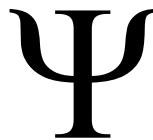




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Samspill i grenseland:
Skjevutvikling og belastninger hos barn av mødre med
borderlinefungering***

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Yngvild Moren

Høst 2012

Veiledet
Helge Holgersen

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) is considered a serious mental illness marked by unstable moods, impulsive behavior, emotion regulation deficits, and severe disruption of interpersonal relationships. The diagnosis is assumedly related to an elevated likelihood of problematic parenting behavior, yet little research has examined the association between parental BPD and offspring psychopathology and psychosocial functioning. The purpose of this thesis is to explore the adverse consequences of mother-child-interactions for BPD offspring. The effects of several psychological, familial, social and economic factors on maternal parenting are discussed. In general, mothers with BPD are more likely to engage in problematic child rearing behaviors, and tend to be less sensitive and emotionally available than non-borderline mothers. Children of mothers with BPD are exposed to numerous risk factors, and are more likely to be psychologically maladjusted than both children of healthy controls and children of mothers with other psychiatric disorders. Several factors seem to mediate the relationship between maternal diagnosis and negative offspring outcomes.

Sammendrag

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) er kjennetegnet ved svingende stemningsleie, impulsiv atferd, problemer med emosjonsregulering, og alvorlige vansker i mellommenneskelige relasjoner. Selv om diagnosen antas å være forbundet med problematisk foreldreatferd, har lite forskning undersøkt sammenhengen mellom BPD hos foreldre og utvikling av psykopatologi og psykososiale vansker hos barna deres. Hensikten med denne oppgaven er å utforske på hvilken måte interaksjonen mellom mødre med borderlinefungering og barna deres kan være skadelig for barna. En rekke psykologiske, familiære, sosiale og økonomiske forhold som kan tenkes å ha betydning for mødrenes fungering vil bli diskutert. Som gruppe har mødre med BPD forhøyet risiko for svak foreldrefungering, og ser ut til å være mindre sensitive og emosjonelt tilgjengelige overfor barna sine. Samtidig utsettes barna for flere psykologiske belastninger, og har høyere sannsynlighet for skjevutvikling, enn både barn av mødre uten påvist psykopatologi og barn av mødre med andre psykiske lidelser. En rekke faktorer må antas å mediere sammenhengen mellom mors diagnose og uheldige konsekvenser for barna.

Innholdsfortegnelse

Abstract	i
Sammendrag	ii
Innholdsfortegnelse	iii
Innledning.....	1
Borderline personlighetsforstyrrelse	3
Definisjon	3
Prevalens	5
Komorbiditet	6
Etiologi.....	7
Barn av psykisk syke foreldre: forekomst og håndtering i helsevesenet	9
Hva vet vi om barn av mødre med borderline personlighetsforstyrrelse?	12
Familiemiljø	13
Psykopatologi og psykososiale vansker hos barna	13
Samspill og foreldreatferd	15
Oppsummering av funn og metodologiske begrensninger	19
Sammenhenger mellom mors borderlinediagnose og skjevutvikling hos barnet	19
Oppvekstmiljø og belastende livshendelser	20

Mors partner	24
Rus og vold.....	27
Sosioøkonomiske forhold.....	29
Komorbiditet hos mor.....	30
Særskilte utforminger av borderlinefungeringen.....	32
Stabilitet i diagnose hos mor	34
Foreldrefungering hos mødre med BPD	36
Tilknytningsmønstre og uheldige samspill	40
Mentalisering	44
Skepsis til å motta hjelp	47
Er morskritikk berettiget?	49
Forhold ved barnet.....	50
Sammenfattende refleksjoner	53

Innledning

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) er kjennetegnet ved vansker med å håndtere følelser og forhold til andre mennesker. Individene med personlighetsforstyrrelsen har ofte problemer med å forstå hva som foregår i mellommenneskelige samspill, hvordan man blir oppfattet, og hvordan egen atferd påvirker andre. Å finne en balanse mellom nærhet og distanse i nære relasjoner kan være vanskelig. Som ved andre personlighetsforstyrrelser er atferdsmønstrene kjennetegnet ved å være dypt innarbeidede og vedvarende (APA, 2000; WHO, 1992), og personlighetstrekkene medfører ubehag og lidelse for en selv eller andre (Torgersen, 2008).

Svekket interpersonlig fungering er altså en sentral karakteristikk ved borderline personlighetsforstyrrelse, det samme er et ustabil selvilde og raskt fluktuerende affekter (APA, 2000; WHO, 1992). Tomhetsfølelse, intenst sinne, og selvmordstanker eller forsøk forekommer hyppig blant personer med personlighetsforstyrrelsen (APA, 2000; WHO, 1992). Tilstanden har fått økt oppmerksomhet blant klinikere og forskere i de senere år, og det har blitt lagt ned større innsats i å utvikle effektive behandlingstilbud for dem som er rammet (Bateman & Fonagy, 2004). Det hersker liten tvil om at diagnosen kan innebære sterk psykisk smerte for den enkelte, man vet imidlertid mindre om konsekvensene for dem som står disse personene nærmest.

Når nettopp ustabilitet i mellommenneskelige forhold er et kjernesymptom blant denne gruppa, er det overraskende at relativt få studier har undersøkt hva som kjennetegner samspillet mellom foreldre med BPD og barna deres. Man har mye kunnskap om betydningen av interaksjonen mellom foreldre og barn for virkeliggjøring av barnets utviklingspotensial. Samtidig er det en klar sammenheng mellom sviktende

utvikling av kontakt, tilknytning og kommunikasjon, og ulike psykiske problemer hos barn (Rye, 2007). Etersom personer med borderline personlighetsforstyrrelse kan være preget av kroniske forstyrrelser i relasjoner, er det grunnlag for å sette spørsmålstegn ved deres evne til å hjelpe egne barn med sentrale utviklingsoppgaver som å etablere indre trygghet, selvtillit og nyanserte forståelser av seg selv og verden. Betydningen av tidlige relasjonelle erfaringer for senere utvikling av emosjonelle bånd, gir altså grunn til bekymring for barn av borderlinefungerende foreldre sin psykososiale utvikling. På denne bakgrunn vil følgende problemstilling bli belyst:

På hvilken måte kan interaksjonen mellom mødre med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse og barna deres være skadelig for barna, og hvilke psykologiske, familiære, sosiale og økonomiske forhold synes å ha betydning for mors fungering?

Oppgaven er teoretisk eksplorerende. Med andre ord søkes det basert på foreliggende teori og forskning å si noe om hva som ”kan kjennetegne” det å vokse opp med en forelder med BPD, og hvordan samhandling med en slik voksen kan arte seg for barnet og påvirke dets utvikling. I utforskning av dynamikkene i samspillene, vil ulike forhold som kan påvirke mors foreldrefungering bli problematisert.

Teksten er skrevet i et forsøk på å bidra til å rette søkelyset mot en gruppe, som noe overraskende, fortsatt ser ut til å få liten oppmerksomhet i forskningsammenheng. Barn av foreldre med borderline personlighetsforstyrrelse synes å utgjøre en høyrisikogruppe for utvikling av psykiske vansker (Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler, & Freyberger, 2006; Berg-Nielsen, 2010; Feldman et al., 1995; Weiss et al., 1996), noe som gjør det viktig å undersøke nøye hvilke spesifikke forhold ved spillet mellom borderlinefungerende foreldre og deres barn som kan hindre en sunn utvikling hos

barna. Bevissthet omkring slike forhold vil være avgjørende i utvikling og implementering av effektive hjelpetiltak.

Ettersom forskningen på området i all hovedsak konsentrerer seg om mødre med BPD, blir det naturlig å ta utgangspunkt i denne gruppa. Det betyr ikke at barn som vokser opp med fedre med BPD ikke kan oppleve de samme vanskene. Den relativt begrensede litteraturen som finnes om barn av foreldre med borderlinefungering beskjeftiger seg med et aldersspenn som strekker seg fra spedbarnsstadiet til ungdomsalder. Selv om samspillet mellom foreldre og spedbarna deres nødvendigvis skiller seg fra interaksjonen med tenåringsbarn, vil denne oppgaven ta for seg både barn og ungdommer som har foreldre med BPD.

Borderline personlighetsforstyrrelse

Diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse ble innlemmet i American Psychiatric Associations DSM-III i 1980, og i 1992 kom diagnosen med i Verdens helseorganisasjons diagnosemanual ICD-10. Av personlighetsforstyrrelsesdiagnosene benyttes denne oftest (Loranger, 1997), og BPD er i dag den personlighetsforstyrrelsen vi har mest kunnskap om (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010; Skodol, 2005). BPD anses som en alvorlig personlighetsforstyrrelse, da den kan innebære omfattende funksjonsnedsettelse (Gunderson et al., 2000), og er forbundet med høy dødelighet gjennom selvmord (Karterud et al., 2010).

Definisjon

Kriteriene for diagnostisering av borderline personlighetsforstyrrelse avhenger noe av om man tar utgangspunkt i ICD-10 (WHO, 1992) eller DSM-IV (APA, 2000). DSM-IV definerer borderline personlighetsforstyrrelse som «et vedvarende mønster av ustabilitet i mellommenneskelige forhold, selvilde og affekter, og markert impulsivitet

som starter i tidlig voksen alder og manifesterer seg i en rekke sammenhenger» (APA, 2000, s. 701, egen oversettelse), og fem av ni kriterier må tilfredsstilles før diagnosen kan settes. I ICD-10 skilles det mellom to nært beslektede forstyrrelser som inngår i hovedbetegnelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: impulsiv type og borderline-type. Den emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelsen kjennetegnes ved en tendens til impulsiv handling, og svingende og uforutsigbart stemningsleie. Hos begge undertypene er impulsivitet og manglende selvkontroll sentrale karakteristika.

Borderline-typen er imidlertid samtidig preget av følelsesmessig ustabilitet og av at individets selvbilde, mål og indre verdier ofte er uklare og forstyrrede (WHO, 1992).

Manualene enes om at borderline personlighetsforstyrrelse karakteriseres ved et mønster av ustabile og intense mellommenneskelige forhold. Affektiv ustabilitet og svingende stemningsleie er sentrale kjennetegn, og følelsesmessige kriser forekommer hyppig. Desperate anstrengelser for å unngå reell eller innbilt fare for å bli forlatt er ikke uvanlig. Gjentatte selvmordsforsøk, demonstrasjoner, trusler eller selvbeskadigelse er også en del av lidelsesbildet. Kronisk følelse av tomhet er vanlig, og diagnosen er forbundet med forstyrrelser i identiteten i form av vedvarende ustabil selvbilde eller følelse av eget selv. Impulsivitet og manglende selvkontroll på områder som er potensielt selvødeleggende (for eksempel seksualitet, overspising, overforbruk, alkohol- eller narkotikamisbruk) er et annet kjennetegn ved diagnosen, det samme er upassende, intenst sinne eller vansker med å kontrollere sinne. Et sentralt skille mellom ICD-10 og DSM-IV er at den amerikanske manualen inkluderer en tendens til å oppleve forbigående, stressutløste paranoide tanker eller alvorlige dissosiative symptomer (APA, 2000). Hoveddelen av teori- og forskningslitteratur om borderline

personlighetsforstyrrelse er fra USA, noe som innebærer en forståelse av diagnosen som er i tråd med DSM-IV-kriteriene (Karterud et al., 2010).

En person med borderline personlighetsforstyrrelse har altså betydelige vansker i mellommenneskelige relasjoner og et intenst og ustabilt følelsesliv. Torgersen (2008) beskriver tilstanden dynamisk ved at en bristende identitetsfølelse og et svakt ”jeg” ligger til grunn for frykten for å bli forlatt, og andre mennesker er avgjørende for opprettholdelsen av en følelse av å eksistere.

Med vansker i mellommenneskelige relasjoner, ustabilitet, sinne og en tendens til svart/hvitt-tenkning som diagnostiske kriterier, virker det sannsynlig at barn av foreldre med personlighetsforstyrrelsen befinner seg i en sårbar posisjon.

Prevalens

Borderline personlighetsforstyrrelse forekommer i om lag 1 – 1,5 % av befolkningen (Torgersen, 2005). Forekomsten imidlertid betydelig høyere i psykisk helsevern, noe som kan ha sammenheng med risikoatferd, som gjør at utenforstående griper inn (Karterud et al., 2010). Oftest diagnostiseres kvinner med BPD, men enkelte argumenterer for at diagnosen forekommer like ofte hos menn som hos kvinner (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). Det er mulig at kombinasjonen av å være kvinne og det å samtidig ha borderlinetrekke øker sannsynligheten for at man søker hjelp, noe som kan bidra til skjevhet i statistikker (Torgersen et al., 2001). I psykisk helsevern er ca. 83 % av borderlinepasientene kvinner, og forskningslitteraturen har i hovedsak konsentrert seg om kvinner med BPD (Karterud et al., 2010). Enkelte har pekt på at det eksisterer et klinisk bias basert på kjønnsstereotyper, som kommer til uttrykk som en tendens mot å behandle og diagnostisere kvinner framfor menn selv om symptomatologien er identisk (Becker, 1997; Becker & Lamb, 1994).

Det er usikkert hvor mange barn som vokser opp med foreldre med BPD. Når forekomsten av personlighetsforstyrrelsen blant den voksne befolkningen ikke er ubetydelig, gir det imidlertid grunn til å anta at det kan dreie seg om et vesentlig antall barn.

Komorbiditet

Borderline personlighetsforstyrrelser er forbundet med rusavhengighet, bipolar lidelse, spiseforstyrrelser, PTSD, angstlidelser og depressive lidelser. Tilstanden er også assosiert med paranoid, antisosial og histrionisk personlighetsforstyrrelse, og trolig også narsissistisk personlighetsforstyrrelse (Bøye, 2012a; Jørgensen, 2009; Karterud et al., 2010). Samtidige dissosiative tilstander kan forekomme (Jørgensen, 2009). Over halvparten av dem som oppfyller kriteriene for en personlighetsforstyrrelse, oppfyller også kriteriene for en annen psykisk lidelse. Generelt utgjør det å ha en personlighetsforstyrrelse en risiko for andre psykiske lidelser, samtidig som det å ha en annen psykisk lidelse kan innebære en sårbarhet for utvikling av personlighetsforstyrrelser, da den psykiske lidelsen påvirker personligheten (Bøye, 2012b).

Det bør nevnes at det finnes evidens for enkelte kjønnsforskjeller når det gjelder samtidig tilstedeværelse av andre lidelser. Rusmisbruk ser ut til å være vanligere blant mannlige pasienter, mens spiseforstyrrelser oftere forekommer blant kvinner med BPD (Zanarini et al., 1998).

Den hyppige forekomsten av komorbiditet blant personer med en borderlinediagnose sannsynliggjør at en rekke barn vokser opp med foreldre som lider av alvorlige komplekse psykopatologiske tilstandsbilder.

Etiologi

Forståelsen av etiologien bak borderline personlighetsforstyrrelse her endret seg noe siden innføringen av diagnosen i DSM i 1980. Mens de tidligste årsaksforklaringene hovedsakelig var miljøfokuserte, har man beveget seg mot en interaksjonell forklaringsmodell der genetisk predisposisjon og miljøfaktorer gjensidig påvirker hverandre (C. N. White, Gunderson, Zanarini, & Hudson, 2003). Samtidig er årsakene til personlighetsforstyrrelsene komplekse og multifaktorielle (Paris, 1993), og vi vet ennå ikke med sikkerhet hva som forårsaker borderline personlighetsforstyrrelse (Paris, 2009).

Likevel er det enkelte biologiske og psykososiale forhold som peker seg ut som risikofaktorer for å utvikle lidelsen. Man har funnet at tidlig, langvarig separasjon og tap ofte forekommer blant borderlinepasienter. Slike erfaringer forekommer også hyppigere hos personer med BPD enn hos personer med andre personlighetsforstyrrelser, eller affektive- og psykoselidelser (Bateman & Fonagy, 2004; Zanarini & Frankenburg, 1997). Samtidig kan separasjon og tap være en ikke-spesifikk psykologisk risikofaktor for mange former for psykopatologi, og er dessuten vanlig i normale populasjoner (Paris, 1994).

