



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Borderline personlighetsforstyrrelse: Tilknytningstraumer og
dissosiative prosesser***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

John Øystein Nordengen Ellila

Vår 2008

Veileder Helge Holgersen

Forord

Teori inkluderer og ekskluderer. Hver epoke har sine belyste hovedrolleinnhavere og dermed også enkelte skyggelagte statister. Dissosiasjon er et begrep som gjennom store deler av 1900-tallet har hatt en perifer rolle i den kliniske psykologien. Begrepet fremstår som uklart for mange, kanskje ikke så rart med tanke på dissosiasjonsfenomeners lite synlige ytre vesen. Borderline personlighetsforstyrrelse er langt mer kjent innen den moderne psykologihistorien, en kontroversiell og for mange beryktet diagnose. Uenigheten og uklarheten rundt disse begrepene har pirret meg til å forsøke å forstå dem bedre. Ideen til et prosjekt som forsøker å se på sammenhengen mellom relasjonstraumer, dissosiasjon og personlighetsforstyrrelser springer ut av så vel teori som praksis. Philip M. Brombergs og Nancy McWilliams' tekster har vært særlig inspirerende i så måte. Da studiehåndbokens retningslinjer åpner for dette har jeg valgt artikkelformatet, hvilket har vært fruktbart da det har tvunget meg til å tilstrebe presisjon og enkelhet i fremstillingen. Mine veiledere i praksis gjennom profesjonsstudiet fortjener også en takk. Elin Wormnes for å ha gitt meg en god introduksjon til klinisk psykologi med et særlig fokus på menneskets mangfoldighet, og Lars Jørgen Berglund for mange stimulerende og klargjørende diskusjoner om personlighetsforstyrrelser innen rusfeltet. Jeg vil særlig rette en stor takk til min veileder Helge Holgersen, som har vært sjenerøs i å sette av tid, og som har kommet med mange og svært nyttige innspill gjennom hele prosessen.

John Øystein Ellila

Bergen, 15.04.08

Borderline personlighetsforstyrrelse: Tilknytningstraumer og dissociative prosesser

John Øystein Ellila, Stud. Psychol.
Universitetet i Bergen

Engelsk tittel: Borderline personality disorder: Dissociative processes and adaptations to attachment trauma.

Stikkittel: Borderline personlighetsforstyrrelse og dissosiasjon

Adresse for kommunikasjon:

Skivebakken 18

5018 Bergen

Tlf: 91831623

E-post: john.ellila@gmail.com

Abstract

Trauma in the form of early abuse and neglect has been implicated in the aetiology of Borderline personality disorder (BPD). BPD shares important characteristics with the dissociative disorders, which has led to a conceptualization of BPD where dissociation plays a central role as a key pathogenic process (e.g. Bromberg, 1998; Ross, 1996). This article attempts to answer the question of whether BPD can be understood as a dissociative adaptation to attachment trauma. Drawing on an understanding of relational psychoanalysis, trauma literature and attachment theory, a relational self-state perspective on BPD is presented along with some implications for psychotherapy.

Keywords: Borderline personality disorder, dissociation, attachment disorganization, trauma

Innledning

I have come to believe that the more healthy a person is, the more consciously does he live in the knowledge that there are myriad "persons" - internal objects each bearing some sense-of-identity value - within him. (Searles, 1977, s. 441)

Mennesket er fundamentalt involvert i sin livsverden. Når den ytre praten forstummer, fortsetter den indre dialogen. Noen ganger står vi selv for brorparten av den indre talen, andre ganger blir vi tilsnakket, kommandert, kritisert, bejublet eller roset. Med skiftende indre samtalepartnere følger skiftende stemninger og følelser, og skiftende opplevelser av hvem vi er i relasjon til andre. Slik er vi alle mangfoldige. Et selvtilstandsperspektiv vil fremheve selvets egenskaper som mangefasettert og relasjonsbundet, hvor "mange selv" vekselvis spiller seg ut innen skiftende relasjonelle rammer (Davies & Frawley, 1994; Blizard, 2001, 2003; Bromberg, 1998, 2006; Fast, 1998; Howell, 2005; Horowitz, 2005; Ryle, 1997).

Det velfungerende selvet trenger fleksibilitet for å tilpasse seg skiftende omstendigheter, men samtidig stabilitet nok til å opprettholde en opplevelse av kontinuitet og identitetsfølelse. Denne selvregulerende balansen har rot i en opplevelse av et "jeg" som deltar i- og eier sin væren i verden, et "jeg" som blir til gjennom en stillingtagen til egne opplevelser og følelser. Av dette kan psykisk helse forstås som evnen til å kunne forholde seg til egne skiftende selvtilstander fra vekselvis deltakende og betraktende posisjoner. Mindfulness, mentalisering, affektbevissthet og Winnicotts (2005) idé om overgangsrommet er beslektede begreper som deler et fokus på vårt potensial for å bevege oss i spennet mellom umiddelbar erfaring og tankefull refleksjon.

Emosjonelt ustabil eller borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) har lenge vært satt i sammenheng med en mangel på evne til reflekterende og fleksibel

selvobservasjon (Kernberg, 1975; Fonagy, Target, Gergely, Allen & Bateman, 2003). I forlengelsen av dette ser en også at borderlinepasienter utviser tegn på alexithymi - problemer med å sette ord på egne følelser (Zlotnick, Mattia & Zimmermann, 2001). En har også sett en økt forekomst av traumatiske oppveksterfaringer (Bradley, Jenei & Westen, 2005), tendens til å dissosiere under stress (Shearer, 1994; Zanarini, Ruser, Frankenburg, Hennen & Gunderson, 2000) og en overhyppighet av desorganiserte tilknytningsformer (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2005). Forståelsen av tidlige traumer som etiologisk faktor i utviklingen av BPF åpner for å nyttiggjøre seg kunnskap fra traumefeltet om dissosiasjon som en viktig patogen prosess.

Enkelte opplevelser blir ikke tatt inn i den selverkjente livshistorien, andre tar kanskje for mye plass slik at vesentlige sammenbindende elementer utelates. Når for mye kraft settes inn på selvforsvar reduseres individets handlingsrom. Jeg'ets myndighetsområde innskrenkes, og den manglende fleksibiliteten som følger av dette kan være svært psykisk smertefull. Mange av disse pasientenes livsverden er fylt av opplevde trusler og krenkelser. Å være fanget i vedvarende selvforsvar er både slitsomt og angstpreget. Opplevelsen av andres manglende forståelse for egen atferd, atferd som fra utsiden kan se både destruktiv og manipulativ ut, oppleves av borderlinepasienten som meget opprivende (Nehls, 1999).

