IV American psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*.
- DEUTCH, H. (1942): Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychiatric Quarterly* 15, 301-321.
- FONAGY, P., HIGGITT, A.M. (1989): A Developmental Perspective on Borderline Personality Disorder. *Revue Internationale psychopatologie* 1:125-59.
- FONAGY, P., STEELE, H. & STEELE, M. (1991): The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal* 12, 201-218.
- FONAGY, P., STEELE, H., STEELE, M., KENNEDY, G., MATTOON, G. & TARGET, M. (1995): Attachment, the Reflective Self and Borderline States: The predictive Specificity of the Main Attachment Interview in pathological emotional Development. I: *Attachment theory: Social, Developmental and Clinical perspectives* ed: Goldberg R et allied Hillsdale N.J.
- FONAGY, P., LEIGH, T., STEELE, H., KENNEDY, R., MATTOON, G., TARGET, M. & GERBER, A. (1996): The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology* 64, 22-23.
- KERNBERG, O.F. (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson 7. th. Edition. New York.
- KERNBERG, O.F., SELZER, M., KOENIGBERG, A., CARR, A. & APPELBAUM, A. (1989): *Psychodynamic psychotherapy of the borderline patients*. Basic books, New York. Udgivet på dansk af Reitzels forlag 1991.
- KNIGHT, R.P. (1954): Borderline states. I KNIGHT, R.P.: *Psychoanalytic psychiatry and psychology*. Int. University press New York.
- KOBAK, R.R. & SCEERY, A. (1988): Attachment in later adolescence: Working models affect regulation and representation of self and others. *Child development* 59: 135-146.
- KOENIGSBEERG, H.W., KERNBERG, O.F., STONE, M.H., APPELBAUM, A.H., YEOMANS, F.E. & DIAMOND, D. (2000): *Borderline patients.: Extending the limits of treatability*. Basic Books.
- NICKELL, A.D., WAUDBY, C.J. & TRULL, J.T. (2002): Parental Bonding and Borderline Personality Disorder Features in Young Adults. *J. of Personality Disorders*. Vol. 16,2: 148-159.
- SCHIEDEBERG, M. (1959): The borderline patient. I: *ARIETY: Handbook of Psychiatry vol. 1*, 398-418 Basis book. New York.
- SEGAL, H. (1979): *Klein*. Fontana Master books, Great Britain.
- AARKROG, T. (2001): *Samtalebehandling af personlighedsforstyrrelser*. Schulz Do-Cucenter.