Når det gjelder familieinvolvering, viser forskning at borderlinepasienter opplever forholdet til mødre sine som konfliktfylt, distansert eller uinvolvert. Fars manglende tilstedeværelse og engasjement ser ut til å være mer typisk for denne gruppa enn for andre pasientgrupper, og en dårlig relasjon til begge foreldre forekommer hyppigere hos personer med BPD (Bateman & Fonagy, 2004; Zanarini & Frankenburg, 1997).

Tidlige traumer ser ut til å spille inn på utvikling av personlighetsforstyrrelsen. Hele 60-80 % av borderlinepasienter i psykisk helsevern rapporterer å ha opplevd traumatiske episoder i løpet av oppveksten (Jørgensen, 2009). Samtidig oppfyller 25-50 % av borderlinepasienter som får psykiatrisk behandling kriteriene for en PTSD-diagnose (Jørgensen, 2009). Ofte er pasientenes livshistorie preget av fysisk og seksuelt misbruk, og seksuelt misbruk rapporteres konsekvent oftere av pasienter med BPD enn av deprimerte pasienter eller pasienter med andre personlighetsforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 2004; Zanarini & Frankenburg, 1997). Det likevel grunn til å være varsom med konklusjoner om kausalitet. En metastudie konkluderer med moderat assosiasjon mellom seksuelt misbruk og BPD (Fossati, Madeddu, & Maffei, 1999). Langt fra alle som utsettes for seksuelt misbruk eller andre barndomstraumer utvikler BPD, og 20-40 % av personer med personlighetsforstyrrelsen rapporterer ikke å ha opplevd traumer i barndommen (Jørgensen, 2009). Effekten av traumer interagerer sannsynligvis også med biologiske risikofaktorer (Paris, 1994).

Det er påvist sårbarhet for psykiske lidelser i familiene til personer med BPD. Studier viser at affektive lidelser forekommer hyppig blant førstegradsslektninger av personer med BPD (Zanarini & Frankenburg, 1997), samtidig som det finnes en sterk forbindelse mellom BPD, og rusmisbruk og antisosial personlighetsforstyrrelse blant familiemedlemmer (C. N. White et al., 2003). Borderline personlighetsforstyrrelse forekommer også relativt sett hyppigere hos førstegradsslektninger av dem som selv har diagnosen (Zanarini & Frankenburg, 1997).

Videre er borderline personlighetsforstyrrelse assosiert med et sårbart temperament kjennetegnet av høy grad av nevrotisisme og lav medmenneskelighet ("agreeableness") (Zanarini & Frankenburg, 1997). På samme tid er BPD den eneste av

akse-II-forstyrrelsene som er forbundet med både høy grad av ubehagsunngåelse ("harm avoidance") og spenningssøken ("novelty seeking") (Zanarini & Frankenburg, 1997).

Personlighetsforstyrrelser synes å være genetisk betingede, men arvbarhetsestimater varierer for de ulike forstyrrelsene. Når det gjelder BPD, anslår Kendler og kolleger (2008) et estimat på 0.37, mens Torgersen og kolleger (2000) oppgir et atskillig høyere estimat, på hele 0.69, basert på tvillingstudier.

Strukturelle og funksjonelle avvik i nevralt nettverk hos personer med BPD, i form av hyperreaktivitet i amygdala, og reguleringsvansker i orbifrontal- og prefrontal cortex, ser ut til å være assosiert med emosjonell dysregulering hos denne gruppen. Nevrobiologiske avvik kan resultere i forhøyet sensitivitet overfor negative emosjoner, og en tendens til å tolke tvetydige eller nøytrale stimuli negativt (Domes, Schulze, & Herpertz, 2009). Dysregulert serotonerg aktivitet hos pasienter med BPD kan muligens forklare impulsivitetsproblematikk hos denne gruppa (Hollander et al., 1994; Minzenberg & Siever, 2005; Paris et al., 2004).

Selv om man fortsatt mangler kunnskap om virkningsmekanismer i utviklingen av borderlinepatologi, har man identifisert en rekke faktorer som denne pasientgruppa ser ut til å ha felles. Når genetiske og miljømessige forhold antas å interagere i utviklingen av diagnosen, får dette konsekvenser for hvordan skjevutvikling hos barna kan forstås. Barn av foreldre med en borderlinediagnose er trolig både genetisk sårbare, og samtidig spesielt utsatt for belastende miljøpåvirkning.

Barn av psykisk syke foreldre: forekomst og håndtering i helsevesenet

De siste årene har situasjonen til barn av psykisk syke foreldre fått økt oppmerksomhet. Det har blitt fremholdt at denne gruppa har hatt en tendens til å bli oversett av hjelpeapparatet, en forbigåelse som har gitt disse barna, sammen med barn

av rusmiddelavhengige foreldre, tilnavnet ”de usynlige barna” (Rimehaug, Børstad, Helmersberg, & Wold, 2006). Forskning peker mot at gruppa er alvorlig belastet og har høyere risiko for skjevutvikling (Barnow et al., 2006; Beardslee, Versage, & Gladstone, 1998; Feldman et al., 1995; Weiss et al., 1996), men likevel har mange trolig ikke fått den hjelpen de har hatt behov for (Torvik & Rognmo, 2011).

Det nye fokuset på disse barna har resultert i at helsepersonell siden 2009 er lovpålagt å ivareta mindreårige barn som pårørende ved å tilby informasjon og nødvendig oppfølging (Helsepersonelloven § 10a, 2009). Helseforetak, private sykehus og institusjoner som har avtale med helseforetak, skal ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a, 2009).

Tall fra SINTEF (Lilleeng et al., 2009) viser at minst 65.000 barn i Norge har foreldre som får poliklinisk behandling for psykiske lidelser, og i tillegg er det et stort antall barn med psykisk syke foreldre som ikke søker hjelp. En relativt fersk rapport fra Folkehelseinstituttet estimerer at 410.000 (37,3 %) norske barn har en eller to foreldre med en psykisk lidelse. Dersom man bare teller klart alvorlige lidelser, rammes 115 000 barn (10,4 %) av foreldres psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011).

Selv om det er stor variasjon mellom enkeltindivider, har man som barn av foreldre med psykiske lidelser en forhøyet risiko for å oppleve alvorlige negative utfall (Berg-Nielsen, 2010). Enkelte anslag peker mot at barn av foreldre med psykiske lidelser har fordoblet risiko for en rekke alvorlige negative følger, sammenlignet med barn av foreldre uten psykiske plager. Når det gjelder psykiske lidelser blant barn og ungdom kan om lag en fjerdedel av risikoen tilskrives psykiske lidelser blant foreldrene (Torvik & Rognmo, 2011). Risikoen for negative utfall hos barna ser ut til å være

spesielt høy når foreldrene har alvorlige lidelser. At begge foreldre har psykiske lidelser innebærer forhøyet risiko for skjevutvikling, og særlig høy risiko antas det å være dersom begge foreldrene har alvorlige psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011).

De fleste studiene har tatt for seg barn av foreldre med depressive lidelser (Beardslee et al., 1998; Berg-Nielsen, Vikan, & Dahl, 2002; Kochanska, Clark, & Goldman, 1997), men det er likevel nærliggende å tro at også barn med personlighetsforstyrrede foreldre kan være i risiko for å lide overlast. Mens symptomlidelsene kan være av forbigående karakter, er personlighetsforstyrrelsene kjennetegnet ved at avvik i tankemønstre, følelshåndtering og mellommenneskelig atferd manifesterer seg tidlig, og at personlighetstrekkene er forholdsvis stabile over tid (Torgersen, 2008). Selv om man i dag ser mer positivt på prognosen for et relativt godt funksjonsnivå ved hjelp av behandling, må man som utgangspunkt forvente at psykologisk fungering i tråd med en borderlinediagnose er langvarig (Jørgensen, 2009). Dette betyr at foreldre med borderline personlighetsforstyrrelse kan risikere å utsette barna sine for betydelige belastninger over lengre tid.

Når det gjelder forekomsten av personlighetsforstyrrelser generelt blant foreldre opererer Folkehelseinstituttet med tall på 5.6 % for mødre og 3.7 % for fedre (Torvik & Rognmo, 2011). Man vet ikke med sikkerhet hvor mange norske barn som har en forelder med en borderlinediagnose. Uavhengig av hvor mange barn dette kan dreie seg om, er kunnskap om forhold som påvirker foreldrenes fungering og hva som kjennetegner foreldre-barn-samspillet, avgjørende for å kunne hjelpe disse familiene.

Få studier har undersøkt barn av foreldre med personlighetsforstyrrelser (Berg-Nielsen, 2010; Kohl, Jonson-Reid, & Drake, 2011; Macfie, 2009). Manglende sykdomsinnsikt, og dermed er lite behandlingsmotivasjon, blant foreldrene kan være en

del av forklaringen. Mens symptomlidelsene gjerne er ego-dystone, og symptomene oppleves som jeg-fremmede og plagsomme, oppleves oftest personlighetsforstyrrelsene som ego-syntone, det vil si ikke fremmed for en selv (Evang, 2010), noe som kan tenkes å bidra til lav hjelpsøkingssatferd. Slik blir kanskje foreldre med borderlinefungering mindre tilgjengelige for forskere som ønsker å studere barna deres (Berg-Nielsen, 2010). De studiene som finnes, gir imidlertid grunn til bekymring for barnas utvikling. Mye tyder på at barn av foreldre med borderline personlighetsforstyrrelse blir utsatt for større påkjenninger enn barn av foreldre med andre personlighetsforstyrrelser (Barnow et al., 2006; Weiss et al., 1996).

Selv om helsepersonell er forpliktet til å ivareta disse barnas behov, kan gruppa være vanskelig å fange opp. Dette kan bety at mange barn i utviklingsmessig risiko ikke blir oppdaget av hjelpeapparatet. Tidlig identifisering og intervensjon kan være avgjørende for å hjelpe familiene med etablering av interaksjonsmønstre som er mer utviklingsfremmende for barna (Newman, Stevenson, Bergman, & Boyce, 2007), og kunnskap og bevissthet omkring forhold som både fremmer og hemmer sunn utvikling hos barn av foreldre med BPD er nødvendig.

Hva vet vi om barn av mødre med borderline personlighetsforstyrrelse?

Den første studien av barn med personlighetsforstyrrede foreldre kom i 1984 (Rutter & Quinton, 1984). Blant barn av psykiatriske pasienter ble det funnet stor opphopning av emosjonelle problemer og atferdsvansker, og høyest risiko for utvikling av psykiske vansker fant man blant barn som hadde foreldre med personlighetsforstyrrelser preget av fiendtlighet. Denne studien skilte imidlertid ikke tydelig mellom de ulike personlighetsforstyrrelsene. En tidlig klinisk studie av ni barn av mødre med BPD fant at alle barna hadde forsinket emosjonell utvikling og utviste

forstyrret atferd, og alle ble vurdert som å ha behov for psykologisk behandling (Danti, Adams, & Morrison, 1985).

På tross av Rutter & Quintons tidlige og urovekkende funn vedrørende skjevutvikling hos barn av personlighetsforstyrrede foreldre, har lite forskning fokusert på disse barna siden den gang (Berg-Nielsen, 2010; Kohl et al., 2011) Noen forhold har imidlertid blitt studert, og enkelte funn synes å peke seg ut.

Familiemiljø

Studier som har undersøkt oppvekstrammene til barn av foreldre med BPD, finner at familier der mor har en borderlinediagnose er mer ustabile enn sammenlikningsgruppene (Feldman et al., 1995). Miljøet i disse familiene ser ut til å være preget av lavere samhold og organisering enn i familier der mødre har andre personlighetsforstyrrelser. Familiene med mødre med BPD synes å være kjennetegnet ved flere endringer i husholdningssammensetning, flere skolebytter grunnet flytting, og flere omplasseringer av mindreårige barn vekk fra mor. Disse barna, som i gjennomsnitt var 12 år, ble også signifikant oftere eksponert for narkotika eller-alkoholmisbruk, samt selvmordsforsøk hos foreldrene (Feldman et al., 1995).

Psykopatologi og psykososiale vansker hos barna

Weiss og kolleger (1996) studerte det samme utvalget som Feldman og kolleger ett år senere, og fant at barn av mødre med borderlinifungering hadde signifikant flere psykiatriske diagnoser enn barn av mødre med andre personlighetsforstyrrelser. Disse inkluderte ADHD, atferdsforstyrrelser og ”barneborderline”. Barna hadde også signifikant lavere globale tilpasningsskårer enn kontrollbarna, med moderat til alvorlig nedsatt sosial fungering. Denne studien fant imidlertid ingen forskjeller mellom

gruppene når det gjaldt frekvensen av eksponering for traumer, samtidig som mer enn 90 % av barna i begge gruppene hadde blitt eksponert for traumer i større eller mindre grad (Weiss et al., 1996).

I en sammenlikningsstudie av barn av mødre med BPD og barn av mødre med depressive lidelser, cluster C personlighetsforstyrrelser, og mødre uten psykiske lidelser, ble det også funnet høyere forekomst av emosjonelle vansker og atferdsproblemer blant barn av borderlinemødre (Barnow et al., 2006). Disse barna, som i gjennomsnitt var 15 år, rapporterte i tillegg å ha spesielt lav selvtillit, og man fant at selvmordstanker forekom hyppigere blant dem enn i kontrollgruppene. Barn av mødre med BPD hadde dessuten høyere skårer på temperamentsdimensjonen ubehagsunnagåelse, og opplevde mødrene sine som mer overbeskyttende (Barnow et al., 2006). Ved oppfølging fem år senere var opphopningen av psykopatologi i utvalget fortsatt forhøyet, og man fant en sammenheng mellom subkliniske nivåer av BPD hos mor og BPD-symptomer hos ungdommene (Barnow et al., 2012).

Barn (6-14 år) av foreldre med samtidig MDD og BPD ser ut til å ha høyere nivåer av depressive symptomer, og høyere nivåer av kognitive og interpersonlige sårbarhetsfaktorer enn barn av foreldre med MDD uten BPD (Abela, Skitch, Auerbach, & Adams, 2005). Forholdet mellom BPD hos foreldre og barnas nivåer av depressive symptomer ble delvis mediert av kognitive sårbarhetsfaktorer som pessimistisk attribusjonsstil, selvkritikk og lav selvtillit hos barnet. Interpersonlige sårbarhetsfaktorer som avhengighet, usikker tilknytning og overdreven søken etter forsikringer og bekreftelse hadde også en medierende effekt på assosiasjonen (Abela et al., 2005).

Andre har funnet at foreldres selvrapporterte symptomer på BPD, hovedsakelig på et subklinisk nivå, har sterk effekt på barnas psykiatriske symptomer allerede i

førskolealder (Berg-Nielsen & Wichström, 2012). Sammenhengen var sterkest når foreldrene ikke bodde sammen. Foreldrenes selvopptatthet og impulsive aggressivitet ble antatt å påvirke utviklingen av både eksternaliserende og internaliserende vansker hos barna.

En betydelig sammenheng mellom BPD-symptomer hos mødre og negative psykososiale utfall for deres 15 år gamle barn har også blitt påvist, en sammenheng som vedvarte når man kontrollerte for langvarig MDD eller dystymi hos mor og depressive symptomer hos ungdommene (Herr, Hammen, & Brennan, 2008). Høyere andel av BPD-symptomer hos mor var forbundet høyere rapportering av å ha vansker med å få venner og bli sosialt akseptert blant ungdommene. En doktorgradsavhandling har funnet forhøyet risiko for psykososiale problemer og atferdsvansker, og generelt lavere fungering, blant 10-17-årige barn av mødre med BPD (Schacht, 2003).