Samtidig kan møtet med helsevesenet være utfordrende. Behandleren kan ha opplevelsen av å være satt inn i en fremmed rolle i et ukjent og følelsesladd drama, et drama som ofte setter den terapeutiske alliansen og klinikerens selvbylde som hjelper på prøve. Uten en forståelse for de mellommenneskelige prosessene som er i virksomhet kan behandleren ha vansker med å opprettholde den nødvendige empati for å hjelpe pasienten. Med bakgrunn i den skisserte forbindelsen mellom BPF, desorganiserte

tilknytningsformer og dissosiasjon kan vi stille følgende problemstilling: Kan borderline personlighetsforstyrrelse, fra et selvtilstandsperspektiv, forstås som en dissosiativ tilpasning til tilknytningstraumer?

Teoretisk forståelse av borderline personlighetsforstyrrelse

Ifølge DSM-IV-TR (APA, 2000) inkluderer BPF minst fem av de følgende ni kriterier: 1) desperate forsøk på å unngå å bli forlatt; 2) et mønster av ustabile mellommenneskelige forhold som veksler mellom ekstrem devaluering og idealisering, 3) identitetsforstyrrelser, 4) impulsivitet på minst to områder som er potensielt selvdestruktive (f.eks., ukritisk pengebruk, sex, stoffmisbruk eller overspising), 5) tilbakevendende suicidal atferd, suicidtrusler eller selvskading, 6) affektiv ustabilitet som skyldes reaktivitet i stemningsleie (f. eks intens episodisk dysfori, irritabilitet eller angst som varer fra få timer til få dager), 7) en kronisk følelse av tomhet, 8) upassende, intenst sinne eller vansker med å kontrollere sinne, 9) forbigående, stressrelaterte paranoide tanker eller alvorlige dissosiative symptomer. ICD-10-diagnosen Emosjonelt ustabil personlighet, borderline type (World Health Organization, 1999) er svært lik DSM-IV-definisjonen, de to vil derfor bli behandlet som parallelle.

Borderline-begrepet oppsto innen psykoanalytisk tradisjon på 1930-tallet, primært om pasienter som ikke responderte fordelaktig på klassisk psykoanalyse. En så at slike pasienter kunne fremtre som kognitivt og verbalt velfungerende, men betydelig reduserte under stress, da affektivt voldsomme og nær-psykotiske reaksjoner kunne forekomme (Jørgensen, 2006). Disse pasientene var verken velfungerende eller psykotiske i tradisjonell forstand (Bradley & Westen, 2006). Ideen om en fungering mellom galskap og normalitet er sentral i Kernbergs (1975) konstrukt borderline personlighetsorganisering, som beskriver en generell alvorlighetsgrad av

personlighetsforstyrrelse i grenseoppgangen mellom nevrosene og psykosene. Ved innføringen av DSM-III i 1980 ble borderline opprettet som en type personlighetsforstyrrelse. Impulsive og destruktive handlingsmønstre gjør ofte at livene til disse pasientene er preget av drama og påtrengende omskiftelighet. Et uttalt behov for emosjonell nærhet vanskeliggjøres av ustabilitet i opplevelsen av selv og andre, og en tilhørende markert emosjonell reaktivitet.

BPF har lenge vært sett på som vanskelig å behandle, men en har i senere tid sett fremveksten av flere spesialiserte og lovende behandlingsformer. Noen av de mer velkjente behandlingopplegg for BPF inkluderer mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2007), kognitiv-analytisk terapi (Ryle, 1997), dialektisk atferdsterapi (Linehan, 1993), overføringsfokusert terapi (Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2002) og skjemafokusert terapi (Young, 1999).

Et traume- og tilknytningsperspektiv på BPF

Tidlige relasjonstraumer preger en majoritet (50-90%) av pasienter med BPF (Herman, Perry & Van der Kolk, 1989; Gunderson & Sabo, 1993; Zanarini et al., 1997; se Bradley, Jenei & Westen, 2005 for review). Komorbid posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ser ut til å være vanligere ved BPF enn ved andre personlighetsforstyrrelser (Zanarini, Frankenburg, Dubo et al., 1998). PTSD-diagnosens primære traumesymptomer som gjenopplevelser og unngåelsesatferd er likevel ikke til stede hos alle disse pasientene. En ser derimot at såkalte sekundære traumesymptomer (Carlson & Dalenberg, 2000) som omfatter endringer i selvregulerende funksjoner, ser ut til å være mer typiske for BPF. Sekundære traumesymptomer overlapper betydelig med de diagnostiske kriteriene på BPF, og har vært beskrevet under begrepet *kompleks PTSD* (Herman, 1992; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Voksne

som utsettes for relasjonstraumer kan utvise komplekse traumereaksjoner som på mange vis ligner BPF (Herman, 1992). I et utviklings- og tilknytningsperspektiv antar en likevel at traumatisering som skjer tidlig i livet, i en periode hvor meningssystemer og selvreguleringsevne ikke er utviklet, får mer fundamentale konsekvenser for psykisk helse og tilpasningsevne.

Et viktig spørsmål blir i denne sammenheng: Hva utgjør et psykisk traume? Traumbegrepet forstås her ut fra fenomenologiske kriterier, og inkluderer seksuelle overgrep, traumatisk separasjon, alvorlig omsorgssvikt og fysisk eller emosjonell vold. Et tidlig traume som finner sted eller utvikles innen forholdet til en omsorgsperson vil kunne kalles et *tilknytningstraume* (Allen, 2001; Schore, 2003). Lyons-Ruth, Yellin, Melnick og Atwood (2005) peker på at traumbegrepet må forstås annerledes for barn under seks år, hvor frykten for å miste tilknytningspersonens omsorg overskygger faktiske fysiske trusler, som barnet ofte ikke har noe begrep om. Understimulering i form av fravær av nødvendig omsorg og overstimulering gjennom tilstedeværelse av vold eller grenseoverskridelse må betraktes som adskilte prosesser som ofte, men ikke alltid, opptrer sammen.

BPF har vært satt i sammenheng med kombinasjoner av både under- og overstimulering. Zanarini et al. (1997) fant å kunne differensiere BPF fra andre personlighetsforstyrrelser gjennom tilstedeværelsen av neglekt og mangel på emosjonell validering fra far, inkonsistent og uforutsigbar behandling fra mor, samt seksuelt misbruk utført av ikke-omsorgsgiver. Ofte er ufordelaktige omsorgsbetingelser til stede i relasjon til begge foreldre, noe som ser ut til å henge sammen med økt forekomst av seksuelt misbruk utenfor familien (Zanarini, Frankenburg et al., 2000). Dissosiasjon er en veldokumentert respons på traumeeksponering (Putnam, 1997; Howell, 2005), og

periodisk dissosiasjon har blitt innført som et diagnostisk kriterium for BPF, da en ser at denne gruppen ofte dissosierer under stress (Shearer, 1994; Zanarini, Ruser et al., 2000).

