

1 ABSTRACT	1
2 SPECIALETS FUNDAMENT	3
2.1 INDLEDNING.....	3
2.2 PROBLEMFORMULERING	4
2.3 DEFINITIONSAFKLARING	5
2.4 DISPOSITION	6
2.5 TILKNYTNINGSTEORIENS OPRINDELSE OG UDVIKLING	7
2.5.1 OM INSPIRATIONEN TIL AT SE ET ALTERNATIV	7
2.5.2 BETONING AF RELATIONER OG DEN VIRKELIGE VERDEN	9
2.5.2.1 RELATIONERNES VEDVARENDE INDFLYDELSE	9
2.5.3 BOWLBY'S TEORETISKE STÅSTED	10
2.5.4 SAMTIDENS REAKTION PÅ TILKNYTNINGSTEORIEN	11
2.5.5 SYNET PÅ MENNESKET	12
2.5.6 TILKNYTNINGSTEORIENS UDVIKLING MOD EN TERAPEUTISK ANVENDELSE	13
2.6 RATIONALET BAG LITTERATURUDVÆLGELSE	15
3 TILKNYTNINGSTEORETISK VIDEN	16
3.1 TILKNYTNINGSMØNSTRENE'S BENÆVNELSER OG KENDETEGN	16
3.1.1 KÆRT BARN HAR MANGE NAVNE	19
3.1.2 HVAD TILKNYTNINGSMØNSTRENE AFSPEJLER	21
3.1.3 FLERE SLAGS SIDE OM SIDE	23
3.2 INDIVIDETS UDVIKLING I TILKNYTNINGSOPTIK	24
3.2.1 TILKNYTNINGENS INDVIRKNING PÅ DEN SENERE UDVIKLING	24
3.2.1.1 Divergerende bud på korrelationens natur.....	26
3.3 INDVIRKNING PÅ PERCEPTION, ADFÆRD OG FORVENTNINGER.....	28
3.3.1 ARBEJDSMODELLER SOM GRUNDLAG FOR INDIVIDETS FREMFÆRD	28
3.3.1.1 Arbejdsmodellers indflydelse på forsvarsstil.....	29
3.3.1.2 De strategiske arbejdsmodeller	30
3.3.2 I FORSVARETS TJENESTE.....	32
3.3.2.1 Den afvisende patient	33
3.3.2.2 Den overvældede patient	34
3.3.2.3 Den uforløste patient	35
3.4 OPSAMLING	36
4 TILKNYTNINGENS BETYDNING FOR KLINISK PRAKSIS	36
4.1 VALG AF TERAPEUTISKE MÅL MED HENSYNTAGEN TIL TILKNYTNING	36
4.1.1 ER ÆNDRING I TILKNYTNING MULIG?	38
4.1.2 AFRUNDING	39
4.2 OM ARBEJDSALLIANCEN OG DENS BETYDNING FOR TERAPIPROCESSEN	40
4.2.1 HVORDAN FRI-AUTONOM TILKNYTNING KAN PÅVIRKE ALLIANCEN.....	41
4.2.2 HVORDAN UTRYG OG UFORLØST TILKNYTNING KAN PÅVIRKE ALLIANCEN.....	42
4.2.2.1 Den afvisende patient	43
4.2.2.2 Den overvældede patient	44
4.2.3 TERAPEUTEN OG PATIENTENS ROLLE I TERAPIPROCESSEN.....	45
4.3 TERAPIEN SOM SCENE FOR TIDLIGE TILKNYTNINGSOPLEVELSER	46

4.3.1 TILKNYTNINGENS INDVIRKNING PÅ OVERFØRING	46
4.3.2 TILKNYTNINGENS INDVIRKNING PÅ TERAPEUTENS MODOVERFØRING	49
4.4 HVILKE UDFALD KAN FORVENTES MED HVILKE PATIENTER?	50
4.5 OPSAMLING SAMT REFLEKSION OVER TILKNYTNINGSTEORIEN	51