Samspill og foreldreatferd

Borderline-psykopatologi hos mødre ser ut til å være forbundet med dysfunksjonelle mor-barn-interaksjoner allerede når spedbarnet er to måneder (Crandell, Patrick, & Hobson, 2003). Under et forsøk med tre faser av interaksjon, inkludert ”still-face”-prosedyren, ble borderlinemødrene vurdert som å være mer ”invaderende insensitive” enn kontrollmødrene uten psykiatiske diagnoser. Etter perioden der mor var instruert til å forholde seg ikke-responderende, virket interaksjonen mindre tilfredsstillende, og barna så mindre på mor, hadde flere avflatede blikk, og framsto med nedsatt affekt. Barnets reaksjoner ble her tolket som uttrykk for dysfunksjonell selvregulering (Crandell et al., 2003).

Mødre med BPD ser ut til å smile mindre, gi mindre fysisk kontakt, og i mindre grad imitere sine 3 måneder gamle spedbarn, enn kontrollmødre med MDD og mødre

uten psykiske lidelser (H. White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011). Spedbarn av borderlinemødre i den samme studien smilte og vokaliserte mindre enn barn av mødre med MDD og barn av mødre uten diagnoser.

Hobson, Patrick, Crandell, Garzia-Perez & Lee (2005) studerte mor-barn-interaksjon og tilknytningsmønstre hos 12 måneder gamle barn, her bestod utvalget delvis av de samme barna som hos Crandell og kolleger (2003). Samspill i tre ulike situasjoner ble vurdert, blant dem fremmedsituasjonen. Sammenliknet med barn av mødre uten psykiatriske diagnoser ble barn av mødre med borderlinefungering vurdert som å ha lavere evne til positivt engasjement under samspill, de hadde lavere skårer på stemning og atferdsorganisering, i tillegg til å utvise færre positive interpersonlige blikk. En høyere andel av barna (8 av 10) ble kategorisert som å ha desorganisert tilknytning. Også her ble mødrene ratet som mer invaderende insensitive under lek (Hobson et al., 2005).

En senere studie sammenliknet 12-18 måneder gamle barn av mødre med BPD med barn av deprimerte mødre og mødre uten psykiske lidelser, og fant at en høyere andel av mødrene (85 %) hadde forstyrret affektiv kommunikasjon med barna sine (Hobson et al., 2009). Det var også et skille mellom mødrene når det gjaldt forekomst av fryktsom og desorientert atferd, et mønster som er assosiert med desorganisert tilknytning hos barn. Forfatterne konkluderer med at borderline personlighetsforstyrrelse blant mødre er assosiert med dysregulert mor-spedbarn-kommunikasjon.

En annen studie sammenliknet mor-barn-interaksjon i familier der mor har BPD med samspill i familier der mor ikke har en borderlinediagnose, og fant at borderlinemødrene generelt framstår mindre sensitive, og utviser mindre strukturering i

samhandling med barna sine (3-36 måneder) (Newman et al., 2007). Barna ble vurdert som å være mindre oppmerksomme, mindre interesserte, og mindre ivrige etter å interagere med mødrene. Samtidig rapporterte mødrene å være mindre tilfredse, mindre kompetente, og mer stressede enn kontrollmødrene.

Man har også funnet at kvinner med klinisk relevante nivåer av borderlinepatologi viser mindre positiv affekt enn kvinner uten borderlinepatologi som respons på stress hos spedbarna sine (12-23 måneder) (Kiel, Gratz, Moore, Latzman, & Tull, 2011). Den samme studien fant imidlertid ikke forskjeller mellom mødrene når det gjaldt omfang av insensitiv foreldreatferd, verken generelt eller som reaksjon på opplevd stress hos barnet. Likevel så man at sannsynligheten for å utvise insensitiv foreldreatferd endret seg over tid hos mødrene med BPD, og økte signifikant når barnet opplevde stress over lengre perioder, et mønster som ikke forekom hos kontrollmødrene. I tråd med en transaksjonell forståelse fant man at mors respons på barnets stressreaksjon påvirket barnets stressnivå, med økt sannsynlighet for at ubehaget avtok når mor viste positiv affekt, og økning i stress som følge av insensitiv atferd hos mor.

Macfie & Swan (2009) sammenliknet barn (4-7 år) av mødre med BPD med barn av mødre uten BPD, begge mødregruppene hadde lav sosioøkonomisk status. Når barn av borderlinemødre ble bedt om å fullføre ufullstendige fortellinger, inneholdt historiene mer rollereversering, mer frykt for å bli forlatt, og flere negative forventninger til forholdet til både mor og far. I tillegg ble historiene vurdert som å inneholde flere usammenhengende og skamfulle representasjoner av selvet, og vitnet om dårligere emosjonsregulering indikert av mindre tydeligere grenser mellom fantasi

og virkelighet, mellom fantasi og selvet, mindre narrativ sammenheng, og noe økt forekomst av traumatiske tema.

Også blant eldre barn ser interaksjonen i disse dyadene til å avvike fra kontrollgrupper. I en sammenlikning av 15-årige barn av mødre med depresjon, komorbid depresjon og BPD, og mødre uten diagnoser, fant man hyppigere selvrapporterte fryktsomme tilknytningsmønstre og opplevd fiendtlighet fra mødrene blant ungdommer der mødre hadde begge diagnoser. Stress i foreldre-barn-relasjonen ble også vurdert som forhøyet i denne gruppa (Herr et al., 2008).

Personlighetsforstyrrelser hos foreldre ser ut til å være forbundet med barneoppdragelse preget av høyere nivåer av kontroll og avvisning, inkonsistent disiplin, dårlig kommunikasjon, mindre samvær med barnet, mindre hengivenhet, og mindre skryt og oppmuntring (J. G. Johnson, Cohen, Kasen, Ehrensaft, & Crawford, 2006). Sannsynligheten for utøvelse av ulike typer problematisk foreldreatferd er funnet å være mer enn tre ganger høyere blant personlighetsforstyrrede foreldre enn blant foreldre uten personlighetsforstyrrelser (J. G. Johnson et al., 2006).

Weiss og kolleger (1996) fant i sin studie at 57 % av barna ble utsatt for neglekt, mens 62 % hadde blitt fysisk misbrukt i familier der mor hadde en borderlinediagnose. En amerikansk studie av mødre som hadde mistet omsorgen for barna sine grunnet misbruk eller neglekt, fant at 50 % av mødrene hadde klinisk signifikante selvrapporterte nivåer av borderlinetrek, mens 19 % hadde selvrapporterte skårer som var forenlige med en borderlinediagnose. Forfatterne konkluderer med at borderlinetrek hos mor kan predikere inngripen fra barnevernet (Perepletchikova, Ansell, & Axelrod, 2012).

Oppsummering av funn og metodologiske begrensninger

Det synes rimelig å konkludere med at barn av foreldre med BPD har forhøyet risiko for utvikling av psykopatologi og psykososiale vansker. Samtidig avviker samspillet mellom borderlinefungerende mødre og barna deres betydelig i negativ retning i forhold til interaksjonen i kontrollgruppene.

Det bør imidlertid nevnes at utvalgene i studiene ofte er nokså små, noe som kan begrense generaliserbarheten av funnene. Generaliserbarheten kan også være truet av at de fleste studiene baserer seg på mødreutvalg fra pasientgrupper med et behandlingstilbud, ikke på utvalg fra normalpopulasjonen.

Et annet metodologisk problem er at mange studier i stor grad baserer seg på mødrerapportering. Dette kan tenkes å bidra til underrapportering av vansker, da opplysninger som kan gi mistanke om dårlig foreldrefungering kan utløse frykt for ytre inngripen som omsorgsovertakelse. Skepsis til hjelpeapparatet er et utbredt fenomen blant denne gruppa (Berg-Nielsen, 2010). Få av studiene har tatt hensyn til barnas rapportering av opplevde vansker.

Flere av studiene har ikke kontrollert for den potensielle innflytelsen av komorbiditet hos mødrene, noe som gjør det vanskelig å konkludere med at det nettopp er mors borderlinediagnose- eller symptomer som er forbundet med vansker hos barna.

Noe overraskende var det også å oppdage at studiene i all hovedsak fokuserer på mødre med BPD. Far er så godt som fraværende i forskningen på feltet.

Sammenhenger mellom mors borderlinediagnose og skjevutvikling hos barnet

Selv om det er påvist en sammenheng mellom BPD hos mor og skjevutvikling hos barnet, er det ikke grunn til å anta et én-til-én-forhold mellom mors diagnose og barnets fungering. Man kan vanskelig tenke seg at diagnosen per se forårsaker

eksempelvis psykopatologi, lav selvtillit, utrygg tilknytning eller maladaptive selvrepresentasjoner hos barnet. Mellomliggende variabler kan antas å spille inn.

Oppvekstmiljø og belastende livshendelser

Vi har sett at familier med en forelder med BPD kjennetegnes av ustabilitet, mindre samhold og en uorganisert hverdag (Feldman et al., 1995). Barna opplever blant annet signifikant flere skolebytter grunnet flytting, og blir oftere fjernet fra hjemmet. I Weiss og kollegers studie (1996) hadde 24 % av barna en historie med plassering vekk fra familien (blant annet på institusjon).

Stabilitet i omsorgssituasjonen anses som viktig for at et barn skal oppleve trygghet, og hyppige omveltninger kan tenkes å oppleves som kaotiske og overveldende for barnet (Ackerman, Kogos, Youngstrom, Schoff, & Izard, 1999). Det er påvist en sammenheng mellom grad av ustabilitet i oppvekstmiljøet og tilpasningsvansker hos barn, og barn som opplever atskillelser fra omsorgspersoner og hyppige flyttinger viser som gruppe dårligere fungering på ulike utviklingsområder (Adam, 2004). Tap av kjent miljø, aktiviteter og sosial støtte, og nedsatt foreldrefungering, kan være deler av årsaken til at ustabilitet gir negative utfall hos barna (Adam, 2004). Vedvarende ustabilitet i hjemmesituasjon ser ut til å være spesielt problematisk, og er forbundet med både internaliserende og eksternaliserende vansker hos barn (Ackerman et al., 1999).

Ustabile familiemiljøer utgjør altså i seg selv en risiko for skjevutvikling hos barn, uavhengig av om foreldrene har psykiske lidelser. Dersom barnet blir empatisk ivaretatt under omveltningprosesser, vil slike situasjoner bli mer forståelige og håndterbare for barnet. Når man vet at personer med BPD er sårbare for stress, og at diagnosen er forbundet med affektiv ustabilitet, er det imidlertid sannsynlig at

forelderens opplevelse av ubehag og indre kaos kan bli så overveldende at det blir vanskelig å romme barnets emosjonelle reaksjoner.

Lavt familiesamhold og høy ustabilitet er sannsynligvis ikke et direkte resultat av mors diagnose, og hjem med en forelder med borderlinefungering er ikke per definisjon kaotiske. Med en tendens til følelsesmessige svingninger og impulsivitet, er det likevel sannsynlig at mødrenes evne til å håndtere konflikter på en hensiktsmessig måte periodevis vil være svekket, og at kortsiktige løsninger, som midlertidig flytting, vil kunne oppleves som et gunstig alternativ. Et mønster av gjentatte samlivsbrudd og gjenforeninger er ikke uvanlig i forhold der en av partene har en borderlinediagnose (Bouchard, Sabourin, Lussier, & Villeneuve, 2009).

At ustabile hjemmemiljøer forekommer hyppigere i familier med en borderlineforelder kan delvis sees som resultat av mors svake fungering i nære relasjoner, samtidig som dette klimaet vil påvirke mors opplevde nivåer av stress og utilstrekkelighet, som igjen kan få konsekvenser for hennes foreldreevne. Misnøye hos mor kan sannsynligvis gå utover hennes evne til å være sensitiv og empatisk tilgjengelig overfor barna sine (Feldman et al., 1995; Newman et al., 2007).

Selv om barn av foreldre med en borderlinediagnose muligens ikke eksponeres for flere traumer enn barn av foreldre med andre personlighetsforstyrrelser, utsettes gruppa for flere traumer enn barn av foreldre uten psykiske lidelser (Weiss et al., 1996). I følge DSM-IV er et traume en situasjon der ”en person opplever, er vitne til, eller blir konfrontert med en eller flere hendelse(r) som innebærer faktisk, eller trussel om, død eller alvorlig skade, eller trussel om fysisk skade mot seg selv eller andre” (APA, 2000, s. 467, egen oversettelse). Personens reaksjoner innebærer intens redsel, hjelpeløshet eller skrekk, og hendelsene utgjør en betydelig risiko for utvikling av psykiske vansker.

Blant annet er det anslått at 36 % av barn utsatt for traumatiske hendelser vil utvikle posttraumatisk stresslidelse (Fletcher, 1996). Samtidig finner studier økt forekomst av angstlidelser, depressive plager, sosiale vansker, skolerelaterte problemer, rusmisbruk og annen risikoatferd blant unge som har blitt utsatt for traumer (Dube, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003; Pynoos, Steinberg, & Piacentini, 1999).

Weiss og kolleger (1996) fant at 33 % av barna hadde blitt misbrukt seksuelt. Metastudier finner at seksuelt misbruk i barndommen er en risikofaktor for utvikling av psykopatologi (Chen et al., 2010; Maniglio, 2009), og overgrep i barndommen er blant annet forbundet med senere angst, depresjon, spiseforstyrrelser, PTSD, søvnforstyrrelser og selvmordsforsøk (Chen et al., 2010). Nedsatt sosial fungering og interpersonlige vansker er også assosiert med seksuelt misbruk i barndommen (Maniglio, 2009). Det ser ut til å være en mer spesifikk korrelasjon mellom seksuelt misbruk i barndommen og BPD enn mellom seksuelt misbruk i barndommen og andre psykiatriske syndromer (Figueroa, Silk, Huth, & Lohr, 1997).

I Weiss og kollegers studie (1996) hadde hele 62 % av barna i borderlinefamiliene blitt fysisk misbrukt, og 57 % ble vurdert som å ha blitt alvorlig neglisjert. Det bør nevnes at utvalget i denne studien bare bestod av 21 barn, og funnene har ikke senere blitt replikert. Dersom forekomsttallene er representative for denne gruppa, er de imidlertid svært alarmerende. Foreldreatferd preget av misbruk er en av de mest potente prediktorene for utvikling av senere psykopatologi (Ammerman, Cassisi, Hersen, & Van Hasselt, 1986; Carlin et al., 1994; Mrazek, Mrazek, & Klinnert, 1995). Perepletchikova og kolleger (2012) fant at selvrapporterte borderlinetrek hos mor kunne predikere involvering fra barnevernstjenesten, noe som understreker viktigheten

av kunnskap og bevissthet hos helsepersonell omkring risikoen for misbruk og neglekt i disse familiene.

Å være vitne til selvskading eller selvmordsforsøk hos foreldrene, voldsomme foreldrekonflikter og vold er relativt vanlig blant disse barna (Weiss et al., 1996). Foreldres trusler om eller utførelse av selvbeskadigelse, og selvmordsatferd, vil sannsynligvis virke svært skremmende for barn. Selvmordsforsøk forekommer også hyppigere blant personer som har blitt eksponert for selvmordsatferd i barndommen sammenliknet med kontrollgrupper (Burke et al., 2010). Å være vitne til vold mellom foreldre er blant annet assosiert med atferdsvansker, emosjonelle problemer, og nedsatt sosial fungering hos barnet (Fletcher, 1996).

Barn av mødre med BPD eksponeres også oftere for foreldres narkotika- og alkoholmisbruk (Feldman et al., 1995), noe som i seg selv er forbundet med utvikling av psykiske vansker (Torvik & Rognmo, 2011). Når psykopatologi hos denne barnegruppa forekommer hyppigere enn blant andre barn, er det tenkelig at eksponering for skremmende situasjoner i hjemmet utgjør en del av bildet.

Det er altså sannsynlig at denne barnegruppa opplever mer ustabilitet i hjemmet, og blir utsatt for, eller er vitne til, flere truende situasjoner i oppvekstmiljøet sitt enn barn av mødre uten påvist psykopatologi og barn av mødre med andre personlighetsforstyrrelser. Sannsynligheten for at barna er traumatiserte er trolig betraktelig forhøyet, noe som potensielt kan få alvorlige konsekvenser for deres psykiske helse. Helsepersonell må ha bevissthet omkring at denne gruppa er spesielt utsatt for misbruk i hjemmet.