Dissosiasjon

Dissosiasjon har sin språklige motsetning i assosiasjon, og innebærer en mangel på forbindelse mellom normalt integrerte psykiske funksjoner som hukommelse, affekt, kroppsupplevelse og kognisjon. Dissosiasjon er en veletablert selvbeskyttende reaksjon på traumeeksponering, og tendens til å dissosiere ser ut til å påvirkes av utviklingshistorie (Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997; Putnam, 1997). Ifølge Howell (2005) kan dissosiasjon både forstås som en passiv reaksjon på overveldelse og som en aktiv forsvarsprosess. Både passive og aktive aspekter er ofte til stede, vekselvis eller parallelt. Dissosiasjon kan både innebære frakopling fra den ytre virkeligheten (detachment) og psykisk spaltning (compartmentalization). Særlig dissosiasjon som psykisk spaltning er et aktuelt forklarende begrep i forbindelse med de dramatiske skiftene i selvtilstander en kan se ved BPF.

Dissosiativ spaltning innebærer opprettelsen av mer eller mindre separate psykiske undersystemer. Ifølge Nijenhuis, van der Hart og Steele (2006) innebærer strukturell dissosiasjon at traumet leder til dannelse av en traumbærende del av personligheten. Utelatelsen av traumet fra den dominante hukommelsesstrømmen gjør at daglig fungering under stabile livsbetingelser til en viss grad kan opprettholdes. Den avspaltede selvtilstanden eller delen vil normalt effektivt blokkeres ute fra bevisst opplevelse, helt til assosiative sensoriske eller somatiske triggere gjenoppretter en tilstand som samsvarer med den opprinnelige traumatiske tilstanden. Prisen for

oppdelingen er ofte påtrengende gjenopplevelser, uforklarlige somatiske symptomer, mareritt eller angstreaksjoner (Davies & Frawley, 1994).

Dissosiasjon og spaltning i BPF

En indikator på tilstedeværelsen av dissosiasjon i BPF er de overlappende tilstandsbildene mellom BPF og dissosiative lidelser. 30-70% av pasienter med Dissosiativ Identitetslidelse (DID) oppfyller samtidig diagnosekriteriene for BPF (Putnam, 1997). Zonarini, Ruser, Frankenburg, Hennen og Gunderson (2000) fant at omlag 1/4 av 290 borderlinepasienter utviste alvorlige dissosiative symptomer. Borderlinepasienter med store innslag av dissosiasjonssymptomer har også høyere selvskadingsrate, flere impulsreguleringsproblemer og mer alvorlige selvrapporterte barndomstraumer (Shearer, 1994; van der Kolk, Hostetler, Herron & Fisler, 1994).

Teoretisk har derfor BPF vært foreslått plassert innen et spektrum av traumelidelser fra enkel PTSD til DID, hvor dissosiasjon konseptualiseres som den samlende psykopatologiske prosessen (van der Hart et al., 2006; Putnam, 1997; Ross, 1996, 2000; Howell, 2005). Ross (1996) forstår BPF som en enklere form for DID, hvor selvtilstandene er delvis adskilte, men ikke avgrenset i den grad at de har ulike "jeg-opplevelser" og amnesi for hverandres eksistens.

En slik dimensjonell forståelse av BPF finner støtte i en studie av Boon og Draijer (1993), som sammenlignet dissosiative pasienter med pasienter med cluster B personlighetsforstyrrelser, hvor de dissosiative pasientene skilte seg fra BPF-pasientene gjennom flere psykosesyntomer, samt større alvorlighetsgrad både av dissosiative symptomer og barndomstraumer. BPF-pasientene utgjorde heller ingen enhetlig gruppe, men en så at de BPF-pasientene som viste flere og mer alvorlige dissosiative symptomer skilte seg fra resten av gruppen gjennom større grad av fysisk og seksuelt misbruk,

PTSD og selvskadende atferd. BPF-diagnosen ser dermed ut til å inkludere pasienter som dissosierer i varierende grad, og dissosiasjonsgrad kan antas å være proporsjonal både med alvorlighet i relasjonstraumehistorie og alvorlighetsgrad av borderline-problematikk.

Det opplevende og det refleksive selvet

En forståelse av dissosiasjon ved BPF som fravær av selvrefleksjon eller mentalisering (Fonagy, 2002; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002), åpner for et skille mellom "direkte" og refleksive erfaringsformer. Et skille mellom "lavere" og "høyere" bevissthetsformer (Allen, 2001) kan føres tilbake til Freuds distinksjon mellom primær- og sekundærprosesstenkning. Fosshage (1997) har utdypet skillet mellom det umiddelbart erfarte affektive og den analytisk-refleksive måten å være på, og ser disse som utfyllende værensformer. Det umiddelbart erfarte forstås her som en verden av bilder, affekt, kroppslighet og tidløshet, slik en finner det i drøm og fantasiliv. Det refleksive er på sin side preget av språk, orden, rasjonalitet og kronologi. En dialektisk veksling mellom disse to værensformene er ønskelig, som når maleren etter å ha vært dypt hensunken i arbeidet tar noen skritt tilbake og betrakter sitt verk med et bedømmende blikk.

Traumet forblir ofte innkodet som umiddelbar erfaring, og lever dermed sitt eget liv i tidløs repetisjon, upåvirket av rasjonalitet og refleksjon: "... as long as the trauma is experienced as speechless terror, the body continues to keep score and react to conditioned stimuli as a return of the trauma." (van der Kolk et al., 1994, abstract).

Dissosiasjon kan i en forstand forstås som en manglende artikulering av personlig eierskap eller "meg-kvalitet" ved ikke-verbale opplevelser, hvilket gjør at refleksive måter å erfare på ikke griper inn i viktige deler av individets affektivt-

kroppslige livsverden. En slik mangel på refleksiv forståelse kan gi selvbeskyttende atferd et uforståelig ytre preg, som i følgende eksempel:

A BPD patient ran screaming down the corridor after seeing a psychiatrist whose facial appearance and hand gestures were reminiscent of her father. She described 'watching' herself doing this, yet being unable to stop. In other contexts, she is able to observe, analyse and advise on other patients' and her own behaviour, yet this 'wise' mode is unavailable when her 'abused' mode is triggered by such data-driven perception of threat. (Kennedy et al., 2004, p. 42).