5 HVORDAN SPOTTES TILKNYTNINGSMØNSTRE I TERAPIEN?.....53

5.1 HVAD KAN MAN SPØRGE TIL FOR AT AFDÆKKE TILKNYTNINGSMØNSTRE?	54
5.1.1 TILKNYTNINGSINTERVIEWETS POTENTIALE SOM MØNSTERAFSLØRER	54
5.1.1.1 Tilknyningsinterviewets anvendelighed i psykoterapi	57
5.1.2 EN KRITISK VURDERING AF ANDRE MÅLEMETODER	58
5.2 HVAD ER HEMMELIGHEDEN BAG NARRATIVER?	59
5.2.1 NARRATIVER HOS DE ENKELTE TILKNYTNINGSMØNSTRE	61
5.2.1.1 Den fri-autonome patient.....	61
5.2.1.2 Den afvisende patient	62
5.2.1.3 Den overvældede patient	64
5.2.1.4 Den uforløste patient og uklassificerbare patient	66
5.3 OPSAMLING	68
5.4 HVORDAN KAN TILKNYTNINGSMØNSTRE ELLERS IDENTIFICERES?	68
5.4.1 DET NONVERBALE SPROG.....	68
5.4.2 MODOVERFØRING SOM GUIDE I IDENTIFICERINGS-PROCESSEN.....	70
5.4.3 PATIENTENS MENTALISERINGSEVNE.....	72
5.4.3.1 Mentalisering som en måde at afdække tilknytning i klinisk praksis	74

6 VALG AF INTERVENTIONER **76**

6.1 TERAPEUTISKE OPGAVER UAGTET TILKNYTNINGSMØNSTER.....	76
6.1.1 ETABLERING AF EN SIKKER BASE	77
6.1.2 UDFORSKNING AF EGNE TILBØJELIGHEDER	79
6.1.3 UDFORSKNING AF DEN TERAPEUTISKE RELATION	79
6.1.4 KOBLING MELLEM NUTIDIGE OG FORTIDIGE OPLEVELSER	80
6.1.5 MODIFICERING AF INDRE ARBEJDSMODELLER	81
6.1.6 INTERVENTIONER RETTET MOD NARRATIVER	82
6.2 INTERVENTIONER VED DE FORSKELLIGE TILKNYTNINGSMØNSTRE	83
6.2.1 TERAPIEN MED DEN AFVISENDE PATIENT.....	83
6.2.1.1 At skabe emotionel kontakt med en afvisende patient	84
6.2.1.2 Historieopbrydning som en måde at genskabe fortællinger	86
6.2.1.3 Balancen mellem empatisk afstemning og konfrontation	87
6.2.1.4 Et interventionsperspektiv på undergrupper til afvisende patienter	89
6.2.2 TERAPIEN MED DEN OVERVÆLDEDE PATIENT	90
6.2.2.1 Om at have tiltro til egne evner	90
6.2.2.2 Det hjælpeløse, histrioniske mønster.....	92
6.2.2.3 Det vrede, borderline mønster	94
6.2.2.4 Historieskabelse som vejen ud af kaos.....	97
6.2.3 TERAPIEN MED DEN UFORLØSTE PATIENT	98
6.2.3.1 At hjælpe den uforløste med at overkomme sin angst for tryghed.....	99
6.2.3.2 Vigtheden af at sætte ord på smertefulde oplevelser.....	102
6.3 OPSAMLING	103

7 DISKUSSION 104

7.1 BETYDNINGEN AF TERAPEUTENS TILKNYTNING	105
7.1.1 STYRKER OG VANSKELIGHEDER RELATERET TIL TERAPEUTENS TILKNYTNING	106
7.1.2 MATCHET MELLEM PATIENTENS OG TERAPEUTENS TILKNYTNING.....	108
7.1.2.1 En diskussion af forskellige patient-terapeut konstellationer.....	109
7.2 SKÆRINGSPUNKTER MED PSYKOANALYTISKE TEORIDANNELSER	111
7.2.1 AT INDFANGE PATIENTENS ADFÆRD VIA EN FLEKSIBEL BRUG AF BEGREBER	114
7.3 HVORDAN KAN TILKNYTNINGSTEORIEN BIDRAGE TIL TERAPIEN?	115
7.3.1 INTEGRATION AF KONFRONTERENDE OG STØTTENDE INTERVENTIONER	115
7.3.2 DET RELATIONELLE UDTRYKT VED ARBEJDSMODELLER OG SIKKER BASE	117
7.3.3 TILKNYTNINGSSTIL SOM INTERVENTIONSVEJLEDENDE	118
7.4 AFRUNDING.....	120
7.5 ØVRIGE GRÆNSEFLADER.....	121
7.5.1 DET NEGATIVE UDFALD AF UGUNSTIGE VILKÅR: TILKNYTNING OG PATOLOGI	121
7.5.1.1 Utryk og uforløst tilknytning som forløber til patologisk udvikling?	123
7.5.2 HVORDAN KOMBINERES VIDEN OM TILKNYTNING MED VIDEN OM DIAGNOSER?	124
7.6 PERSPEKTIVERING: RESILIENS – DET POSITIVE UDFALD AF UGUNSTIGE VILKÅR.....	126