Mors partner

Vi vet minimalt om foreldrefungering til fedre med BPD. Samtidig har man begrenset kunnskap om hvordan en borderlinefungerende mors partnervalg kan påvirke barnets utvikling. Det er naturlig å tenke at en støttende partner vil kunne bidra til å moderere en uheldig påvirkning fra en mor med BPD, og at en slik figur potensielt kan være en beskyttende faktor mot uheldig utvikling hos barnet, både ved å være emosjonelt tilgjengelig for barnets behov, og ved å skape stabilitet i omsorgssituasjonen (Anke, 2012). Man vet blant annet at fars mentale helse har en modererende effekt på sammenhengen mellom depressive symptomer hos mor og depressive symptomer hos barnet (Gere et al., 2012).

En fersk studie har sett på effekten av samboerskap mellom biologiske foreldre når en av dem har symptomer på en personlighetsforstyrrelse, og fant at selvrapporterte symptomer hos borderlineforelderen i mindre grad predikerte emosjonelle- og atferdsvansker hos barna når foreldrene levde sammen (Berg-Nielsen & Wichström, 2012). Det er altså mulig at far kan ha en viktig rolle i å beskytte mot en uheldig påvirkning fra mor, og omvendt.

Selv om individer med personlighetsforstyrrelser har lavere sannsynlighet for å få barn enn hva andre har (Feldman et al., 1995; Torvik & Rognmo, 2011), vet man at mellom 20 og 30 % av pasienter med BPD er involvert i parforhold (Bouchard et al., 2009). Samtidig har man påvist en tendens til at psykisk syke oftere enn personer uten psykiske lidelser finner partnere som er psykisk syke (Evang, 2010; Meyler, Stimpson, & Peek, 2007). Når det gjelder partnerne til kvinner med BPD, har man funnet at nær halvparten oppfyller kriteriene for én eller flere personlighetsforstyrrelser (Bouchard et al., 2009). Legger man disse funn til grunn, er det rimelig å anta at far, i konstellasjoner

hvor mor har en borderlinediagnose, i mange tilfeller kan forsterke barnas negative oppvekstbetingelser. I parforhold der kvinnen har BPD rapporterer begge parter at de er mindre tilfredse med forholdet sitt, partene skårer høyere på utrygg tilknytning, og det forekommer mer vold enn i par uten psykopatologi (Bouchard et al., 2009).

Man har begrenset kunnskap om hvordan psykopatologi hos far påvirker foreldrefungeringen hans, men man har funnet en markant sammenheng mellom psykiatriske symptomer hos far og dårlig tilpasning hos barna (Phares & Compas, 1992). Psykopatologi hos far ser ut til å ha større effekt på eksternaliserende enn internaliserende vansker hos barna. Psykiske lidelser hos far er trolig en risikofaktor for skjevutvikling hos barna i like stor grad som psykopatologi hos mor er det (Phares & Compas, 1992).

Feldman og kolleger (1995) fant at barn av mødre med BPD oftere enn barn av mødre med andre personlighetsforstyrrelser ble utsatt for kronisk verbalt misbruk av sine fedre. Det ble imidlertid ikke funnet forskjeller mellom gruppene når det gjaldt fysisk misbruk fra fedrene. Psykologisk barnemishandling, i form av latterliggjøring, trusler om skade, og emosjonelt misbruk, anses som å være minst like skadelig som fysisk mishandling eller neglekt, og kan forårsake langvarige psykiske problemer hos barn (McGuigan & Pratt, 2001). I denne studien var fedrene som gruppe ikke beskyttende, ettersom de stort sett var fraværende, ofte misbrukte narkotika og alkohol, og framsto invaderende og verbalt misbrukende overfor barna (Feldman et al., 1995).

Funnet peker mot at fars dårlige foreldrefungering i familier der mor har en borderlinediagnose kan øke sannsynligheten for psykiske vansker hos barna. Hvis mors psykiske helse hindrer henne i å fungere i dagliglivet, vil dette kanskje bidra til å svekke optimal foreldrefunksjon hos partneren hennes også. I parforhold der en av partene har

en personlighetsforstyrrelse, skårer begge lavere på opplevd tilfredshet med relasjonen (Bouchard & Sabourin, 2009; Whisman, Tolejko, & Chatav, 2007). En studie fant at 40 % av partnerne til kvinner med BPD ble vurdert som å ha klinisk forhøyede stressnivåer, noe som var betydelig høyere enn for kontrollparene uten psykiatriske diagnoser (Bouchard et al., 2009). Det er sannsynlig at de emosjonelle belastningene det kan medføre å leve med en alvorlig psykisk syk partner er med på å redusere også den andre partnerens omsorgskapasitet overfor barna.

Det generelle fraværet av fokus på far i psykologisk forskning generelt, og mangelen på studier av fars foreldrefungering ved BPD spesielt, kan være et uttrykk for et normativt syn der mors rolle som omsorgsperson tillegges større verdi, noe som i høyeste grad kan diskuteres. Muligens kan det også være et resultat av at fedre som tilfredsstillende kriteriene for en borderlinediagnose ikke fanges opp av hjelpeapparatet. Det er uansett avgjørende at man får en bedre forståelse av fars rolle, både når det gjelder hans foreldrefungering ved borderline personlighetsforstyrrelse, og på hvilke måter han eventuelt best kan gi barnet sitt utviklingsstøtte som partner til en mor med BPD.

Basert på forskning som konkluderer med at kvinner med BPD som gruppe oftere velger partnere med alvorlige psykiske lidelser, kan man anta at mange fedre eller farsfigurer i disse hjemmene vil ha vansker med å være kjærlige, responsive og sensitive overfor barna. Samtidig er det sannsynlig at flere av barna har fedre eller stefedre med adekvat foreldrefungering, noe som kan beskytte mot uheldig påvirkning fra en dårlig fungerende mor.

Rus og vold

Personlighetsforstyrrelser hos foreldre er forbundet med inkonsistent oppdragelse, lite skryt og oppmuntring og dårlig kommunikasjon, også når man kontrollerer for foreldres komorbide rusmisbruk (J. G. Johnson et al., 2006). Samtidig er det slik at borderlinediagnosen ofte opptrer sammen med rusproblematikk, og studier peker mot at over halvparten av dem som er diagnostisert med BPD også oppfyller kriteriene for en ruslidelse (Dulit, Fyer, Haas, Sullivan, & Frances, 1990; Pennay et al., 2011; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2004).

Som gruppe opplever barn som vokser opp med alkoholmisbrukende foreldre oftere negative psykososiale konsekvenser (Torvik & Rognmo, 2011). Generelt har barna økt risiko for eksternaliserende vansker som atferdsforstyrrelser og ungdomskriminalitet, og internaliserende vansker som depresjon og angstlidelser. Barna begynner gjerne å drikke tidligere enn andre barn, og har større sannsynlighet for selv å utvikle alkoholproblemer (Klostermann & Kelley, 2009). Barn av foreldre som misbruker alkohol har som gruppe forhøyet risiko for å oppleve omsorgssvikt og mishandling, og risikoen for å oppleve psykisk misbruk forhøyes ytterligere dersom begge foreldrene har et alkoholproblem (Torvik & Rognmo, 2011). Igjen ser vi at mors partner kan ha avgjørende betydning for utfall hos barnet, noe som antas å gjelde på godt og vondt. Samtidig bør det nevnes at mange barn som vokser opp med en alkoholisert forelder vil ha en normal psykososial utvikling (S. L. Johnson & Jacob, 1995; Torvik & Rognmo, 2011).

Det er en veldokumentert sammenheng mellom alkoholmisbruk og vold, og mellom narkotikamisbruk og voldelig atferd (H. R. White, 1997). Forskning har pekt på at en kombinasjon av alkoholmisbruk hos foreldre og utøvelse av vold i

foreldrerelasjonen kan ha spesielt skadelig virkning på barnet (Klostermann & Kelley, 2009). Når man vet at nettopp intense og ustabile nære relasjoner er vanlig blant personer med BPD, i tillegg til at mange har nedsatt impuls kontroll og dårlig affektregulering, er det nærliggende å tenke at sannsynligheten for utøvelse i partnervold er forhøyet, kanskje særlig i de tilfellene der begge foreldrene har en personlighetsforstyrrelse. Å være vitne til vold mellom foreldre er i seg selv en kjent risikofaktor for skjevutvikling hos barn (Fletcher, 1996). Samtidig representerer slike handlinger økt risiko for vold mot barnet selv (McGuigan & Pratt, 2001; Rumm, Cummings, Krauss, Bell, & Rivara, 2000). Den emosjonelle påvirkningen på barnet ved å vokse opp i et hjem der voldelig atferd er akseptert må heller ikke overses.

Man har relativt lite kunnskap om forekomsten av interpersonlig vold blant personer med BPD, og hvordan volden arter seg (Newhill, Eack, & Mulvey, 2009). En studie fant imidlertid at den rapporterte volden i hovedsak utspilte seg ved uoverensstemmelser med bekjente og signifikante andre (Newhill et al., 2009). Individuer med BPD kan ha forhøyet risiko for å utøve interpersonlig vold særlig i situasjoner som involverer opplevd avvisning (Zanarini & Gunderson, 1997), og rusmisbruk ser ut til å forsterke tendensen til utøvelse av voldelige handlinger i nære relasjoner (Fountoulakis, Leucht, & Kaprinis, 2008).

Eksponering for rusmisbruk blant foreldre og vold i hjemmet er i seg selv forbundet med utvikling av psykiske vansker hos barn. Når man vet at alkohol- og narkotikamisbruk forekommer hyppig blant personer med BPD, og at det er en assosiasjon mellom rus og vold i hjemmet, er det sannsynlig at disse faktorene medierer sammenhengen mellom mors borderlinediagnose og skjevutvikling hos barnet.

Sosioøkonomiske forhold

Det er påvist en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og diverse vansker hos barn, blant annet angst- og depresjonssymptomer, somatiske plager, kognitive vansker, og atferdsproblemer (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Wadsworth & Achenbach, 2005). Skolevansker og sosiale problemer hos barna er også vanligere i økonomisk vanskeligstilte familier (Ackerman et al., 1999). Dette peker mot at den sosiale konteksten barnet vokser opp i samspiller med mors foreldreevne i barnets eventuelle skjevutvikling.

I en britisk undersøkelse fant man redusert risiko for å havne i barnevernstjenestens søkelys dersom mor var i arbeid (Sidebotham & Heron, 2006). Hvis det at mor har en jobb beskytter mot negative konsekvenser for barna, er det et tankekors at Barnow og kolleger (2006) fant at omtrent halvparten av mødrene med BPD var i arbeid, sammenliknet med 80-86 % av kontrollmødrene, som hadde andre personlighetsforstyrrelser eller ingen diagnose. Arbeidsledighet, endring av arbeidsplass, og perioder med uførhet forekommer oftere blant personer med BPD enn blant personer med symptomlidelser eller uten psykiske lidelser (Skodol, 2005), noe som gir grunn til å anta at familier der mor har BPD i mange tilfeller vil kunne ha dårlige økonomiske forutsetninger.

Når demografiske variabler som sosioøkonomisk status kan ha betydning i utviklingen av vansker hos barnet, må man gå ut ifra at disse faktorene vil spille inn også uavhengig av om mor har en borderlinediagnose. Man har blant annet funnet en sterk sammenheng mellom fattigdom og neglekt (Zuravin & Greif, 1989), noe som vil innebære at vanskeligstilte familier kan møte utfordringer når de blir foreldre også når det ikke forekommer psykiske lidelser i familien. En norsk intervjustudie av

langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp, fant at individenes økonomiske situasjon utløste et bredt spekter av negative emosjonelle reaksjoner som aggresjon, angst, depressivitet og skam- og skyldfølelse (Underlid, 2005).

Det at barn av mødre med BPD som gruppe befinner seg i risiko for negative utfall kan altså sees i sammenheng med barnas sosiale arv, og ikke utelukkende være et resultat av uheldig dynamikk i samspillene. I psykologisk forskning ser det ut til å være en tendens til å framheve betydningen av individuelle karakteristikk ved mor og barn, og aspekter ved relasjonen, noe som kanskje bidrar til at faktorer på samfunnsnivå havner i skyggen når man leter etter årsaksforklaringer. Gitt at disse familiene hadde hatt andre sosioøkonomiske betingelser, kan det tenkes at barnets utviklingsløp ville blitt et annet.

Komorbiditet hos mor

Over halvparten av dem som oppfyller kriteriene for en personlighetsforstyrrelse har komorbide diagnoser. Angst, depresjon, rusavhengighet, spiseforstyrrelser og PTSD er blant lidelser som ofte opptrer sammen med BPD (Jørgensen, 2009; Karterud et al., 2010). Borderline personlighetsforstyrrelse er dessuten assosiert med en rekke andre personlighetsforstyrrelser (Jørgensen, 2009). Kan det være slik at samtidige diagnoser hos mor øker risikoen for skjevutvikling hos barna?

Det er grunnlag for å hevde at forekomsten av komorbide lidelser kan gi informasjon om pasientens prognose: jo flere samtidige lidelser pasienten har, desto mer kompleks og alvorlig er lidelsen (Jørgensen, 2009). Herr og kolleger (2008) fant at blant ungdommer med deprimerte mødre, økte risikoen for tilknytningsvansker (opplevelse av å få venner og å bli akseptert av andre) i takt med rapporterte borderline-symptomer hos mor.

Man har også funnet enkelte samspillsforskjeller mellom mødre-barn-par der mor har enten BPD, alvorlig depresjon (MDD), samtidig BPD og MDD, eller ingen diagnose (H. White et al., 2011). Når mor hadde komorbid BPD og depresjon utviste spedbarna relativt oftere aversjon mot blikkontakt med mor enn når mor kun var diagnostisert med BPD. Det var imidlertid ikke betydelige forskjeller mellom barn av mødre med begge diagnoser og mødre med BPD når det gjaldt smiling, vokalisering, gråt og motorisk aktivitet. Forfatterne foreslår at kombinasjonen av borderline og depresjon hos mor kan ha en additiv negativ effekt på barnet, men understreker samtidig at mødregruppene kan ha vært likere enn intendert. Den rene BPD-gruppa kan ha bestått av mødre som hadde periodiske depressive symptomer, men som ikke var tilstede på tidspunktet da undersøkelsen ble foretatt. Eksemplet illustrerer problemet med å identifisere mødre uten komorbide diagnoser (H. White et al., 2011).

En nyere longitudinell studie utforsket imidlertid sammenhengen mellom komorbid personlighetsforstyrrelse og depresjon hos mor når spedbarnet var to måneder med barnets utvikling ved 18 måneder (Conroy et al., 2012). Her ble det funnet en signifikant interaksjon mellom postpartum depresjon og personlighetsforstyrrelse hos mor, og dysregulert spedbarnsatferd. Blant deprimerte mødre fant man økt risiko for dysregulert spedbarnsatferd kun ved samtidig forekomst av en personlighetsforstyrrelse, og blant mødre med personlighetsforstyrrelse økte risikoen for dysregulert atferd hos barnet bare ved komorbid depresjon. Forskerne fant også en sammenheng mellom samtidig depresjon og personlighetsforstyrrelse hos mor og senere internaliserende atferd hos barnet, og forstyrret affektiv kommunikasjon framheves som en mulig forklaringskilde til dårligere emosjonsregulering hos barnet (Conroy et al., 2012).

Selv om det er metodologiske utfordringer knyttet til utforsking av komorbiditet blant mødre med BPD, ser det ut til at samtidige diagnoser hos mor kan ha negative konsekvenser for interaksjonen med barnet hennes. Ekstra sårbart blir kanskje samspillet ved samtidig BPD og depresjon hos mor.