Her ser vi hvordan en dissosiert selvtilstand kan ha stor påvirkningskraft på den voksne pasientens liv, selv om denne unndrar seg refleksjon og ikke tar del i det bevisste selvbildet. Van der Hart, Nijenhuis og Steele (2006) trekker linjer til evolusjonsteori, og snakker i denne forbindelse om forsvarsmessige "dyre-tilstander" (animal defense states). Uavhengig av om "dyre-tilstander" forstås billedlig eller som primære biologiske prosesser, viser det til det ureflekterte og altoppslukende ved slike tilstander.

Dersom en ikke tar høyde for den ustabile pasientens vekslende tilstander med tilhørende variasjon i fenomenologi, kan en tenke seg at behandlingsregimer som baserer seg på ansvarliggjøring og konsekvenstenkning vil kunne medføre et dårlig utgangspunkt for en fruktbar behandlingsallianse. I verste fall kan slike situasjoner resultere i pasientens opplevelse av re-traumatisering. En kan tenke seg "Kari", 23 år, som er tvangsinnlagt på lukket sengepost. Hun havner i konflikt med avdelingspersonalet gjentatte ganger, og har voldsomme sinneutbrudd mot det hun mener er urettferdig behandling. Avdelingspersonalet mener Kari må ta ansvar for sine handlinger, og velger å begrense hennes privilegier når hun bryter avdelingens regler.

Kari på sin side forstår verken hvorfor hun blir så sint, eller hvorfor hun blir "straffet" for det hun opplever som ordinære reaksjoner på urettferdighet. Hun opplever lett avvísning, hvilket gjør henne rasende. Men når hun tenker tilbake på det, synes hun i grunnen ikke hun har vært så sint. Fra et selvtilstandsperspektiv er ikke dette så uforståelig, da Karis vekslende oppførsel og manglende erkjennelse av visse aspekter av selvopplevelsen er uttrykk for et særlig dårlig integrert selvsystem, hvor hun ikke alltid er "seg selv" i like stor grad. Og hva vil det innebære å "ansvarliggjøre" noen som ikke vet hvorfor de gjør som de gjør, eller ikke er fullt tilstede i opplevelsen? Balansen mellom nødvendig ansvarliggjøring og fritak for ansvar grunnet manglende forutsetninger er hårfin, og veien til moralsk argumentasjon kan være kort i opphetede og utfordrende situasjoner.

Borderline PF, tilknytning og indre arbeidsmodeller

Grunnlaget for relasjonsvanskene i BPF kan føres tilbake til tilknytningserfaringer og ervervede indre arbeidsmodeller for samhandling og følelsesregulering. Hvilke tilknytningsmønstre kjennetegner så borderlineforstyrrelsen? Tilknytningsmessig plasserer BPF seg mellom det ubearbeidede/desorganiserte (unresolved/disorganized) og det overopptatte/ambivalente (preoccupied/ambivalent) mønsteret. Et review av Agrawal et al. (2004) som omfatter 13 studier av voksen tilknytning, konkluderer med at det ubearbeidede mønsteret må anses som det mest prevalente (50-80 %), svært ofte med innslag av det overopptatte mønsteret. Begge mønstre bidrar sannsynligvis på ulikt vis til å tegne det kliniske bildet av den emosjonelt ustabile pasienten.

Overopptatt tilknytning: Angsten for å bli forlatt

Barn som klassifiseres som ambivalente i fremmedsituasjonen (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) lar seg vanskelig trøste etter gjenforening, og reagerer enten med sinne eller hjelpeløs passivitet mot en mor som ofte er mangelfullt inntonet og som veksler uforutsigbart mellom tilgjengelighet og overinvolvering (Wallin, 2007). Den voksne analogien til ambivalent tilknytning er det overopptatte mønsteret, preget av en negativ selvopplevelse kombinert med en positiv opplevelse av den andre (Bartholomew & Horowitz, 1991), hvilket kan lede til vedvarende søken etter ytre bekreftelse på å være akseptert og elsket. Høyaktiverte og underregulerte affekttilstander er gjerne karakteristiske (Horowitz, 2005). Overopptatte tilknytningsformer kan forstås som særlig typiske for hysteriforme/histrioniske og borderline personlighetstyper (Rosenstein & Horowitz, 1996), og felles for dem begge er en vedvarende opptatthet av tilknytningsbehov og en grunnleggende frykt for å bli forlatt (Wallin, 2007). Fonagy og kolleger (1996) fant ved hjelp av det voksne tilknytningsintervjuet (AAI) at 75 % av et utvalg BPF-pasienter viste en overopptatt tilknytningsstil, omlag halvparten av disse viste en traumerelatert undertype kalt "Fearfully preoccupied by traumatic events" (E3). Traumatisering er kanskje enda sterkere forbundet med en desorganisering av tilknytningssystemet.

Desorganisert tilknytning: Kaotisk frykt

Et barn med et desorganisert-desorientert mønster (D-tilknytning) preges av tegn på manglende psykisk tilstedeværelse, og konfliktfylt eller motstridende atferd i fremmedsituasjonen. Eksempler på konfliktfylt atferd kan være frys-reaksjoner, dunking av hode mot vegg, vekslende tilknytnings- og avvsningsatferd, eller ønske om å unnsnippe situasjonen selv om omsorgsgiver er tilstede (Main & Solomon, 1986). I

møte med en voksen som samtidig representerer fare og trygghet, presenteres barnet for et uløselig dilemma (Main & Hesse, 1990). Aktivering av forsvarstilstander i møte med en skremmende voksen fører da til at den ordinære trygghetssøkende tilknytningsstrategien midlertidig settes ut av spill (Liotti, 2004). Barnet vil utenom disse episodene vanligvis passe inn i de øvrige sikre eller usikre tilknytningskategoriene. En episode vil derfor være synlig i avgrensede intervaller, og kan se slik ut:

Creeping rapidly forward to father as though to greet him at the doorway, the infant suddenly stops and turns her head 90 degrees to the side. Gazing blankly at the wall with face expressionless and eyes half closed, she slaps her hand on the floor three times. These gestures appear aggressive, yet they have a ritualized quality. The baby then looks forward again, smiles, and resumes her approach to her father, seeking to be picked up. (Main & Morgan, 1996, s. 108-109)

D-tilknytning gjenfinnes hos omlag 80 % av mishandlede barn (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989), men vold og overgrep er ingen nødvendig betingelse. Det at omsorgsgiver fremstår som redd eller skremmende på annet vis har vært forstått som tilstrekkelig, og det spekuleres i hvorvidt dette kan representere en mekanisme for overføring av traumer over generasjoner (Hesse, Main, Abrams & Rifkin, 2003). Desorganisering utgjør en risiko for aggressiv atferd (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999) og senere dissosiasjon (Carlson, 1998). Main og Morgan (1996) har foreslått at D-tilknytning i seg selv representerer dissosiasjon hos barnet. Allen (2001) utdyper dette, og spesifiserer to måter dissosiasjon kan komme til uttrykk på i D-mønsteret: Han knytter barnets desorganisering eller konfliktfylte atferd, til dissosiativ

spaltning og selvtilstandsveksling - mens desorientering i form av endring av bevissthetsnivå for å håndtere frykt, assosieres med dissosiativ frakopling.