8 KONKLUSION 128

11 REFERENCELISTE 132

12 BILAG – OVERSIGT OVER TILKNYTNINGSMØNSTRENE 150

1 Abstract

This thesis is based on an interest to investigate how attachment theory can be helpful in identifying patients' attachment patterns and thereby guide our choice of intervention with particular emphasis on the patients' unique problems and needs. The underlying intention is to be able to identify essential attachment characteristics of the patient as a way to help the patient in the best way possible. Our specific interest in this field is expressed in the following problem: *By acquiring a solid attachment theoretical understanding how can we identify a patient's primary attachment pattern, and from this be guided in choosing appropriate intervention strategies?*

In order to gain an understanding of attachment we have outlined the meaning of the patient's attachment patterns, internal working models, defenses and expected developmental pathway and explored how these core concepts are played out in therapy. Theory, as well as test results, has linked attachment patterns to differences in various aspects of therapy, for instance the quality and development of the therapeutic alliance, process, outcome, transference and countertransference. This supports the relevance of identifying the patient's attachment pattern as it finds expression in therapy. Related to this aim, we find the narrative focus of Adult Attachment Interview especially rewarding, because the structural organization of the patient's narratives are determined by the persons particular pattern. We suggest that attachment theory can help with clinical listening, identifying and intervening with different narrative styles in therapy. The identification process should also include a focus on the patient's body language and capacity to mentalize as well as the therapist's countertransference.

The gained insight helps us analyze which interventions patients with different attachment patterns benefit from. For instance, we argue that the prime task of the therapist is to offer a secure base for the patient. Only from this base can the patient begin to explore. Furthermore, all patients need the therapist to combine confrontation and support, interpretation and holding but the specific balance needs to be adjusted to the patients' unique attachment needs. Broadly speaking, the therapeutic interventions with avoidant patients centre on an empathic and confronting therapist and involve breaking open the self-contained narratives with particular emphasis on strengthening a feeling of intimacy. As regards the preoccupied patients it is essential that the therapist is empathic and limit setting, and helps the patients make stories to gain

coherence and structure besides assisting the patients in strengthening their sense of autonomy and independence. With unresolved patients the therapeutic challenge is to provide a secure-enough frame for the patient to relive and speak about the traumatic and unresolved experiences with enough distance so they do not feel overwhelmed and retraumatized but instead gain a feeling of control and omnipotens.

In keeping with the intention of identifying and intervening in relation to the patient's prevailing attachment pattern, we discuss how the therapist's unique attachment pattern influences these processes as well. Likewise we argue that the dynamics of the unfolding therapy relationship depends on the match between the patient and therapist attachment which we find optimally to be a complementary match. Subsequently, we reflect on how related concepts as Klein's paranoid-schizoid and depressive positions can inform attachment theoretical thinking and place it in a larger psychological practice context with the aim to fit the therapeutic interventions to the individual patient. Following this, we specify the contribution of attachment theory to clinical practice including its emphasis on the therapist as a secure base and the thought that the patients' attachment patterns need specific interventions regardless of other characteristics or symptoms. The discussion of the coherence between psychopathology and insecure or unresolved attachment brings us to consider whether Kernberg's structural interviewing can profit from including attachment theory so we can understand patients' way of functioning more precisely and thereby inform our intervening choices more effectively. Finally, we put resilience into perspective as we consider that a person's internal and external resources can contribute to a potential positive outcome and development in spite of unfavourable conditions.

The point we want to stress in this thesis is that attachment theory holds the potential of enlightening clinical practice and help the therapist in the intervening process.