Særskilte utforminger av borderlinefungeringen

Videre kan det tenkes at enkelte trekk forbundet med BPD, eller bestemte kombinasjoner av diagnostiske kriterier hos mor, kan være mer uheldige for barnets utvikling enn andre. Som vi har sett, opererer den amerikanske diagnosemanualen med et system der minst fem av ni kriterier må være oppfylt før diagnosen kan settes, noe som vil innebære heterogenitet i tilstandsbilder på tvers av individer.

Kanskje er det for eksempel slik at mors stadige trusler om, eller utføring av, selvsykning kan være særlig opprørende for barna. Uten at det er påvist noen kausal sammenheng mellom selvmordstrusler hos mor og villet egensykning hos barn, fant en undersøkelse at 1/4 av tenåringsbarn av mødre med BPD rapporterte selvmordstanker eller planer sammenliknet med 3-9 % i kontrollgruppene som bestod av barn av deprimerede mødre, barn av mødre med cluster C-personlighetsforstyrrelser og barn av mødre uten psykiatriske diagnoser (Barnow et al., 2006). Eksponering for selvmordsforsøk er i seg selv en risikofaktor for senere suicidal atferd hos den som eksponeres (Burke et al., 2010; Crosby & Sacks, 2002).

Upassende, intenst sinne eller vansker med å kontrollere sinne hos mor, er et annet trekk som kan tenkes å være spesielt belastende for barna. Plutselige sinneeksplosjoner uten en tydelig foranledning kan oppleves som svært skremmende, og kan gjøre barnet spesielt engstelig. Samtidig kan slike reaksjoner hos mor muligens

bidra til at barnet blir overhensynsfullt, og unnlater å uttrykke egne ønsker og behov (Roth & Friedman, 2003).

En tendens til veksling mellom ekstermer av overidealiserings og devaluering kan tenkes å virke særlig forvirrende for et barn. Hvis mor har vansker med å oppleve nyanserte sinnstilstander, og tenderer til svart-hvitt tenkning, kan barnet veksle mellom å oppleves som bare godt eller bare dårlig (Roth & Friedman, 2003). Det er ikke vanskelig å forestille seg at slik uforutsigbar behandling kan få alvorlige konsekvenser for barnets selvopplevelse og identitetsfølelse. Mangel på struktur og forutsigbarhet i omgivelsene vanskeliggjør utvikling av trygghet og selvtillit hos barnet (Lawson, 2000).

Et interessant funn i denne forbindelse er at tenåringsbarn av mødre med BPD rapporterte å ha spesielt lav selvtillit sammenliknet med barn i kontrollgrupper (Barnow et al., 2006). Barna hadde høyere skårer på temperamentsdimensjonen ubehagsunnngåelse, som gjerne kommer til uttrykk i gjennom anspenhet, nervøsitet, passivitet, usikkerhet og pessimisme. Ubegagsunnngåelse er også forbundet med en tendens til sjenanse og sosial hemmethet (Barnow et al., 2006).

Kanskje er det altså slik at enkelte personlighetstrekk forbundet med diagnosen, eller bestemte kombinasjoner av diagnostiske kjennetegn, kan bidra til at mødre med borderlinefungering kan ha spesielt negativ påvirkning på barna sine. Forskningen som foreligger om barn av mødre med BPD skiller ikke klart mellom ulike trekk sammensetninger hos mødre i utvalgene sine, noe som gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om hvorvidt bestemte diagnostiske kriterier har mer skadelig påvirkning på barnet enn andre. Det virker likevel sannsynlig at dette er tilfellet. Samtidig er det viktig å understreke at en mor med BPD ikke "er" sin diagnose, og at hun ikke nødvendigvis har konsekvent dårlig foreldrefungering. Det kan tenkes at mødrene kan

fungere adekvat i noen situasjoner, og at denne funksjonen kan styrkes og generaliseres gjennom effektive hjelpetiltak.

Stabilitet i diagnose hos mor

Et kjennetegn ved personlighetsforstyrrelsene er at de er dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre, noe som vil innebære stabilitet på tvers av reaksjoner, men også over tid (Torgersen, 2008). Reaksjonsmønstrene er mer resistente mot endring enn ved andre lidelser (Jørgensen, 2009). Uheldige samspillmønstre kan tenkes å bli varige dersom mors symptombylle virker kronisk, og desto lengre barnet utsettes for lite sensitiv omsorg, jo mer uheldig vil konsekvensene kunne bli for barnets utvikling. Vi har sett at borderlinemødres kommunikasjon med spedbarna sine avviker fra kontrollmødres foreldreatferd, samtidig som barn av mødre med BPD svært tidlig ser ut til å forholde seg kvalitativt annerledes til mødre sine enn andre barn (Hobson et al., 2005; Hobson et al., 2009; H. White et al., 2011). Man har funnet atferd som er forenlig med dysfunksjonell selvregulering allerede hos to måneder gamle spedbarn (Crandell et al., 2003), noe som gir grunn til bekymring for både kort- og langtidseffektene av tidlig uheldig samspill.

Noe overraskende har man imidlertid påvist en betydelig diagnostisk ustabilitet knyttet til borderlinediagnosen, altså at personer på ulike tidspunkter i livet kan oppfylle eller ikke oppfylle de diagnostiske kriteriene for diagnosen. I en omfattende longitudinell studie (Gunderson et al., 2000) fant man at mer enn halvparten av pasientene med personlighetsforstyrrelser ikke lengre oppfylte kriteriene for diagnosen etter to år (McGlashan et al., 2005). Etter ti år gjaldt dette for 91 % av pasientene som tidligere hadde hatt en borderlinediagnose (Gunderson et al., 2011). Den diagnostiske ustabiliteten var større enn forventet, men samtidig peker forskerne på at pasientenes

nedsatte psykososiale fungering vedvarer, selv om diagnosekriteriene ikke lenger oppfylles.

Funnene peker mot at endringspotensialet for disse pasientene er større enn man tidligere har trodd, og understreker viktigheten av å utvikle effektive behandlingsmetoder for denne gruppa. Den enkelte personlighetsforstyrrede pasient kan få et nokså velfungerende liv, men dette vil oftest forde velstrukturert behandling rettet spesifikt mot personlighetsforstyrrelsen (Jørgensen, 2009).

Når det er mulig å gå (inn og) ut av den diagnostiske kategorien BPD, kan man tenke seg at foreldre som på et tidspunkt har hatt diagnosen periodevis kan ha en bedre foreldrefungering, som i noen grad kan moderere det negative utfallet av samspill under mer belastede perioder. I denne forbindelse er likevel et tankekors at oppfølgingsstudier viser at blant borderlinetrek er affektiv ustabilitet det mest stabile, etterfulgt av upassende sinne (McGlashan et al., 2005).

Det er viktig å understreke at forskningen som foreligger studerer forskjeller på gruppenivå. Man kan vanskelig trekke direkte slutninger om foreldrefungering fra gruppestudier til den enkelte mor med borderline personlighetsforstyrrelse, og det må antas at det forekommer store individuelle variasjoner. Jørgensen (2009) poengterer at enkelte kvinner med en borderlinediagnose kan tenkes å få en bedre fungering når de får barn, og at den nye foreldrerollen skaper mer struktur i hverdagen, gir en opplevelse av mening eller fremkaller en sterkere ansvarsfølelse. Samtidig er diagnosen forbundet med blant annet skjør mentaliseringsevne og problemer med å håndtere interpersonlige konflikter, noe som utvilsomt øker risikoen for å reagere uhensiktsmessig overfor sine nærmeste, særlig under opplevd stress.

Selv om mødre med BPD som gruppe har en forhøyet risiko for å inngå i uheldige samspill med barna sine, kan det altså tenkes at kvaliteten på foreldrefungeringen deres vil variere på tvers av situasjoner og livsfaser. Periodisk adekvat foreldrefungering hos mor kan fremme trygghet og vekst hos barnet, samtidig som samspillet kan tenkes å bli sunnere og mer utviklingsstøttende dersom symptomene remitterer fullstendig.

Foreldrefungering hos mødre med BPD

Det har begynt å tegne seg et bilde av hva som kjennetegner typisk borderlinefungering, og av de ytre omstendighetene barn av mødre med BPD kan vokse opp under. Men hva slags atferd er det som forhindrer disse mødrene fra å fungere godt som foreldre og hvilke handlinger kan ha negativ påvirkning på barna deres?

Foreldrefungering kan defineres som ”(...) foreldres daglige atferd overfor barnet sitt, og inkluderer foreldres kognisjoner, emosjoner og attribusjoner overfor barnet, så vel som deres foreldreholdninger- og verdier” (Berg-Nielsen et al., 2002, s. 531, egen oversettelse). Dysfunksjonell foreldrefungering kan på denne måten forstås som alt det foreldre gjør, eller unnlater å gjøre, som kan ha en uheldig påvirkning på barnet (Kendziora & O’Leary, 1993).

Det har blitt fremholdt at det er foreldrefungeringen, heller enn foreldrenes psykiatriske symptomer, som er avgjørende for utviklingen til barn av foreldre med psykiske lidelser (Berg-Nielsen, 2010; J. G. Johnson, Cohen, Kasen, Smailes, & Brook, 2001) J. G. Johnson og kolleger (2001) fant i en longitudinell studie av nesten 600 foreldre og barna deres, at de fleste ungdommene som opplevde høye nivåer av maladaptiv foreldreatferd i barndommen hadde psykiske lidelser i ungdomstiden og i tidlig voksenalder, uavhengig av om foreldrene hadde psykiske lidelser. Samtidig hadde

barn av foreldre med psykiske lidelser ikke økt risiko for å utvikle psykiske vansker dersom de ikke hadde blitt utsatt for maladaptiv foreldreatferd i barndommen. Svak foreldrefungering er altså forbundet med økt risiko for utvikling av psykopatologi hos barn, og anses som en medierende faktor når det gjelder sammenhengen mellom psykiske lidelser hos foreldre og skjevutvikling hos barnet (J. G. Johnson et al., 2001).

Flere studier har undersøkt hvilke aspekter ved foreldrefungeringen som er mest avgjørende for utfallet av foreldre-barn-interaksjonen, og forskningen fokuserer gjerne på de samme dimensjonene i vurderinger av kvaliteten på samspillet (Berg-Nielsen, 2010). Et hyppig anvendt mål på foreldrefungering er Emotional Availability Scales (EA), som tar sikte på å kartlegge seks dimensjoner ved foreldrefungering (Biringen, 2000; Biringen & Easterbrooks, 2012). Fire av dimensjonene er knyttet til foreldrene: sensitivitet, strukturering, en ikke-invaderende holdning og ikke-fiendtlighet, mens to av dimensjonene tar utgangspunkt i barnet: barnets responsivitet overfor forelderen og involvering av forelderen (Biringen, 2000). Emosjonell tilgjengelighet handler om dyadens evne til å inngå en emosjonell forbindelse, og innebærer aksept av et bredt spekter av både negative og positive emosjoner hos barnet (Biringen & Easterbrooks, 2012).

Forskning peker mot at mødre med BPD som gruppe har en tendens til å være invaderende insensitive overfor spedbarna sine og at de har vansker med å tilby barna et strukturerende samspill (Crandell et al., 2003; Hobson et al., 2005; Newman et al., 2007). Newman og kolleger (2007) fant statistisk signifikante forskjeller mellom mødre med borderlinefungering og mødre uten påvist psykopatologi når det gjaldt foreldresensitivitet og strukturering, og på begge barneskalaene målt med Emotional Availability Scales.

Når den interpersonlige fungeringen til foreldrene er svak, noe som ofte kjennetegner personer med BPD, er det naturlig å tenke at dette kan også komme til uttrykk gjennom foreldreatferden deres. Personer med borderline personlighetsforstyrrelse er kjennetegnet ved dårlig regulering av stress og affekt, spesielt med tanke på negative emosjoner som sinne, tristhet og frustrasjon. Å være forelder er krevende oppgave, og opplevelse av stress og utilstrekkelighet er ikke uvanlig i møte med barnets skiftende behov.

Man vet at også ikke-patologiske avvik i foreldres personlighetsstruktur kan påvirke barna negativt (Kochanska et al., 1997). Enkelte personlighetstrekk hos foreldre er altså forbundet med foreldreatferd som potensielt er skadelig for barna, selv om foreldrene ikke oppfyller kriteriene for psykiatriske diagnoser. Eksempelvis er personlighetstrekkene negativ emosjonalitet og uvennlighet hos foreldre uten psykiske lidelser forbundet med uheldige konsekvenser for barna. Negativ emosjonalitet hos foreldre er assosiert med mer negativ affekt, mer maktbruk, og mindre responsivitet og varme under interaksjon med barna uavhengig av om foreldrene tilfredsstiller bestemte diagnosekriterier. På samme tid er trekket forbundet med sinne, atferdsvansker og mindre trygg tilknytning hos barna (Kochanska et al., 1997). Når borderlinefungering nettopp kjennetegnes av negativ emosjonalitet og vansker med å regulere følelser, vil man sannsynligvis ha spesielt store vansker med å utvise sensitiv foreldreatferd.

Forskning peker ikke bare mot at mødre med BPD kan ha større utfordringer når det gjelder emosjonell inntoning og sensitivitet i samspill med barna sine, det ser også ut til at disse mødrene føler seg mindre kompetente, mindre tilfredse og mer stressede i foreldrerollen (Newman & Stevenson, 2005; Newman et al., 2007). Opplevd frustrasjon og mislykkethet i foreldrerollen antas å utgjøre en risiko når det gjelder optimal

foreldrefungering, men også for mishandling og neglekt (Newman et al., 2007). Det er sannsynlig at stressende situasjoner forsterker tendensen til brå humørsvingninger og impulsivitet hos mor, noe som kan bidra til at barnet opplever henne som uforutsigbar og utrygg. Man vet at nettopp inkonsistent foreldreatferd utgjør en risiko for utvikling av vansker hos barnet, og er sterk prediktor når det gjelder utvikling av alvorlige atferdsforstyrrelser (Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989).

En tilbøyelighet til å evaluere seg selv negativt som forelder kombinert med borderlinetrek som affektiv ustabilitet, impulsivitet, sinnemestringsvansker eller stressutløste paranoide tanker kan få en spesielt uheldig påvirkning på barnet. Et kjennetegn ved borderline personlighetsforstyrrelse er veksling mellom ekstremer av overidealiserings og devaluering i nære relasjoner, noe som kan tenkes å være svært forvirrende et barn. Man kan tenke seg at en mor med borderlinetrek kan være responsiv og emosjonelt tilgjengelig for barnet sitt i kortere eller lengre perioder, men at denne innstillingen brått kan endre seg ved stress eksempelvis i form av opplevd avvisning eller opposisjon fra barnet. Plutselige skifter i stemning eller tilgjengelighet kan gjøre barnet urolig eller engstelig (Berg-Nielsen, 2010). Barnets måte å forholde seg til foreldres uforutsigbarhet på vil variere med barnets temperament, og kan resultere i at barnet blir tilbaketrunket og overhensynsfylt overfor foreldrene, eller kan reagere med sinne og utagering (Berg-Nielsen, 2010). Skyld, skamfølelse og angst kan oppstå i barnet når mors atferd veksler mellom nærhet og plutselig avvisning (Lawson, 2000).

Personlighetsforstyrrelsen kjennetegnes av ambivalens i nære relasjoner, og fiendtlighet overfor de nærmeste er ikke uvanlig. Vi har sett at foreldresensitivitet og det å tåle barnets negative emosjoner er et sentralt aspekt ved emosjonell tilgjengelighet. Når mødre med BPD opplever mer frustrasjon i foreldrerollen (Newman & Stevenson,

2005; Newman et al., 2007), er det sannsynlig at det blir vanskeligere å romme barnets negative affekter. Mors sensitivitet og emosjonelle tilgjengelighet vil kanskje på denne måten være mer basert i mors psykiske tilstand enn tilpasset barnets behov (Anke, 2012; Hipwell, Goossens, Melhuish, & Kumar, 2000).