Flere former for desorganiserte tilknytningsformer hos voksne har blitt identifisert ved hjelp av det voksne tilknytningsintervjuet (AAI). Den voksne tilknytningsforskningen tar utgangspunkt i at indre arbeidsmodeller vil komme til uttrykk i måten en livshistorie fortelles på, gjennom narrativ form og kongruens av affektuttrykk under omtale av egne tilknytningserfaringer. Det ubearbeidede mønsteret kjennetegnes av midlertidige brudd (lapses) av stillhet eller inkongruens i fortellinger preget av tap eller traume. Slike narrative brudd tenkes å representere mangel på integrering av traumatiske hendelser i den bevisste livshistorien. Følgende eksempel på mangelfull integrering kommer fra en kvinne som ble bedt om å utdype morens omsorg for henne da hun var liten:

I have a memory. I must have been five or six years old...and I suppose it was my first communion because I remember clearly that I was wearing a white dress. And I must have fallen in the mud or something because I remember the dress was all dirty. My mother....I can remember her then....lighting matches and putting them out on my bare bottom. (Doctors, 2007, s.14)

Omlag 80 % av barn som har foreldre som klassifiseres som ubearbeidet på AAI, vil selv utvikle en D-tilknytning til disse foreldrene (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). Det ser også ut til at mors tapsopplevelser i løpet av barnets to første leveår i seg selv utgjør en risiko for utvikling av BPF hos barnet (Liotti, Pasquini & Cirrincione, 2000).

Det ubearbeidede mønsteret hos mor har likevel vist seg utilstrekkelig som eneste forklaring på barns D-tilknytning, men mye av den uforklarte variansen lar seg

forklare av en nyopprettet kategori kalt H/H (Hostile/Helpless) (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2005). H/H-kategorien omfatter respondenter som beskriver tilknytningsfigurer på affektivt motstridende og uintegreerte måter. Slike beskrivelser kan inkludere devaluerende beskrivelser av en forelder, med tegn på identifikasjon med denne personen andre steder i intervjuet. I en kontrollert studie viste samtlige kvinner med BPF dette mønsteret, mot halvparten av en kontrollgruppe av kvinner med dystymi (Lyons-Ruth, Melnick, Patrick & Hobson, 2007). En så også at 58 % av BPF-pasientene identifiserte seg med en devaluert forelder, mot 18 % i dystymi-gruppen. Det er på bakgrunn av dette sannsynlig at H/H-mønsteret representerer en relasjonell dynamikk som er særlig relevant for BPF, men som også har betydning for andre psykiske lidelser. Tatt i betraktning at vekslinger mellom idealisering og devaluering utgjør diagnostiske kriterier for BPF, bør det ikke overraske at H/H-mønsteret ser ut til å være prototypisk for borderlinepasienten. De nevnte usikre og desorganiserte tilknytningsformene har konsekvenser for forståelsen av BPF, da de resulterende indre arbeidsmodellene (Bowlby, 1973) tenkes å utgjøre en basis for regulering av relasjonsatferd livet gjennom.

Et tilknytningsteoretisk blikk på selvtilstandsregulering

Et selvtilstandsperspektiv vil poengtere viktigheten av å tenke på indre arbeidsmodeller ikke bare som kognitive representasjoner eller internaliserte "objekter", men snarere som former for samvær med andre, som også inkluderer kroppslige og affektive aspekter. (Fast, 1998; Stolorow, Atwood & Orange, 2002). Individets indre arbeidsmodeller vil utgjøre en basis for repertoaret av tilgjengelige selvtilstander. Affekt vil i denne tenkningen samvariere med selvopplevelse, og med en korresponderende implisitt eller eksplisitt opplevelse av en motpart. På et vis er derfor "selv-andre-

affektiltstander" et mer presist begrep for å understreke totaliteten i en slik opplevelse. Borderlinepasientens dårlige fungering er gjerne begrenset, og da ofte til de selvtilstandene som er relatert til tilknytningsregulering. Liotti har foreslått (Liotti, 1992; 2000; 2004) at en desorganisering av tilknytningssystemet gjennom dissosierte indre arbeidsmodeller kan utgjøre en basis for diskontinuitet mellom selvtilstander. I tråd med denne tenkningen vil selvtilstandene hos pasienter med desorganiserte arbeidsmodeller i større grad være adskilt fra hverandre enn når arbeidsmodellene er forankret i trygg tilknytning. Med tanke på et slikt dårlig integrert selvsystem og H/H-mønsteret som nevnt ovenfor, hvordan forklarer en det tilsynelatende paradokset som ligger i identifikasjon med en devaluert foreldrefigur?

Defensiv identifikasjon og dominant-hjelpeløs-dynamikk

På grunn av tilknytningspersonens uunnværlighet for barnet, vil barnet søke å opprettholde en god relasjon til denne for enhver pris. Dette gjøres blant annet gjennom å forsøke å forstå hvordan den voksne tenker, for selvbeskyttelse og forutsigbarhet (Howell, 2005). Eksempel på en vanlig forekommende rollefordeling hos det traumatiserte barnet er konstellasjonen angriper-offer, hvor dominans-underkastelse er den tydeligste dimensjonen. Tilstedeværelsen av en slik rollestruktur hos barn kan eksemplifiseres gjennom følgende respons fra en 9 år gammel gutt til et situasjonskort fra Thematic Apperception Test:

13MF (A young man is standing with downcast head buried in his arm. Behind him is the figure of a woman lying in bed): He's crying because his wife is dead. Those are boobs (Child points to the woman's breasts on the card). Crying because his wife died while he was raping her. Actually, some other guy did it and she died because he did it hard. Guys can really rape hard. If I do it, I'll do it

soft. (End?) The guy got arrested that did it. (Holigrocki & Hudson-Crain, 2004, s. 201).