2 Specialets fundament

2.1 Indledning

Som kommende psykologer ønsker vi at tilegne os viden, vi kan anvende i den terapeutiske interventionsproces ud fra et ønske om at hjælpe patienter til bedring, uagtet hvilken patienttype vi sidder over for. Vi er motiverede af vores første erfaringer med terapeutrollen på Aalborg Universitetsklíník 2009, hvor vi oplevede samspillet med forskellige patienter som utroligt varierende, hvorfor den særegne relation må have stor betydning for terapien. Hertil kommer, at patienter ofte oplever interpersonelle vanskeligheder som motivation for deres terapi, hvilke troligt udtrykkes i terapien (Broberg, Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2010, p. 289). Vi er nysgerrige efter, hvilken viden terapeuten kan trække på i relationen for at forbedre den enkelte patients måde at relatere sig til andre på og dennes livskvalitet. Hvordan kan en sådan viden bringe os nærmere en forståelse for, hvornår og hvorfor terapeuten fx bør være emotionelt tilstedeværende og tilgængelig, opmuntre til selvudforskning samt fremsige verbale interventioner og præsentere indsigter med henblik på at skabe forandring? Relateret hertil er vi fascinerede af og oplevede den store værdi ved vores supervisors evne til at udpege patienters essentielle psykologiske karakteristika og problematikker af betydning for interventionsvalg. Vi er derfor meget inspirerede til selv at tilegne os en lignende evne til at skabe et øjebliksbillede af patienten i terapi-situationen.

På studiet har vi fået kendskab til tilknytningsteorien, som for os at se umiddelbart besidder potentiale som almenmenneskelig forståelsesramme i praksis og ligeledes formår at indbefatte et fokus på relationers betydning. Særlig vigtigt for os peger mange på tilknytningsteoriens anvendelighed ift. terapeutiske interventioner og klinisk tænkning (Eagle, 2006, p. 1087, p. 1092). Ud fra dette perspektiv kan alle siges at have en primær tilknytning, der må antages at præge deres relationsdannelser og generelle fremfærd. Derfor er vi nysgerrige efter at opnå tilknytningsteoretisk viden og få forståelse for, hvordan tilknytningen kommer til udtryk i og præger terapien. Mon patientens verbale såvel som nonverbale markører gør det muligt at afdække, hvordan tilknytning tager sig ud for denne patient? Kan vi, ved at identificere det aktuelle mønster, bedre forstå patienten og lade os guide i valg af interventioner og forudsige hindringer for behandlingen? Og kan sådanne tilknytningsrettede interventioner opfylde vores ønske om at hjælpe patienten? Imidlertid har vi indtryk af, at der

ikke findes kilder, der på tilfredsstillende vis sammenfatter svarene på vores specifikke interesse, hvilket underbygges af Daniels påstand (2006, p. 981) om, at forskning om tilknytningsmønstres indflydelse i individuel psykoterapi er i sin begyndende fase. Vi ønsker derfor selv at afdække tilknytningsteoriens anvendelse i praksis med håbet om, at denne afdækning kan bidrage til vores eksisterende viden i det terapeutiske arbejde. Hermed forstår vi, at der ikke er tale om egentlige forskrifter, men at viden fra tilknytningsteorien kan guide i udvælgelsen af interventionsmuligheder uagtet patientens vanskeligheder, hvilket gør viden om emnet relevant for vores kommende erhverv som psykolog. Gennem behandlingen håber vi at kunne bidrage til både anerkendelsen af tilknytningsteoriens potentiale i klinisk praksis og mere specifikt en integreret fremstilling af dette link. Det er ovenstående tanker og uafklarede spørgsmål, der leder til følgende problemformulering.

2.2 Problemformulering

Hvordan kan vi ud fra tilegnelsen af en solid tilknytningsteoretisk forståelse identificere patientens primære tilknytningsmønstre og herudfra lade os guide i valget af hensigtsmæssige interventionsstrategier?

Således er vores fokus på forståelse, identificering såvel som intervention ud fra en tilknytningsteoretisk optik¹. Vi ønsker at beskæftige os med usikre tilknytningsmønstre, da størstedelen af patienterne er usikkert tilknyttede, og flere studier indikerer en forbindelse mellem disse mønstre, psykologiske problemer og psykopatologi, som vi forventer at møde i terapien². Derfor finder vi det netop interessant at beskæftige os med de mål, udfordringer og faldgruber, det indebærer at behandle disse patienter, der angiveligt kræver hver sin terapeutiske strategi (Daniel, 2006, p. 972, p. 975, p. 981; Parish & Eagle, 2003, p. 282). Trygt tilknyttede behandles således mestendels ud fra et ønske om at kunne skelne dem fra utrygge. For at læseren kan have samme afsæt som os, finder vi en definitionsafklaring af basale begreber nødvendig.

¹ Vores psykodynamiske udgangspunkt vil præge specialet.