Borderlinemødrenes foreldrefungering bidrar trolig til å mediere sammenhengen mellom mors diagnose og skjevutvikling hos barna. Mye tyder på at foreldreatferden blant mødrenes på gruppenivåer er kvalitativt dårligere enn blant mødre uten diagnosen. Samtidig kan dette implisere at styrking av mors foreldrefungering uavhengig av diagnosen kan ha positive konsekvenser for barnets utvikling.

Tilknytningsmønstre og uheldige samspill

Det er en dokumentert forbindelse mellom emosjonell tilgjengelighet og tilknytning (Easterbrooks & Biringen, 2009). Tilknytningsteori tar utgangspunkt i det allmennmenneskelige behovet for å knytte nære følelsesmessige bånd. Spedbarns tilknytningsatferd, eksempelvis å søke nærhet, smile eller klynge seg til omsorgspersonen, blir besvart av omsorgspersonens tilknytningsatferd, for eksempel berøring eller omfavelse, og reaksjonsmåtene forsterker barnets tilknytningsatferd overfor omsorgspersonen. Tilknytningssystemets funksjon er opplevelse av trygghet, og regulering av barnets emosjonelle opplevelser (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

Trygg tilknytning bygger på en opplevelse av koordinerte, sensitive samspill, og innebærer at barnet har tillit til at omsorgspersonen er tilgjengelig og støttende når barnet trenger det. Omsorgspersonen fungerer som en trygg base for utforskning av verden, og barnet forblir relativt stabilt i stressende situasjoner (Fonagy et al., 2002).

Ved engstelig/ambivalent tilknytning er barnet ikke sikker på om omsorgspersonen vil tilby nærvær og støtte, og er oppatt av hvor mor befinner seg. Barnet utforsker ikke fritt omgivelsene, men klynger seg gjerne til mor, og utviser separasjonsangst ved atskillelse. Tilknytningsatferd aktiveres raskere enn hos trygt tilknyttede barn, og omsorgspersonen er ofte ustabil og uforutsigbar i sin tilgjengelighet (Andersen, 2012).

Barn med engstelig/unnvikende tilknytning kjennetegnes ved å ha en forventning om at omsorgspersonen ikke er tilgjengelig når barnet har behov for det. Barnet søker ikke mot omsorgspersonen, men deaktiverer heller tilknytningsatferden (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011). Omsorgspersonen har ofte hemmede emosjonelle uttrykk, og kan være preget av hardhet og ubehag ved fysisk kontakt med barnet (Andersen, 2012).

Desorganisert tilknytning er kjennetegnet av fravær av strategier for reduksjon av angst og utrygghet hos barnet. Barnet utviser ofte motsetningsfull atferd, som kan veksle mellom unngåelse og søken etter kontakt (Andersen, 2012). Atferden kan sees som uttrykk for at omsorgspersonen på samme tid sees som en kilde til omsorg og frykt (Fonagy et al., 2002), og at barnet mangler en atferdsstrategi under aktivering av tilknytningssystemet (Brandtzæg et al., 2011). Under samvær med, eller atskillelse fra omsorgspersonen, kan barnet framstå som forvirret, "fryse" eller gå inn i en transeaktig tilstand (Andersen, 2012). Dette tilknytningsmønstret er forbundet med utvikling av alvorlig psykopatologi hos barnet (Andersen, 2012; Hart & Schwartz, 2009).

Desorganisert tilknytning antas å ha tre hovedforklaringer: psykisk eller fysisk omsorgssvikt, ubearbeidede tap eller traumer hos mor, og forstyrret affektiv kommunikasjon som har sitt opphav i mors fiendtlighet eller hjelpeløshet (Macfie & Swan, 2009). Alle disse utviklingsstiene vil være relevante for barn av mødre med BPD.

Da Hobson og kolleger (2005) kartla tilknytningsmønstre hos 12 måneder gamle barn gjennom fremmedsituasjonen, fant de at barn av mødre med BPD oftere ble kategorisert som å ha desorganisert tilknytning enn barn av mødre uten psykiske lidelser. I denne gruppa ble 8 av 10 barn vurdert som å ha et desorganisert tilknytningsmønster, men også i de to andre mor-barn-parene så man tegn på desorganisering. En senere undersøkelse fant at mødre med BPD oftere utviste forstyrret affektiv kommunikasjon enn mødre med depressive lidelser og mødre uten psykiatriske diagnoser (Hobson et al., 2009). Mødrene reagerte signifikant oftere med frykt og desorientering på barnets tilknytningsatferd, et mønster som er sterkt assosiert med desorganisert tilknytning hos spedbarn (Hesse & Main, 2006).

Macfie & Swan (2009) fant at når barn (4-7 år) av mødre med BPD skulle fullføre narrativer, inneholdt fortellingene oftere usammenhengende selvrepresentasjoner og maladaptive representasjoner av omsorgsgiver-barn-relasjonen. I tråd med tilknytningsteori peker forfatterne på at indre arbeidsmodeller utviklet i barndommen kan bidra til utvikling av senere borderlinepatologi. Hos voksne med BPD er mentale representasjoner av relasjoner oftere negative og mindre empatiske enn hos kontrollgrupper (Nigg, Lohr, Westen, Gold, & Silk, 1992), og det er mulig at nettopp negative arbeidsmodeller dannet i tidlig barndom utgjør en risiko for utvikling av senere vansker. Desorganisert tilknytning er forbundet med negative forventninger til andre, negativ selvfølelse og forstyrret emosjonsregulering (Macfie & Swan, 2009), som vil påvirke funksjonen i barne- og voksenalder. Sammenliknet med kontrollgrupper, har personer med BPD svært sjelden et trygt tilknytningsmønster, og relativt ofte desorganisert tilknytning (Jørgensen, 2009; Levy, 2005).

Mødrenes tidlige tilknytningserfaringer påvirker trolig forventinger til, og atferd under, samspill med barna deres (Macfie, 2009). Det antas å være en sammenheng mellom måten mødre erindrer sin tidlige barndom på, og kvaliteten på tilkynningsrelasjonen hun har til barnet sitt (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Van Ijzendoorn, 1995). Gravide mødres mentale representasjoner av sosiale erfaringer i sin egen barndom har eksempelvis vist seg å kunne predikere atferd hos mor og barn under separasjons-gjenforeningsepisoder over ett år senere (Fonagy et al., 1991). Der ser ut til at måten mor husker sine foreldre på, måten hun tenker og snakker om dem på, i større grad predikerer hennes framtidige atferd som mor, enn de faktiske hendelsene som fant sted i barndommen hennes (Stern, 1995).

Feldman og kolleger (1995) fant at familiemiljøene til mødre med borderlinefungering likner deres erindringer av egne familier i barne- og ungdomstiden, noe som kan tyde på at mødre med BPD repliserer erfaringer fra opphavsfamilien sin, og at indre arbeidsmodeller og tilknytningserfaringer medierer denne sammenhengen. Samtidig ser mødre med BPD ut til å ha flere minner av opplevd fare og flere tegn på ubearbeidede psykologiske traumer (Crittenden & Newman, 2010). En studie fant at mødre med BPD hadde signifikant flere minner av fysisk misbruk, neglekt, seksuelt misbruk, rusmisbrukende tilkynningsfigurer, avvising, selvmord i familien og eksponering for vold i hjemmet enn kontrollmødre uten psykiske lidelser (Crittenden & Newman, 2010).

Dersom mors indre arbeidsmodeller av tidlige samspillerfaringer og barnets tilknytningmønstre medierer sammenhengen mellom BPD hos mor og skjevutvikling hos barnet, kan nettopp tilknytningsfremmende intervensjoner som fokuserer både på

arbeid med foreldrenes tilknytningsrepresentasjoner og styrking av foreldre-barn-relasjonen, være fruktbare tiltak i disse familiene (Anke, 2012; Brandtzæg et al., 2011).

Vi har sett at utrygge tilknytningsmønstre hos barnet kan innebære utviklingsmessig risiko, og barn med desorganisert tilknytning står i fare for å utvikle alvorlig psykopatologi. Når utrygge og desorganiserte tilknytningsmønstre er dominerende blant denne barnegruppa, er det sannsynlig tilknytningsproblematikk er en del av forklaringen på hvorfor barnegruppa er spesielt belastet. Mors egne tilknytningserfaringer, og narrativ om samspillsopplevelser i egen oppvekst vil trolig få konsekvenser for foreldrefungeringen hennes. Når man vet at mange personer med BPD selv opplever å ha hatt en dårlig relasjon til foreldrene sine, og rapporterer atskillig flere traumatiske barndomsopplevelser enn mødre uten psykopatologi, er det sannsynlig at dette har en negativ påvirkning på måten de forholder seg til egne barn på. Samtidig peker styrking av tilknytningen mellom mor og barn seg ut som et viktig område for intervensjon i familier der mor har en borderlinediagnose.

Mentalisering

Det antas å være en sammenheng mellom tilknytningsprosesser og utvikling av mentaliseringsevne eller refleksiv funksjon (Kjølbye, 2012). Mentalisering kan defineres som ”den forestillende mentale aktiviteten som gjør oss i stand til å oppfatte og fortolke menneskelig atferd på bakgrunn av intensjonelle mentale tilstander (som behov, ønsker, følelser, antakelser, mål, hensikter og begrunnelser)” (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012, s. 4, egen oversettelse). Borderline personlighetsforstyrrelse sees av flere som en utpreget mentaliseringslidelse (Bateman & Fonagy, 2004; Rydén & Wallroth, 2010), og tilstanden var utgangspunktet for utviklingen av mentaliseringsbasert terapi (MBT) (Bateman & Fonagy, 2012).

Selvorganisering og affektregulering forutsetter evne til mentalisering, en evne som utvikles gjennom barnets tidlige sosiale relasjoner (Fonagy et al., 2002). Mentalisering anses altså ikke som en medfødt evne, men som en kapasitet som utvikles gjennom tilknytningsrelasjonen mellom barn og foreldre. Trygge tilknytningsmønstre fasiliterer utviklingen av mentaliseringskapasitet (Bateman & Fonagy, 2004). Uten mentaliseringsevne kan verden bli uforståelig, uforutsigbar og skremmende, og forstyrrelser i evnen til å forstå seg selv og andre ut fra en mental bevissthet er forbundet med utvikling av psykopatologi (Kjølbye, 2012). Mentalisering er beslektet med empati, men mens empati fokuserer på følelsesmessige tilstander hos andre, er mentalisering rettet mot et bredere spekter av tilstander både hos enn selv og andre (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Refleksiv funksjon hos foreldre er forbundet med positiv utvikling hos barnet, og transgenerasjonell overføring av trygge tilknytningsmønstre (Nijssens, Luyten, & Bales, 2012).

Borderline personlighetsforstyrrelse kjennetegnes ved forstyrrelser i utviklingen av evnen til å mentalisere i nære relasjoner, eller at mentaliseringsevnen er skjør, og kan bryte sammen i nære relasjoner hvor tilknytningssystemet aktiveres (Jørgensen, 2009). Evnen til å mentalisere kan lettere svekkes hos personer med BPD ved emosjonell aktivering, og det er altså i de nære relasjonene det blir vanskelig å lese tegn på andres mentale tilstand, og å tolke dem riktig (Fonagy & Bateman, 2008).

Forskning viser at voksne med BPD ofte ser på forholdet til sine egne mødre som konfliktfylt eller overbeskyttende, og en stor andel rapporterer å ha opplevd emosjonelt misbruk i barndommen (Crittenden & Newman, 2010; Zanarini et al., 2000). Mangelfullt utviklet mentaliseringsevne basert på hvordan man ble møtt av

tilknytningspersoner i barndommen, kan være med på å forklare tendensen til affektiv ustabilitet og identitetsforstyrrelser hos personer med BPD.

Tilbøyeligheten til å bli forvirret over egne reaksjoner i samspill med andre, og angsten for å bli forlatt eller krenket, kan sees som et resultat av manglende hjelp til å utvikle en trygghet på at ens følelsesmessige behov vil bli møtt i nære relasjoner. Det kan tenkes at sammenbrudd i mentaliseringsevnen kan forekomme under stressende samspillssituasjoner med egne barn, og øke risikoen for at barnet selv utvikler utrygge tilknytningsmønstre og svekket evne til mentalisering. Det har blitt framholdt at mentaliseringsbaserte intervensjoner er hensiktsmessige i arbeid med disse familiene, da mye tyder på at mødrene kan ha vansker med å tone seg inn mot barnas indre tilstander og intensjoner (Nijssens et al., 2012)

Crandell og kolleger (2003) fant dysfunksjonelle mor-barn-interaksjoner mellom mødre med BPD og deres to måneder gamle spedbarn. Etter en episode der mor ble instruert til å være ikke-responderende overfor barnet, var samspillet mindre tilfredsstillende enn i kontrollgruppene. Mødrene ble vurdert som å være insensitive på en invaderende måte overfor barna. Barna så mindre på mor, hadde flere avflatede ansiktsuttrykk, og framsto mer nedstemte enn kontrollbarna, noe som ble tolket som uttrykk for dysfunksjonell selvregulering hos spedbarna, og 80 % av barna ble klassifisert som å ha desorganisert tilknytning da de var ett år (Hobson et al., 2005). I fremmedsituasjonen ble 85 % av borderlinemødrene vurdert som å ha forstyrret affektiv kommunikasjon med barna sine (Hobson et al., 2009).

Det er altså sannsynlig at mors svekkede mentaliseringsevne hindrer henne i å speile barnet og romme dets emosjoner på en sensitiv måte, noe som kan hemme utvikling av adekvat affektregulering hos barnet, og resultere i at barnets egen evne til å mentalisere

blir mangelfull. Muligens kan mentaliseringsbaserte tiltak i disse familiene bidra til å øke mors emosjonelle tilgjengelighet, og dermed fremme utvikling av refleksiv funksjon hos barnet.

Skepsis til å motta hjelp

Dysfunksjonelle samspillsmønstre ser ut til å utvikle seg tidlig i familier der mor har en borderlinediagnose (Crandell et al., 2003; Hobson et al., 2005; Hobson et al., 2009). Når en høy andel av mødre med BPD utviser forstyrret affektiv kommunikasjon med spedbarna sine, samtidig som de fleste barna utvikler utrygge tilknytningsmønstre, er det helt essensielt at risikofamilier identifiseres tidlig og at intervensjoner som fremmer interaksjonen mellom foreldre og barn blir iverksatt. Det er imidlertid sannsynlig at lav hjelpsøkingssatferd blant personer som tilfredsstiller diagnosekriteriene hindrer at alle de utsatte familiene fanges opp.

Borderlinepasienter er ofte skeptiske overfor andre, og kan ha problemer med å se på behandlere som hjelpere (Kjølbye, 2008), noe som vanskeliggjør et godt samarbeid mellom pasient og behandler. Det er samtidig en tendens til at behandlere opplever denne gruppa som spesielt krevende, mye fordi arbeidet aktiverer intense følelser også hos behandleren (Kjølbye, 2008). En rekke fordommer mot gruppa ser ut til å finnes blant helsepersonell, pasientene oppfattes ofte som intendert manipulerende, oppmerksomhetssøkende og generelt brysomme (Lewis & Appleby, 1988), og behandlere overser at disse væremåtene knytter seg til å håndtere psykisk lidelse og smerte, noe som i sin tur kan tenkes å utgjøre et hinder for den nødvendige terapeutiske alliansen.

Impulsivitet og ustabilitet hos pasienten kan resultere i avbrutte behandlingsopplegg, og studier finner at frafallsraten blant denne gruppa er høy (Evang,

2010). Av borderlinepasienter som begynte i psykoterapi etter en innleggelse, falt 60 % fra i løpet av en seksmåneders periode (Gunderson et al., 1989). Når det gjelder pasientenes foreldrefungering vil det være viktig at intervensjoner igangsettes så tidlig som mulig, før relasjonen mellom pasient og behandler risikerer å gå i oppløsning (Berg-Nielsen, 2010).