Kjennskap til offerposisjonen og indirekte kjennskap til dens relasjonelle motpart går hånd i hånd: Barnet vil selv internalisere begge polene i den dyadiske situasjonen (Ryle, 1997). En kan kalle dette en forsvarsdrevet form for identifikasjon. Innen psykoanalysen har dette fenomenet lenge vært kjent under begrepet "identification with the aggressor". Howell (2005) påpeker et skille mellom to ulike varianter av slik identifikasjon: Anna Freuds identifikasjonsbegrep, forstått som mer bevisst og viljestyrt, hvor barnet forsøker "å være som den voksne". I Ferenczis (1949) tenkning er imidlertid slik identifikasjon en direkte, automatisk forsvarsreaksjon. Ferenczi beskriver hvordan det misbrukte barnets selvopplevelse gjennomsyres av angstdreven identifikasjon med en grenseoverskridende voksen:

One part of their personalities, possibly the nucleus, got stuck in its development at a level where it was unable to use the alloplastic way of reaction but could only react in an autoplasic way by a kind of mimicry. Thus we arrive at the assumption of a mind which consists only of the id and super-ego and which therefore lacks the ability to maintain itself with stability in face of unpleasure—in the same way as the immature find it unbearable to be left alone, without maternal care and without a considerable amount of tenderness. (Ferenczi, 1949, para. 17)

Ferenczis beskrivelse av det traumatiserte barnet fremstår som slående lik borderlinepasientens indre verden: den ustabile og skjøre selvopplevelsen, på stram line mellom knusende selvkritikk og uregjerlig impulsivitet, hvor avhengigheten av den selvregulerende andre og frykten for ensomheten er overhengende.

"Ikke-meg": Uerkjente selvtilstander og intersubjektiv regulering

Det volds- eller overgrepssatte barnet står ofte ovenfor sterkt svingende og uforutsigbare opplevelser av den voksne. Med grunnlag i de ovennevnte identifikasjonsprosessene er det grunn til å tenke at slike opplevelser er direkte styrende for barnets selvopplevelse. Kan en mor som i ett øyeblikk slår være den samme personen som to timer senere gir trøst og trygghet? Og hvem er barnet i relasjon til henne? En "løsning" kan være opprettelsen av separate psykiske virkeligheter for "gode" og "onde" selv- og andreopplevelser. Affektiv splitting innebærer å forholde seg på en unyansert og dikotom måte til følelsesmessige bedømmelser av selv og andre. Slik splitting har vært forstått som en form for psykisk forsvar, men forstås her like mye som resultatet av en ufullstendig utviklingsmessig integrering, der en alternerende idealisering eller devaluering representerer en veksling mellom adskilte selvtilstander eller opplevelsesverdener (Howell, 2005).

En konsekvens av uerkjent identifikasjon med omsorgsgivers utålelige atferd kan være at denne ikke finner noen plass i den erkjente selvopplevelsen. Eksternaliserings- eller projeksjonsmetaforer har vært hyppig brukt for å beskrive personlighetsforstyrrede pasienters påvirkning på sine omgivelser, men samtidig kan det som Stolorow, Atwood & Orange (2002) understreker være problematisk å postulere at mentalt innhold på mystisk vis transporteres mellom to fysisk atskilte individer. Det er i min mening intet mystisk i de imitative og inntoningsmessige prosessene som inngår i identifikasjon og affektiv kommunikasjon, jeg finner det dermed nyttigere å snakke om et intersubjektivt møte, der begge parters historie innen en spesifikk her-og-nå-kontekst bidrar til å samskape overførings- motoverføringsfenomener. Denne omfortolkningen innebærer at klinikerens blir nødt til

å kultivere en bevissthet rundt egne bidrag til overførings-motoverføringsmatrisen, selv i tilfeller med alvorlig personlighetsproblematikk, hvor motoverføringen av klinikerens ofte oppleves som jeg-fremmed og invaderende.

Tilstedeværelsen av uerkjent opplevelse som oppleves som jeg-fremmed kan gjøre borderlinepasienten utsatt for destabilisering når ingen er tilgjengelige for å hjelpe pasienten til å symbolisere og fordøye u håndterbare følelser. Fonagy (2002) beskriver hvordan fraværet av en relasjonell motpart kan lede til en tvunget identifikasjon med de uerkjente selv-delene, som igjen kan gi opphav til selvhat og selvdestruktiv atferd.

Iscenesettelser og traumegenererte relasjonsmatriser

Alle relasjoner er unike og byr på særegenheter. Like vel vil typiske mønstre kunne gjenfinnes i traumegenererte arbeidsmodeller. For klinikerens vil gjenkjennelsen av slike prototypiske mønstre i overførings-motoverføringsmatrisen være verdifull i arbeidet med en traumatisert pasient. De indre arbeidsmodellene og relasjonelle posisjonsskiftene utspiller seg gjerne i terapiforløpet, eksempelvis i form av utfordringer av terapiens rammer og terapeutiske ageringer (enactments). Rollereversering er et eksempel på sistnevnte.

Ubevisste rolleskift er en ofte brukt mestringsstrategi for å gjenvinne kontroll i en uforutsigbar situasjon. Mishandlede eller traumatiserte barn som plager andre barn eller dyr kan utgjøre eksempler på dette. Den fiendtlige og den beskyttende posisjonen er to potensielle roller som kan spilles ut, og som kan observeres hos barn gjennom ivaretagelse av omsorgsgiver (parentifisering) eller direkte straffende eller kontrollerende atferd ovenfor foreldrene. Hesse et al. (2003) beskriver hvordan slike rollebytter brukes hyppig av 5-6-åringer ovenfor foreldre som barnet tidligere har hatt

en D-tilknytning til. Barnets atferd kan være direkte kontrollerende på de nevnte måter, men også indirekte kontrollerende gjennom for eksempel implisitt trussel om selvskade eller destruktivitet som følge av manglende inngripen fra den andre. Dette er atferd som finner sin parallell i borderlinepasientens eksplisitte og implisitte trusler om selvskade eller suicid, atferd som kan forstås som mestringsforsøk på å unngå en utålelig selvopplevelse. Weiss (1993) antar at pasienten ved å agere den traumatiserende posisjonen i det terapeutiske rom ubevisst "tester" og selv forsøker å modellere klinikerens mestring av et dilemma som for pasienten har vært uhåndterbart. Uavhengig av hvorvidt man tilskriver rolleskiftet en selv-terapeutisk motivasjon, slik jeg forstår Weiss' formulering - eller simpelthen ser det som en selvtilstandsending motivert av selvbeskyttelse, kan en se det som sentralt å behandle pasienten som om ageringen er et forsøk på mestring.

Blizard (2001) mener at underkastende og fiendtlige arbeidsmodeller oppstår som en funksjon av splittelsen mellom de uforenlige behovene for selvbeskyttelse og tilknytning. Hennes bilde av den desorganiserte arbeidsmodellen består av en veksling mellom "sadistiske" og "masochistiske" tilstander. Liotti (2004) forklarer også vekslingene i selv- og andre-representasjoner med utgangspunkt i den desorganiserte arbeidsmodellen, men opererer med tre relasjonelle hovedposisjoner: Offer, angriper og beskytter. Denne forståelsen omfatter også redningsatferden som kan forstås som en parallell til en ivaretagende form for rolleinversjon hos barn.