² Trods oplagte og interessante koblinger til specifikke patienttyper eller lidelser vælger vi at holde fokus på tilknytning ift. vores interesse om at kunne forstå den enkelte patient ud fra denne almenmenneskelige forståelsesramme.

2.3 Definitionsafklaring

Tilknytning betegner en disposition til at søge og opretholde nærhed og kontakt (emotionelt bånd) til en person, som har karakter af beskytter, kaldet *tilknytningsfigur*. Båndet er udtryk for et samspil mellem barnets behov for omsorg og tilknytningsfigurens vilje og evne til at give omsorg. Tilknytning henviser ligeledes til kvaliteten af et individs tilknytning, hvor tryk tilknytning indebærer, at man føler sig tryk og sikker. Bowlby anvender betegnelsen monotropi for at indfange tendensen til særligt at knytte sig til én person, om end han anerkender, at man ofte har et hierarki af tilknytningspersoner. Dispositionen varer ved livet igennem (Bowlby, 1997, p. 371; Broberg, Granqvist, Ivarsson & Mothander, 2008, p. 51, p. 187; Holmes, 1993, p. 67, p. 69; Juri, 2003, p. 227).

Tilknytningsadfærd defineres som: "[...] enhver form for adfærd, der bevirker, at en person opnår eller opretholder tæt kontakt med et andet klart identificeret individ, som opfattes som værende bedre i stand til at klare sig i verden." (Bowlby, 2001, p. 35). Det er således en type adfærd, der adskiller sig fra made- og seksuel adfærd og især kommer til udtryk, når man er ked af det, syg eller bange. Tilknytningsadfærden tjener som beskyttelse mod opfattede farer mod ens fysiske og/eller psykiske velbefindende. Den nærhedssøgende adfærd kan organiseres i mønstre ud fra erfaringer og forventninger fra tidlige relationer og adskiller sig fra begrebet afhængighed, der har en mere negativ klang, ikke tillægges en biologisk funktion og ikke er rettet mod en specifik person (Bernth, 2003, p. 517; Bowlby, 2001, p. 35, 2000, p. 139f, 1997, p. 371; Holmes, 1993, p. 68). Koordineringen af forskellige enkeltstående adfærdstyper varetages af det såkaldte *tilknytningssystem*, der har til formål at udfylde den evolutionære funktion at opnå nærhed og dermed tryghed. Systemet aktiveres, når tryghedsfølelsen ikke er til stede eller trues, og adfærdstypen afspejler det mest adaptive i den givne situation (Broberg et al., 2008, p. 49; Smith, 2003, p. 19, p. 22, p. 49).

Ud fra adfærdsobservationer af børn er forskellige *tilknytningsmønstre*³ identificerbare, der overordnet kan inddeles i sikre og usikre, hvilket vi behandler nærmere i afsnit 3.1 (Bowlby, 2001, p. 138, 2000, p. 119). I tilknytningsteorien figurerer begreberne *indre arbejdsmodeller* og *en sikker base* ligeledes. Indre arbejdsmodeller udgør-

³ Vi er opmærksomme på, at betegnelserne *mønster*, *type*, *stil* og *klassifikation* anvendes i flæng, og for os at se refereres med dem alle til, at der skal være et vist antal kendetegn tilstede for at kunne bruge betegnelserne.

res af repræsentationer af gentagne samspilserfaringer med tilknytningspersonen og skaber forventninger om fremtidige begivenheder og andres reaktioner på potentielle handlemåder, hvilket muliggør foregribelse af hændelsesforløb (Bowlby, 1998a, p. 236). En sikker base henviser herimod til barnets forvisning om, at det trygt kan udforske omgivelserne på egen hånd, vel vidende at tilknytningsfiguren er til rådighed med omsorg, trøst og opmuntring, så snart behovet opstår (Bowlby, 2001, p. 19).