En nyere systematisk metastudie utfordrer imidlertid forestillingen om høyt frafall blant borderlinepasienter, her fant man at 75 % av pasientene fullførte behandlingen (Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2011). Resultatet gir håp om at foreldre med BPD har potensiale til å nyttiggjøre seg behandlingen de får, dersom de først blir fanget opp av systemet.

Personer med BPD har ofte konfliktfylte nære relasjoner, og kan med sin krevende atferd støte sine nærmeste fra seg. I verste fall blir barna på denne måten fratatt muligheten til å ha kontakt med andre voksne tilknytningspersoner, som potensielt kunne hatt en beskyttende effekt (Berg-Nielsen, 2010). Sosial støtte kan ha avgjørende betydning når det gjelder å moderere utfallet av stressende livshendelser i risikofamilier (Kotch et al., 1997; Kotch et al., 1995), og det er sannsynlig støttende voksenpersoner i miljøet, som familiemedlemmer, venner av familien eller lærere, kan beskytte mot utvikling av psykiske vansker hos barnet.

Det er altså en risiko for at familier med borderlinemødre ikke fanges opp av hjelpeapparatet, eller at opprettet kontakt blir brutt. Tidlig intervensjon i familiene vil trolig kunne forebygge skjevutvikling hos barna, noe som forutsetter at hjelpere, både i helsevesenet og i familienettverket, ikke trekker seg unna når mors atferd blir en utfordring.

Er morskritikk berettiget?

Forestillingen om at årsaken til utvikling av psykopatologi hos barn kan spores tilbake til mor, går langt tilbake (Tuft & Vibe, 1987). Idéen om ”den dårlige mor” som forderver avkommet sitt avspeiles i religion, filosofi og kultur, og har muligens sitt opphav i en patriarkalsk samfunnsstruktur (Unger & Crawford, 1992). Også moderne kulturuttrykk tegner bilder av kjølige, distanserte mødre som leder barna sine ut i galenskap, og narrativer som baserer seg på morsmyter presenteres fortsatt i litteraturen og på filmlerretet (Kaplan, 1994; Sørensen, 2007).

Enkelte har hevdet at morsmyter opprettholdes og styrkes gjennom psykologisk teori og forskning, og det har blitt framholdt, blant annet fra feministisk psykologisk hold, at såkalt ”morsklandring” (mother blaming) i den psykologiske forskningslitteraturen er et alvorlig problem (Caplan, 1989; Jackson & Mannix, 2004; Phares & Compas, 1992). Morsklandring innebærer blant annet at mødre holdes ansvarlige for sine barns handlinger, atferd, og psykiske helse (Jackson & Mannix, 2004). Kritikere har pekt på tilstedeværelsen av et kjønnsbias når det gjelder klinisk og empirisk fokus på mors bidrag til tilpasningsvansker hos barna, mens fars påvirkning blir oversett (Jackson & Mannix, 2004; Phares & Compas, 1992).

Kanskje er det slik at mor har fått ufortjent mye av skylden for skjevutvikling hos barna sine tidligere, og at bevissthet omkring tendensen til morsklandring i litteraturen er viktig. Likevel bør man ikke la hensyn til politisk korrekthet eller frykt for stigmatisering stå i veien for å identifisere problemer knyttet til foreldrefungeringen blant disse mødrene (og fedrene). Av og til kan det faktisk være slik at mødre kan ha destruktiv påvirkning på barna sine, noe klinikere og forskere må våge å gripe fatt i. Fars foreldrefungering kan sannsynligvis være like skadelig, men denne påvirkningen

har man altså mindre kunnskap om. I vår sammenheng er det et interessant funn at fars foreldrefungering har fått lite oppmerksomhet i forskningsøyemed.

Når forskningsomfanget på feltet er påfallende spinkelt i en tid da barn av psykisk syke foreldre generelt har fått økt interesse, kan man spørre seg om ubehaget ved å klandre foreldrene, og i dette tilfellet mor spesielt, hindrer oss i å hjelpe en potensielt svært utsatt barnegruppe.

Det er liten tvil om at samspillet mellom barnet og omsorgspersonen(e), og foreldrefungeringen hos den/de som tar seg av barnet, kan ha avgjørende betydning for hvordan barnet vil oppleve seg selv og verden. Vekten som tillegges mors ansvar for eventuell skjevutvikling hos barnet, har kanskje vært preget av kjønnsstereotyper og myter om morsrollen. Når dette er sagt, betyr det ikke at mødre generelt, og kanskje mødre med borderline personlighetsforstyrrelse spesielt, ikke kan ha skadelig påvirkning på barna sine.

Forhold ved barnet

Hittil har hovedsakelig aspekter ved mors fungering blitt belyst. Men også forhold ved barnet spiller inn i utviklingen av uheldige samspillsmønstre, ettersom barnets utvikling skjer gjennom en dynamisk utveksling mellom individ og miljø. I følge transaksjonsmodeller er biologiske og miljømessige faktorer i kontinuerlig og gjensidig interaktiv forandring over tid (Sameroff & Fiese, 2000). Fra dette perspektivet skjer gjensidig regulerende endringer i barnets behov og omsorgspersonens responser over tid, og utviklingspsykopatologi sees som vedvarende feiljustering av transaksjoner (Smith, 2010).

Barnets bidrag i samspillet over tid påvirker utviklingsresultatet, som også påvirkes av barnets biologiske forutsetninger. Som vi har sett er enkelte

arvbarhetsestimater for BDP svært høye, eksempelvis opererer Torgersen og kolleger (2000) med et anslag på 0.69. Dette kan innebære at barnet selv har høyere sannsynlighet for å utvikle trekk som er assosiert med borderlinediagnosen, og som kan komme til å påvirke interaksjonen med mor over tid. For eksempel kan trekk som aggresjon og impulsivitet tenkes å overføres til barna, selv om de selv ikke vil tilfredsstille kriteriene for en borderlinediagnose (Herr et al., 2008).

Genetiske studier indikerer at temperament er arvelig (Heath, Cloninger, & Martin, 1994), og Barnow og kolleger (2006) fant at barn av mødre med BPD hadde signifikant høyere skårer på ubehagsunnngåelse enn barn av mødre uten diagnosen, en temperamentsdimensjon som er ofte fremtredende hos pasienter med BPD (Zanarini & Frankenburg, 1997). Det kan tenkes at barna i utgangspunktet deler en genetisk sårbarhet for eksempelvis impulsivitet med sin mor (Weiss et al., 1996). Dersom man antar at barnets biologiske utrustning har betydning for utvikling av psykopatologi, kan genetiske faktorer tenkes å komplisere tidlig samspill med en mor med borderlinefungering.

Man vet ennå ikke nok om etiologien bak BPD, og noen argumenterer for at miljøfaktorer som seksuelt misbruk og mødres overinvolvering og inkonsistente atferd spiller en betydelig større rolle enn arvelighet i utviklingen av personlighetsforstyrrelsen (Hobson et al., 2009). Andre fremhever betydningen av utrygg tilknytning og maladaptive indre arbeidsmodeller som mer sentrale deler av forklaringen på ”overføring” av borderlinetrekke mellom generasjoner (Macfie, 2009; Macfie & Swan, 2009).

Når det gjelder barnets bidrag i transaksjonskjeden er det imidlertid tankevekkende at to måneder gamle spedbarn ikke ble vurdert som å være avvikende i

responsivitet og positivt engasjement sammen med mor, selv om mødrene utviste insensitiv atferd, noe som taler mot at barnet utløste denne atferden hos mor. Forskjeller mellom barnegruppene ble først tydelig under og etter stillface-paradigmet, og kom heller til uttrykk gjennom blikk vekk fra mor, negativ affekt og mindre tilfredsstillende gjenopptakelse av samspill, enn gjennom manglende evne til positivt engasjement (Crandell et al., 2003). Hobson og kolleger (2009) konkluderer i sin studie med at samspillsvanskene mer er et resultat av mors bidrag enn av transaksjonelle prosesser. Kiel og kolleger (2011) fant på sin side et transaksjonelt mønster der sannsynligheten for at mødre med BPD utviste insensitiv atferd overfor barnet økte med varigheten av barnets stressreaksjon.

Man har begrenset kunnskap om hvordan barnets konstitusjon påvirker samspillet med mødre med BPD, og hvilken rolle genetisk sårbarhet hos barnet bidrar til utvikling av psykopatologi (Weiss et al., 1996). Det er imidlertid sannsynlig at et barn som i utgangspunktet er spesielt sårbart, eksempelvis barn med utviklingsforstyrrelser eller en funksjonshemning, kan risikere å ikke bli møtt på en tilstrekkelig sensitiv måte fra en mor med en borderlinediagnose. Ut fra kunnskapen man har om disse mødrenes svekkede mestringstro når det gjelder egen foreldrefungering, er det sannsynlig at et robust og tilpasningsdyktig barn vil være atskillig lettere å håndtere enn et barn med spesielle behov.

Selv om barn av mødre med BPD som gruppe befinner seg i en sårbar posisjon, er det store variasjoner i utfall på tvers av individer som opplever fysisk og psykososial motgang (Rutter, 2006). De siste femti årene har fenomenet ”resiliens” gradvis fått økt oppmerksomhet (Borge, 2010), det forhold at enkelte individer klarer seg relativt godt

på tross av erfaringer som forventes å få alvorlige følger. Begrepet refererer til en relativ motstandsdyktighet overfor miljømessige risikoforhold (Rutter, 2007).

Resiliensegenskaper kan være knyttet til miljøet eller til barnet selv, og disse interagerer med hverandre, og eventuelle risikoforhold. Når det gjelder egenskaper ved barnet, vet man at blant annet positiv sosial orientering, selvstendighet, positiv selvfølelse, godmodig temperament, gode kommunikasjonsferdigheter, impuls- og aggresjonskontroll, og det å ha hobbyer og interesser kan beskytte mot skjevutvikling (Borge, 2010). I tråd med transaksjonsmodellen er ikke disse faktorene statiske størrelser, men forhold som vil være i forandring gjennom barnets utvikling i sine relasjoner.

Barnets bidrag i transaksjonen medierer trolig sammenhengen mellom mors borderlinediagnose og skjevutvikling hos barnet, og kanskje er enkelte barn spesielt sårbare i møte med belastningene det kan innebære å vokse opp med en forelder med borderlinefungering. Kunnskap om forhold som bidrar til resiliens er viktig for å kunne fremme sunn utvikling hos vanskeligstilte barn. Beskyttelsesforholdene er sannsynligvis en del av forklaringen på hvorfor noen barn av foreldre med personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser ikke selv utvikler psykiske vansker.

Sammenfattende refleksjoner

Som vi har sett er det grunnlag for å konkludere med at barn av mødre med BPD som gruppe befinner seg i forhøyet risiko for utvikling av psykopatologi og psykososiale vansker. På gruppenivå har mødre med en borderlinediagnose svakere foreldrefungering enn mødre uten diagnosen, noe som understreker viktigheten av å undersøke foreldreatferd og samspill i disse familiene. Det er ingen grunn til å anta at

foreldre med borderlinefungering ikke ønsker det beste for sine barn, men i mange tilfeller vil det altså være vanskelig gi barna tilstrekkelig omsorg og utviklingsstøtte.

Vissheten om sammenhengen mellom BPD hos mor og skjevutvikling hos barnet bærer imidlertid med seg en fare for stigmatisering av en gruppe som allerede møter fordommer fra behandlere og i samfunnet generelt. Pasienter med en borderlinediagnose oppleves ofte som krevende og vanskelige å samarbeide med, og bevissthet omkring risiko for overgeneralisering i møte med individer avgjørende. Diagnosen per se er ikke synonymt med diskvalifisering av foreldrefungeringen til dem som er rammet, og som vi har sett finnes en rekke faktorer som medierer sammenhengen mellom mors borderlinefungering og skjevutvikling hos barnet. Behandlers oppmerksomhet bør rettes mot atferd som er potensielt skadelig for barna, og en eventuell devaluerende innstilling mot en allerede stigmatisert gruppe bør erstattes av fokus på styrking av rammebetingelser i disse familiene. Det er først når foreldrefungeringen svikter at barna blir skadelidende, noe som understreker viktigheten av nettopp å undersøke hvordan de enkelte foreldrene forholder seg til barna sine, framfor å trekke slutninger om individuell foreldrefungering basert på fungering på gruppenivå. Når man vet at stabiliteten i diagnosen er lavere enn tidligere antatt, finnes det et betydelig endringspotensial blant denne gruppa. Behandlingsoptimismen har også økt i de senere år, og man vet at mange personer med BPD kan oppleve lange perioder med tilfredsstillende fungering.

Samtidig kan mødre med BPD utvilsomt inngå i skadelige samspill som gir alvorlige utviklingsmessige konsekvenser for barna deres, og det er viktig at denne risikoen er kjent. I enkelte tilfeller vil omsorgskapasiteten trolig være så dårlig at barna vil ha behov for andre oppvekstrammer. Sammenlikner man estimatene som foreligger

angående risikoen for at foreldre med borderlinefungering påvirker barnet negativt, med risiko for eksempelvis overføring av somatisk sykdom gjennom smitte eller arv mellom foreldre og barn, vil man finne at sannsynligheten for negative effekter av å vokse opp med borderlineforeldre er langt høyere. Dette skulle tilsi at behandlingsapparatet og barnevern i langt større grad enn i dag gjennom behandling av foreldre, styrking av foreldrefungering og tilsyn vedrørende barns oppvekstvilkår, burde følge opp denne gruppa barn og foreldre.

Referanser

- Abela, J. R. Z., Skitch, S. A., Auerbach, R. P., & Adams, P. (2005). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 68-83. doi: 10.1521/pedi.19.1.68.62177
- Ackerman, B. P., Kogos, J., Youngstrom, E., Schoff, K., & Izard, C. (1999). Family instability and the problem behaviors of children from economically disadvantaged families. *Developmental Psychology, 35*(1), 258-268. doi: 10.1037/0012-1649.35.1.258
- Adam, E. K. (2004). Beyond quality: Parental and residential stability and children's adjustment. *Current Directions in Psychological Science, 13*(5), 210-213. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.00310.x
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ammerman, R. T., Cassisi, J. E., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1986). Consequences of physical abuse and neglect in children. *Clinical Psychology Review, 6*(4), 291-310. doi: 10.1016/0272-7358(86)90003-6
- Andersen, D. (2012). Tilknytning og tilknytningsforstyrrelser. In R. Bøye & M. Kjølbye (Eds.), *Borderline: Psykoedukation, forståelse og behandling* (pp. 97-126). København: Hans Reitzels Forlag.
- Anke, T. (2012). Mødre med alvorlig psykisk lidelse og spedbarn - samspill og behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 49*(11), 1040-1060.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder - a systematic review and

- meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 327-338. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x
- Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J., & Stopsack, M. (2012). Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald family study. *Journal of Personality Disorders*, 1-14. doi: 10.1521/pedi_2012_26_058
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 965-972. doi: 10.1097/01.chi.0000222790.41853.b9
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). Borderline personality disorder. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 273-288). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1134-1141. doi: 10.1097/00004583-199811000-00012
- Becker, D. (1997). *Through the looking glass: Women and borderline personality disorder*. Boulder, Colorado: Westview Press.