En ytterligere kompleks fremstilling tilbys av Davies og Frawley (1994), som identifiserer åtte traumeskapede relasjonelle hovedposisjoner som kan organiseres i fire matriser: 1) den uinvolverte ikke-voldelige voksne og det neglisjerte barnet, 2) den sadistiske overgriperen og det hjelpeløse barnet fylt av skjult raseri, 3) den idealiserte

beskytteren og det trengende barnet som krever å bli reddet, samt 4) forførerer og det forførte barnet. Her er både seksualiserte og neglisjerende voksenroller inkludert, i tillegg til de ovennevnte.

Selv om en slik fremstilling kan synes skjematisk og noe karikert, illustrerer disse eksemplene den tilbakevendende dynamikken som er så karakteristisk for personlighetsforstyrrelser, hvor den andre i stor grad oppfattes med utgangspunkt i gamle mønstre. Dette gjøres ikke av vrangvilje, men fordi det kan være disse pasientenes eneste måte å ta inn og forholde seg til den andre på.

Sammenfattende diskusjon

I forståelsen av en så kompleks problematikk som BPF representerer er det alltid en fare for overgeneralisering ved presentasjon av kun ett teoretisk perspektiv. Samtidig er det en utfordring å sammenstille det fenomenologiske ”innenfra-blikket” med et diagnostisk-medisinsk ”utenfra-blikk”. Det er likevel min mening at en nyttig ytre forståelse må være sensitiv til pasientens subjektive opplevelse hvis en skal unngå en reifisering av diagnostiske kategorier, og en uhensiktsmessig avstand mellom ”oss” og ”dem”.

Etiologiske modeller for psykisk lidelse kommer ikke utenom en multifaktoriell sårbarhets-stressforståelse. Likevel ønsker jeg å tillegge tilknytningstraumet en mer fundamental betydning enn det har hatt i tradisjonelle forklaringsmodeller.

Relasjonstraumer figurerer i de fleste utviklingsmodeller for borderline personlighetsforstyrrelse. Vektingen av denne faktoren varierer imidlertid, ofte basert på metapsykologi, traumeteori og menneskesyn. Traumer ser ikke ut til verken å være en nødvendig eller tilstrekkelig betingelse for utvikling av BPF (Allen, 2001; Jørgensen, 2006), men en tilstedeværende faktor for svært mange av disse pasientene. Traumets

ødeleggende effekt kan begrenses av et validerende og ivaretagende miljø, eller sementeres og forsterkes av en psykisk uholdbar omsorgssituasjon.

Sannsynligvis er karakteristika ved de traumatiske relasjonene vel så viktige som traumet i seg selv. Som Lyons-Ruth og kolleger påpeker, "Many of the psychological correlates of abuse [...] are likely to be effects not of trauma per se but of traumatic events occurring in the context of serious relationship deviance or even of sustained relationship deviance itself." (Lyons-Ruth et al., 2005, s. 5). En kontekstuell traumeforståelse fordrer dermed en særlig sensitivitet til nyansene i avvikende samhandlingsmønstre, hvor traumet ikke forstås som isolert hendelse, men som nedfelt i en intersubjektivt meningsskapende kontekst.

BPF later til å være preget av en kombinasjon av desorganiserte og overopptatte tilknytningsformer (Agrawal et al., 2004). Det er nærliggende å stille spørsmålet om den overopptatte tilknytningsformen kan representere et fundament for personlighetsstil, særlig i forhold til håndtering av opplevd fare for å bli forlatt med en veksling mellom hjelpeløshet og sinne, et mønster som ofte fremtrer tydelig i psykoterapi. Da det desorganiserte mønsteret i større grad regnes som en traumerespons enn en organisert tilknytningsstrategi (Hesse et al, 2003), kan en tenke seg at en overopptatt eller dramatiserende stil følgelig kan preges av varierende alvorlighetsgrad, avhengig av grad av traumerelatert dissosiativ desorganisering. Dette er konsistent med en psykodynamisk konseptualisering av borderlinefenomenet som en særlig alvorlig underkategori av "hysterisk-histrionisk" personlighetstype (McWilliams, 1994; PDM Task Force, 2006).

Er det riktig å si at den affektive splittingen og de dramatiske selvtilstandsskiftene man finner hos borderlinepasienter representerer dissosiasjon?

Kanskje både ja og nei. Den delte forbindelsen med tilknytningstraumer og desorganisering peker i retning av en slik konklusjon. Om en velger å se på dissosiasjon som et gradsfenomen kan en forstå tilstandsvekslingen i borderline personlighetsforstyrrelse som en dissosiativ prosess. Likevel vil en fra et kategorisk standpunkt kunne hevde at dissosiasjonsbegrepet burde reserveres for fullstendig avspaltning med tilhørende amnesi, slik man ser det i DID.

Å se desorganisert tilknytning som en markør for grad av traumerelatert disintegrativ patologi fremkaller viktige spørsmål angående differensialdiagnostikk mellom alvorlige dissosiative og personlighetforstyrrede pasienter. Pasienter som tilfredsstillt alvorlige dissosiative diagnoser kan ofte ved første øyekast fremstå klinisk som passende for en BPF-diagnose. Differensiering mellom disse gruppene er komplisert (Jakobsen, Benum & Anstorp, 2006; McWilliams, 1994), og kanskje kan noe av vanskeligheten skyldes glidende overganger mellom dissosiative lidelser og BPF (jfr. Boon & Draijer, 1993; van der Kolk et al., 1994).

Bildet av BPF som en dissosiativ selvtilstandsproblematikk har implikasjoner for forståelse og håndtering av terapeutiske ageringer og overførings-motoverføringstema. Selvtilstandsperspektivet postulerer en delvis dissosiasjon mellom offer-identifiserte og angriper-identifiserte selvtilstander. En konsekvens av disse tilstandenes globale, og ofte ikke-verbale natur, er at behandlingen i større grad bør foregå gjennom utforskning av opplevelse enn gjennom konfrontasjon av ”perseptuelle feil”, hvilket kan oppleves som bekreftelser av gamle og uhensiktsmessige tilknytningsmønstre. Gjennom å se terapeutiske ageringer og grenseutprøvende atferd som trygghetssøkende manøvre kan en forholde seg til aggresjon og vanskelige situasjoner uten å bli moralsk. Det kan videre være viktig at terapeuten unngår å identifisere seg for sterkt med pasientens

offer- eller angriperrolle da dette kan forhindre terapeutisk arbeid med den komplementære rollen (Clarke & Llewellyn, 2001). For eksempel kan terapeutens manglende anerkjennelse av pasientens aggressive og destruktive sider føre til at disse selvtilstandene forblir uutforsket.