2.4 Disposition

Vores hensigt om at nå til en forståelse, af hvordan terapeutiske interventioner potentielt kan tilpasses den enkelte patients⁴ tilknytningsmønster, implicerer, at vi først placerer tilknytningsteorien i dens historiske kontekst. Hernæst følger en nærmere redegørelse af basale tilknytningsteoretiske begreber, som vi vurderer særligt gavnlige at have indgående kendskab til: tilknytningsmønstre, udviklingsstier, arbejdsmodeller og forsvar. Vi søger dernæst at afdække, hvorledes patientens tilknytningsmønster mere specifikt indvirker på essentielle terapeutiske aspekter, for at påvise om vi overhovedet kan gøre os forhåbninger om at kunne observere mønstrene i terapien. Denne viden danner grundlag for den efterfølgende analytiske behandling af, hvordan patientens tilknytningsmønster kan identificeres i terapien med inddragelse af et narrativt perspektiv, et fokus på patientens kropssprog og mentaliseringsevne samt terapeutens modoverføringsfølelser. Ud fra den hidtidigt opnåede viden fordyber vi os i vores egentlige interesse: at hjælpe patienten gennem tilknytningsrettede interventioner. Vi medtager John Bowlbys generelle terapeutiske opgaver forinden afdækningen af, hvordan terapeuten med fordel kan intervenere over for de specifikke mønstre med hensyntagen til deres særegne behov. I diskussionen reflekterer vi over nogle yderligere perspektiver, der har vakt vores interesse gennem specialet. Således belyser vi betydningen af terapeutens tilknytning og matchet med patientens med henblik på terapiprocesen. Derefter diskuterer vi mulige grænseflader mellem tilknytningsteoretiske og beslægtede begreber, ligesom vi søger at explicitere tilknytningsteoriens særlige bidrag til klinisk praksis. Endelig forholder vi os kritisk til, hvorvidt det er muligt at sammentænke patientens tilknytningsmønster og patologisk udvikling. Det rejser desuden spørgsmålet, om en anden tilgang, til at forstå og hjælpe patienten, kan have gavn af at medtænke et tilknytningsteoretisk perspektiv. Slut-

⁴ Fremover benævnes patienten "han" og terapeuten "hun".

telig perspektiverer vi til fænomenet resiliens, der betegner den hensigtsmæssige udvikling trods ugunstige vilkår.

Vi vil løbende inddrage og reflektere over empiri for at underbygge såvel som supplere tilknytningsteoretiske formuleringer, ligesom vi medtager enkelte vignetter fra egne klientforløb for at uddybe vores forståelse af teoretiske begreber.

2.5 Tilknytningsteoriens oprindelse og udvikling

2.5.1 Om inspirationen til at se et alternativ

John Bowlby (1907-1990), britisk psykiater og psykoanalytiker, havde en stor interesse i de tidlige relationers betydning for børns udvikling. Baggrunden herfor begyndte i 1929 i forbindelse med arbejdet på en skole for miljøskadede børn, hvor han fik indblik i deres svært forstyrrede relationer til deres mødre. Denne faktor optog ham og blev drivkraften for hans uddannelse og videre arbejde bl.a. på Tavistock Klinikens børneafdeling samt i udarbejdelsen af en rapport for WHO i 1950 om den skadelige effekt på personlighedsudviklingen, som tab af eller uhensigtsmæssig moderomsorg bevirker (Bowlby, 2001, p. 29, 2000, p. 7f, p. 136; Fonagy, 2006, p. 13; Mortensen, 2006, p. 200f). Viden herfra bidrog til Bowlbys tvivl om funktionaliteten ved datidens driftsteori, if. hvilken det emotionelle bånd mellem mor og barn ansås som sekundært ift. mad:

”Denne teori forekom mig ikke at stemme overens med kendsgerningerne. Hvis den var sand, skulle et lille barn på et eller to år for eksempel uden videre føle sympati for enhver, der giver det mad, og det er helt tydeligt ikke tilfældet.” (Bowlby, 2001, p. 32).

Bowlby søgte en forklaring på moderens primære betydning som baseret på mere end blot tilfredsstiller af barnets sultbehov, hvilket ikke stemte overens med hans erfaringer med børn. Han fandt alternative måder at begribe relationens betydning, idet han gjorde brug af og underbyggede sin teori med observationer fra bl.a. den etologiske forskning⁵ af dyreungers tilknytning til deres mødre (ibid., p. 33; Mortensen, 2006, p. 201). Således inspireredes han i 1951 af den østrigske psykolog og zoolog

⁵ Studiet af dyrs adfærd (Egidius, 2005, p. 147).