- Becker, D., & Lamb, S. (1994). Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology-Research and Practice, 25*(1), 55-61. doi: 10.1037/0735-7028.25.1.55
- Berg-Nielsen, T. S. (2010). Barn av foreldre med cluster B personlighetsforstyrrelser. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 360-373). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A., & Dahl, A. A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*, 529-552. doi: 10.1177/1359104502007004006
- Berg-Nielsen, T. S., & Wichström, L. (2012). The mental health of preschoolers in a Norwegian population-based study when their parents have symptoms of borderline, antisocial and narcissistic personality disorders: At the mercy of unpredictability. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(19). doi: 10.1186/1753-2000-6-19
- Biringen, Z. (2000). Emotional availability: Conceptualization and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*(1), 104-114. doi: 10.1037/h0087711
- Biringen, Z., & Easterbrooks, M. A. (2012). Emotional availability: Concept, research, and window on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 24*(1), 1-8. doi: 10.1017/s0954579411000617
- Borge, A. I. H. (2010). Resiliens og sped- og småbarns psykiske helse. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 53-66). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Bouchard, S., & Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunctions. *Current Psychiatry Reports, 11*(1), 55-62. doi: 10.1007/s11920-009-0009-x
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(4), 446-455. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 22*(11), 1065-1078. doi: 10.1016/s0145-2134(98)00087-8
- Burke, A. K., Galfalvy, H., Everett, B., Currier, D., Zelazny, J., Oquendo, M. A., . . . Brent, D. A. (2010). Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(2), 114-121. doi: 10.1016/j.jaac.2009.10.008
- Bøye, R. (2012a). Borderline-personlighetsforstyrrelse. In R. Bøye & M. Kjølbye (Eds.), *Borderline: Psykoedukation, forståelse og behandling* (pp. 49-74). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bøye, R. (2012b). Forstyrrelse i personligheten. In R. Bøye & M. Kjølbye (Eds.), *Borderline: Psykoedukation, forståelse og behandling* (pp. 21-48). København: Hans Reitzels Forlag.

- Caplan, P. J. (1989). *Don't blame mother: Mending the mother-daughter relationship*. New York: Harper & Row, Publishers, Inc.
- Carlin, A. S., Kemper, K., Ward, N. G., Sowell, H., Gustafson, B., & Stevens, N. (1994). The effect of differences in objective and subjective definitions of childhood physical abuse on estimates of its incidence and relationship to psychopathology *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 393-399. doi: 10.1016/0145-2134(94)90024-8
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., . . . Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629. doi: 10.4065/mcp.2009.0583
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Conroy, S., Pariante, C. M., Marks, M. N., Davies, H. A., Farrelly, S., Schacht, R., & Moran, P. (2012). Maternal psychopathology and infant development at 18 months: The impact of maternal personality disorder and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 51-61. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.007
- Crandell, L. E., Patrick, M. P. H., & Hobson, R. P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247. doi: 10.1192/bjp.183.3.239
- Crittenden, P. M., & Newman, L. K. (2010). Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and

- dispositional representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 433-451. doi: 10.1177/1359104510368209
- Crosby, A. E., & Sacks, J. S. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 321-328. doi: 10.1521/suli.32.3.321.22170
- Danti, J., Adams, C., & Morrison, T. L. (1985). Children of mothers with borderline personality disorder - A multimodal clinical study. *Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 22(1), 28-35. doi: 10.1037/h0088522
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder - A review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 6-19. doi: 10.1521/pedi.2009.23.1.6
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M. X., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268-277. doi: 10.1016/s0091-7435(03)00123-3
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Haas, G. L., Sullivan, T., & Frances, A. J. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1002-1007.
- Easterbrooks, M. A., & Biringen, Z. (2009). Introduction to the special issue: Emotional availability across contexts. *Parenting-Science and Practice*, 9(3-4), 179-182. doi: 10.1080/15295190902844266
- Evang, A. (2010). *Utvikling, personlighet og borderline*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline

- personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 157-163. doi: 10.1016/s0010-440x(95)90110-8
- Figuroa, E. F., Silk, K. R., Huth, A., & Lohr, N. E. (1997). History of childhood sexual abuse and general psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 38(1), 23-30. doi: 10.1016/s0010-440x(97)90049-3
- Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 242-276). New York: The Guilford Press.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). The development of borderline personality disorder - A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21. doi: 10.1521/pedi.2008.22.1.4
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 3-42). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 268-280. doi: 10.1521/pedi.1999.13.3.268

- Fountoulakis, K. N., Leucht, S., & Kaprinis, G. S. (2008). Personality disorders and violence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 84-92. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f31137
- Gere, M. K., Hagen, K. A., Villabø, M. A., Arnberg, K., Neumer, S.-P., & Torgersen, S. (2012). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, n/a-n/a. doi: 10.1002/da.22010
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 38-42. doi: 10.1097/00005053-198901000-00006
- Gunderson, J. G., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Stout, R. L., . . . Keller, M. B. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Development, aims, design, and sample characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 300-315. doi: 10.1521/pedi.2000.14.4.300
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, T., Morey, L. C., Grilo, C. M., . . . Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon: Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Heath, A. C., Cloninger, C. R., & Martin, N. G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality - A comparison of the personality systems of Cloninger

- and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 762-775.
doi: 10.1037/0022-3514.66.4.762
- Herr, N. R., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2008). Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning. *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 451-465. doi: 10.1521/pedi.2008.22.5.451
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309-343. doi: 10.1017/s0954579406060172
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12(2), 157-175. doi: 10.1017/s0954579400002030
- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(2), 329-347. doi: 10.1017/s0954579405050169
- Hobson, R. P., Patrick, M. P. H., Hobson, J. A., Crandell, L., Bronfman, E., & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195(4), 325-330. doi: 10.1192/bjp.bp.108.060624
- Hollander, E., Stein, D. J., Decaria, C. M., Cohen, L., Saoud, J. B., Skodol, A. E., . . . Oldham, J. M. (1994). Serotonergic sensitivity in borderline personality disorder - Preliminary Findings. *American Journal of Psychiatry*, 151(2), 277-280.

- Jackson, D., & Mannix, J. (2004). Giving voice to the burden of blame: A feminist study of mothers' experiences of mother blaming. *International Journal of Nursing Practice*, *10*(4), 150-158. doi: 10.1111/j.1440-172X.2004.00474.x
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Ehrensaft, M. K., & Crawford, T. N. (2006). Associations of parental personality disorders and axis I disorders with childrearing behavior. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *69*(4), 336-350. doi: 10.1521/psyc.2006.69.4.336
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, *58*(5), 453-460. doi: 10.1001/archpsyc.58.5.453
- Johnson, S. L., & Jacob, T. (1995). Psychosocial functioning in children of alcoholic fathers. *Psychology of Addictive Behaviors*, *9*(2), 101-113. doi: 10.1037//0893-164x.9.2.101
- Jørgensen, C. R. (2009). *Personlighedsforstyrrelser: Moderne relationel forståelse og behandling af borderlinelidelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kaplan, E. A. (1994). Sex, work, and motherhood: Maternal subjectivity in recent visual culture. In D. Bassin, M. Honey & M. M. Kaplan (Eds.), *Representations of Motherhood* (pp. 256-271). New Haven: Yale University Press.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Roysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., . . . Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: A multivariate twin study.

Archives of General Psychiatry, 65(12), 1438-1446. doi:

10.1001/archpsyc.65.12.1438

Kendziora, K. T., & O'Leary, S. G. (1993). Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems. *Advances in Clinical Child Psychology*, 15, 175-206.

Kiel, E. J., Gratz, K. L., Moore, S. A., Litzman, R. D., & Tull, M. T. (2011). The impact of borderline personality pathology on mothers' responses to infant distress. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 907-918. doi: 10.1037/a0025474

Kjølbye, M. (2008). Om borderline. In P. Skadhede (Ed.), *Livet tæt på - at være pårørende til et menneske med borderline eller psykopati* (pp. 17-34).

København: PsykiatriFondens Forlag

Kjølbye, M. (2012). Mentaliseringsevne og mentaliseringsammenbrud. In R. Bøye & M. Kjølbye (Eds.), *Borderline: Psykoedukation, forståelse og behandling* (pp. 151-165). København: Hans Reitzels Forlag.

Klostermann, K., & Kelley, M. L. (2009). Alcoholism and intimate partner violence: Effects on children's psychosocial adjustment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(12), 3156-3168. doi:

10.3390/ijerph6123156

Kochanska, G., Clark, L. A., & Goldman, M. S. (1997). Implications of mothers' personality for their parenting and their young children's developmental outcomes. *Journal of Personality*, 65(2), 387-420. doi: 10.1111/j.1467-6494.1997.tb00959.x

- Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2011). Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. *Child Abuse & Neglect*(35), 309-318. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.01.006
- Kotch, J. B., Browne, D. C., Ringwalt, C. L., Dufort, V., Ruina, E., Stewart, P. W., & Jung, J. W. (1997). Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse & Neglect*, 21(11), 1025-1037. doi: 10.1016/s0145-2134(97)00063-x
- Kotch, J. B., Browne, D. C., Ringwalt, C. L., Stewart, P. W., Ruina, E., Holt, K., . . . Jung, J. W. (1995). Risk of child-abuse or neglect in a cohort of low-income children. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1115-1130. doi: 10.1016/0145-2134(95)00072-g
- Lawson, C. A. (2000). *Understanding the borderline mother: Helping her children transcend the intense, unpredictable, and volatile relationship*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959-986. doi: 10.1017/s0954579405050455
- Lewis, G., & Appleby, L. (1988). Personality disorder - The patients psychiatrists dislike. *British Journal of Psychiatry*, 153, 44-49. doi: 10.1192/bjp.153.1.44
- Lilleeng, S., Ose, S. O., Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I., & Kalseth, J. (2009). Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Loranger, A. W. (1997). Results. In A. W. Loranger, A. Janca & N. Sartorius (Eds.), *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international*

personality disorder examination (IPDE) (pp. 70-78). Cambridge, UK:

Cambridge University Press.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (1999, sist endret 2009).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) (1999, sist endret 2009).

Macfie, J. (2009). Development in children and adolescents whose mothers have borderline personality disorder. *Child Development Perspectives*, 3(1), 66-71. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00079.x

Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 993-1011. doi: 10.1017/s0954579409000534

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., . . . Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 883-889. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.883

McGuigan, W. M., & Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25(7), 869-883. doi: 10.1016/s0145-2134(01)00244-7

- Meyler, D., Stimpson, J. P., & Peek, M. K. (2007). Health concordance within couples: A systematic review. *Social Science & Medicine*, *64*(11), 2297-2310. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.007
- Minzenberg, M. J., & Siever, L. J. (2005). Biochemical endophenotypes in borderline personality disorder. In M. C. Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 103-126). New York: Taylor & Francis Group.
- Mrazek, D. A., Mrazek, P., & Klinnert, M. (1995). Clinical assessment of parenting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(3), 272-282. doi: 10.1097/00004583-199503000-00010
- Newhill, C. E., Eack, S. M., & Mulvey, E. P. (2009). Violent behavior in borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, *23*(6), 541-554. doi: 10.1521/pedi.2009.23.6.541
- Newman, L. K., & Stevenson, C. S. (2005). Parenting and borderline personality disorder: Ghosts in the nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *10*(3), 385-394. doi: 10.1177/1359104505053756
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(7), 598-605. doi: 10.1080/00048670701392833
- Nigg, J. T., Lohr, N. E., Westen, D., Gold, L. J., & Silk, K. R. (1992). Malevolent object representations in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(1), 61-67. doi: 10.1037/0021-843x.101.1.61

- Nijssens, L., Luyten, P., & Bales, D. L. (2012). Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their Infants. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the Child: Mentalization-Based Interventions with Children, Young People, and their Families* (pp. 79-97). Hove, East Sussex: Routledge.
- Paris, J. (1993). Personality disorders - a biopsychosocial model. *Journal of Personality Disorders, 7*(3), 255-264. doi: 10.1521/pedi.1993.7.3.255
- Paris, J. (1994). The etiology of borderline personality disorder - A biopsychosocial approach. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 57*(4), 316-325.
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 5, pp. 277-290). Palo Alto: Annual Reviews.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Kin, N. M. K. N. Y., Schwartz, G., Steiger, H., & Nair, N. P. V. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Research, 121*(3), 239-252. doi: 10.1016/s0165-1781(03)00237-3
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*(2), 329-335. doi: 10.1037//0003-066x.44.2.329
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(4), 363-373. doi: 10.1016/j.jsat.2011.05.004

- Perepletchikova, F., Ansell, E., & Axelrod, S. (2012). Borderline personality disorder features and history of childhood maltreatment in mothers involved with child protective services. *Child Maltreatment, 17*(2), 182-190. doi: 10.1177/1077559512448471
- Phares, V., & Compas, B. E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology - Make room for daddy. *Psychological Bulletin, 111*(3), 387-412. doi: 10.1037/0033-2909.111.3.387
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46*(11), 1542-1554. doi: 10.1016/s0006-3223(99)00262-0
- Rimehaug, T., Børstad, J., Helmersberg, I., & Wold, J. (2006). De «usynlige» barna. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 11*(126), 1493-1494.
- Roth, K., & Friedman, F. B. (2003). *Surviving a borderline parent: How to heal your childhood wounds & build trust, boundaries, and self-esteem*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Rumm, P. D., Cummings, P., Krauss, M. R., Bell, M. A., & Rivara, F. P. (2000). Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse & Neglect, 24*(11), 1375-1381. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00192-7
- Rutter, M. (2006). The promotion of resilience in the face of adversity. In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families Count: Effects on Child and Adolescent Development* (pp. 26-52). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 205-209. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.001

- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder - Effects on children. *Psychological Medicine, 14*(4), 853-880. doi: 10.1017/S0033291700019838
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2010). *Mentalisering: Å leke med virkeligheten*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Rye, H. (2007). *Barn med spesielle behov*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2 ed., pp. 3-19). New York: The Guilford Press.
- Schacht, E. A. T. (2003). *Mothers with borderline personality disorder: Parenting style and functioning of their adolescent children*. (Ph.D. thesis), The University of Iowa, Iowa City.
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the "Children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 30*(5), 497-522. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.005
- Skodol, A. E. (2005). Psychosocial functioning in BPD. In M. C. Zanarini (Ed.), *Borderline Personality Disorder* (pp. 155-166). New York: Taylor & Francis Group.
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 29-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stern, D. N. (1995). *Moderskapskonstellationen: Et helhedssyn på psykoterapi med forældre og små børn*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Sørensen, L. F. (2007). *Å være mor i moderlandet: Moderskapsdiskurser i Hanne Ørstaviks Tiden det tar (2000) og Trude Marsteins plutselig høre noen åpne en dør (2000)*. (Master), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Torgersen, S. (2005). Epidemiology. In J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of Personality Disorders* (pp. 129-142). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.590
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., . . . Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416-425. doi: 10.1053/comp.2000.16560
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Tuft, G., & Vibe, A.-M. (1987). *Myten om den dårlige mor*. Oslo: J.W Cappelens Forlag.
- Underlid, K. (2005). *Fattigdommens psykologi: Oppleving av fattigdom i det moderne Noreg*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Unger, R., & Crawford, M. (1992). *Women & gender: A feminist psychology*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment - A metaanalysis on the predictive validity

- of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
doi: 10.1037/0033-2909.117.3.387
- Wadsworth, M. E., & Achenbach, T. M. (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: Testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1146-1153. doi: 10.1037/0022-006x.73.6.1146
- Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 41(5), 285-290.
- Whisman, M. A., Tolejko, N., & Chatav, Y. (2007). Social consequences of personality disorders: Probability and timing of marriage and probability of marital disruption. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 690-695. doi: 10.1521/pedi.2007.21.6.690
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(1), 8-19. doi: 10.1080/10673220303937
- White, H., Flanagan, T. J., Martin, A., & Silvermann, D. (2011). Mother-infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 223-235. doi: 10.1080/02646838.2011.576425
- White, H. R. (1997). Alcohol, illicit drugs, and violence. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 511-523). New York: John Wiley & Sons, Inc.

World Health Organization. (1992). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser:*

Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Gyldendal Norsk

Forlag.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of
borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 11*(1), 93-104.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., &
Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder.

Comprehensive Psychiatry, 39(5), 296-302. doi: 10.1016/s0010-440x(98)90038-

4

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004).

Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year

follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry,*

161(11), 2108-2114. doi: 10.1176/appi.ajp.161.11.2108

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*(3), 264-

273. doi: 10.1521/pedi.2000.14.3.264

Zanarini, M. C., & Gunderson, J. G. (1997). Differential diagnosis of antisocial and

borderline personality disorders. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.),

Handbook of Antisocial Behavior (pp. 83-100). New York: John Wiley & Sons,

Inc.

Zuravin, S., & Greif, G. L. (1989). Normative and child-maltreating AFDC mothers.

Social Casework-Journal of Contemporary Social Work, 70(2), 76-84.