Ved å identifisere mulige ageringer på et tidlig tidspunkt i terapien kan spontan og uhensiktsmessig avslutning av behandlingen forebygges (Safran & Muran, 2000, Weiss, 1993). Kognitiv-analytisk terapi (Ryle, 1997, Golyunkina & Ryle, 1999) legger stor vekt på dette poenget, og baserer seg på enkle skjematiske verktøy for en selvtilstandsfokusert problembeskrivelse i pasientens eget språk. Dette kan utgjøre viktige verktøy for bevisstgjøring rundt relasjonsproblemer og affektiv tilstand. Jeg vil også fremheve verdien av et fokus på kropp og eksplisitt arbeid med regulering av aktivering i en problematikk hvor det ikke-språklige spiller en stor rolle (se f. eks. Ogden, Minton & Pain, 2006).

Som jeg har forsøkt å vise i denne artikkelen kan BPF sies å være forbundet med gjenkjennbare relasjonelle tema og rollemønstre som kan forstås i lys av avvikende samspills- og omsorgssituasjoner tidlig i livet. Gjennom et fokus på slike atferdsmønstre i terapeutisk arbeid vil også tilsynelatende ”destruktiv” atferd kunne forstås som mestringsforsøk. Dette kan bidra til å danne et utgangspunkt for terapeutens tålmodighet og empati, pasientens selvomsorg og selvforståelse, og dermed felles håp.

Referanser

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94-104.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg forlag.
- Blizard, R. (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2 (4), 37-58.
- Blizard, R. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4 (3), 27-50.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126-135.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 25-31.
- Bradley, R., & Westen, D. (2006). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 927-957.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, NJ: The Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carlson, E. B., & Dalenberg, C. J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 4-28.
- Clarke, S. & Llewelyn, S. (2001). A case of borderline personality disorder. I P. H. Pollock (Red.), *Cognitive Analytic Therapy for Adult Survivors of Childhood Abuse* (Ch. 6). Chichester: Wiley.
- Davies, J. M. & Frawley, M. G. (1994) *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse*. New York: Basic Books.

- Doctors, S. R. (2007). On utilizing attachment theory and research in self psychological/intersubjective clinical work. Artikkel presentert på den årlige konferansen til International Association of Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, Athen, Hellas.
- Fast, I., (1998) *Selving: A relational theory of self organization*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of tongues between adults and the child. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 255. [Electronic version retrieved 15.02.2008 from http://www.sectionfive.org/continuing_education/ferenczi/article/]
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., 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, 22-31.
- Fonagy, P. (2002). Multiple voices versus meta-cognition: An attachment theory perspective. In V. Sinason (Red.), *Attachment, Trauma and Multiplicity*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- 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., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
- Fosshage, J. L. (1997). The Organizing Functions of Dream Mentation. *Contemporary Psychoanalysis*, 33 (3), 429-458.

- Golynkina, K. & Ryle, A. (1999). The identification and characteristics of partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 429–445.
- Gunderson, J. G. & Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 150 (1), 19-27.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Hesse, E., Main, M., Abrams, K. Y. & Rifkin, A. (2003). Unresolved States Regarding Loss or Abuse can Have “Second Generation” Effects: Disorganization, Role Inversion and Frightening Ideation in the Offspring of Traumatized, Non-Maltreating Parents. I Solomon, M. F. & Siegel, D. J (Red.): *Healing Trauma: Attachment; Mind, Body and Brain*. (s. 57-106) New York: W. W. Norton & Company.
- Holigrocki, R. J. & Hudson-Crain, R. (2004). Victim-victimizer relational dynamics as maintained by representational, defensive, and neurobiological functioning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 197-212.
- Horowitz, M. J. (2005). *Understanding psychotherapy change: A practical guide to configurational analysis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Jakobsen, M., Benum, K., & Anstorp, T. (2006). Dissosiasjon - Noen diagnostiske overveielser. I T. Anstorp, K. Benum, & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg* (s. 89-101). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jørgensen, C. R. (2006) *Personlighetsforstyrrelser: moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelser*. København: Akademisk Forlag.
- Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, C., Fearon, P., & Waller, G. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 25-48.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- Liotti, G. (2000). Attachment and metacognition in borderline patients. I P.Migone (Red.) *Psychomedia telematic review: Problems of psychotherapy* [Electronic version]. Retrieved 30.01.08 from <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/liotti-2.htm>.
- Liotti, G., Pasquini, P., Cirrincione, R. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (4), 282-289.

- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized Attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41, 472-486.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999) Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.) *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press (pp. 520-554).
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M. & Hobson, R. P. (2007). A controlled study of Hostile-Helpless states of mind among borderline and dysthymic women, *Attachment & Human Development*, 9(1), 1-16.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the adult attachment interview are associated with atypical maternal behavior and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 2005, 17: 1-23.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? I M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Red.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. I T.B. Brazelton & M.W. Yogman (Red.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M. & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? I L.

- Michelson & W. Ray (Red.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum Press (pp.107-137).
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press.
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. *Research in Nursing and Health*, 22, 285–293.
- Nijenhuis, E. R., van der Hart, O., & Steele, K. (2006). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten. I T. Anstorp, K. Benum, & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer* (ss. 73-88). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ogawa, J. R., Sroufe, A. L., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. & Egeland, B. (1997) Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855–879.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Rosenstein, D. & Horowitz, H. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 244-253.

- Ross, C. A. (1996). History, phenomenology and epidemiology of dissociation. I L. Michelson & W. Ray (Red.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum Press (p. 3-25).
- Ross, C. A. (2000). *The trauma model: A solution to the problem of comorbidity in psychiatry*. Richardson, TX: Manitou Communications.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive analytic therapy and Borderline personality disorder*. Chichester: Wiley.
- Safran J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Schore, A. N. (2003). Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence. I Solomon, M. F. & Siegel, D. J (Red.): *Healing Trauma: Attachment; Mind, Body and Brain*. (s. 107-167) New York: W. W. Norton & Company.
- Searles, H. F. (1977). Dual- and multiple-identity processes in borderline ego functioning. I P. Hartocollis (Red.) *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press.
- Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151: 1324-8.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York: Basic Books.

- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. A., Hostenler, A., Herron, N., Fislser, R. E. (1994). Trauma and the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. 17, 715-30.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). "Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma". *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1993) *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.
- World Health Organization (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and reality*. (Andre utgave) New York: Routledge.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2002). *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 264-73.
- Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*: 26–30.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmermann, M. (2001). The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Childhood Trauma and Alexithymia in an Outpatient Sample. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 177-188.