Konrad Lorenz' (1903-1989) opdagelse af, at visse fugleunger udvikler stærke bånd til en moderfigur, der ikke tilvejebringer mad. Båndet synes derimod at bero på, at ungen tilbringer megen tid med moderfiguren og bliver fortrolig med denne. Ligeledes blev Bowlby motiveret af den amerikanske psykolog Harry Harlows (1905-1981) iagttagelse (1958) af, hvorledes moderdepriverede abeunger tilbragte mere tid hos en blød modermodel lavet af stof end hos en af ståltråd, hvor de kunne få mad (Bowlby, 2000, p. 136; Egidius, 2005, p. 212, p. 338; Smith, 2003, p. 19). I sådanne observationer fandt Bowlby støtte for sine antagelser og præsenterede teorien om, at mekanismen bag båndet er en evolutionær adaption, og at den relaterede tidlige tilknytningsadfærd tjener til beskyttelse mod farer og følgelig har overlevelsessværdi (Bowlby, 1988, p. 2; Smith, 2003, p. 19). Han trak desuden på systemteori⁶, idet han beskrev adfærden som kybernetisk⁷ organiseret, med hvilket bl.a. menes, at adfærden aktiveres under visse betingelser og ophører under andre (Bowlby, 2001, p. 11; Fonagy, 2006, p. 18). Han forklarede overordnet om teorien:

”Det jeg af praktiske grunde kalder tilknytningsteori, er en måde at begrebsliggøre menneskers tilbøjelighed til at skabe stærke følelsesmæssige bånd til ganske bestemte andre mennesker og forklare de mange former for emotionel ulykke og personlighedsforstyrrelse, [...] som ufrivillig separation og tab giver anledning til.”
(Bowlby, 2000, p. 135).

Bowlbys særlige forskningsfelt udgjordes af det lille barns overflytning fra hjem til børnehjem eller hospital. Som nævnt udgjorde børns oplevelse af separation og tab og deres følgevirkninger en stor motivation for hans arbejde. Han identificerede og beskrev de psykologiske reaktioner på nævnte hændelser og udviklede en teori om sorg⁸ (ibid., p. 8; Mortensen, 2006, p. 217).

⁶ Omhandler hvordan levende eller biologiske systemer organiseres (Buhl-Nielsen, 2003, p. 547).

⁷ Studiet af kommunikations- og styringsprocesser i mekaniske eller elektroniske systemer set i lighed med processerne i organismer (Politikens Nudansk Ordbog, 1999).

⁸ Behandles ikke da den falder uden for vores interesseområde.

2.5.2 Betoning af relationer og den virkelige verden

Som det fremgår, vægtede Bowlby udforskning af børns virkelige oplevelser frem for en rekonstruktion af barnet, således som det forekom i den klassiske psykoanalytiske teori, som han mente havde overdreven vægt på intrapsyriske fænomener på bekostning af omgivelserne. I stedet ønskede han at rette fokus på oplevede tab og forældrenes adfærd over for barnet, aspekter, han fandt, var undervurderet, men som analytikeren burde undersøge, foruden at afdække barnets indre repræsentationer heraf (Bowlby, 2001, p. 53; Mortensen, 2006, p. 223, p. 227).

Bowlby samarbejdede med den canadiske psykolog Mary Ainsworth (1913-1999) til gensidig inspiration. Således udviklede hun, på baggrund af Bowlbys identificering af børns reaktion på separation, Fremmedsituationen⁹ med henblik på at afdække individuelle forskelle i tilknytning. Ud fra iagttagelser af spædbørns adfærd over for moderen identificerede hun på tværs af børnene nogle karakteristiske mønstre, der alle bør betragtes som generaliseringer (jf. 3.1). Hendes interesse for betydningen af omsorgsgiver-barn relationen kom ligeledes til udtryk i hendes begreb *en sikker base*, hvilken er betinget af omsorgsgivers sensitivitet over for barnets adfærd (Bowlby, 2001, p. 55; Holmes, 1993, p. 72, p. 104f; Olsen, 2002b, p. 872). Begrebet blev en central egenskab i tilknytningsteorien, og Bowlby mente, at mennesker livet igennem gør brug af en sådan sikker base-model, samt at nære tilknytninger giver styrke og glæde. Modsat er individet uden fornemmelsen af en sikker base rodløs og inderlig ensom (Bowlby, 2001, p. 136, 2000, p. 140, 1998b, p. 442).

2.5.2.1 Relationernes vedvarende indflydelse

De forskellige tilknytningsmønstre beskrives som blivende en del af barnet (Bowlby, 2001, p. 141, p. 144f). Med viden om oplevelsers følelsesmæssige kvalitet samt inddragelse af kognitionspsykologi forklarede Bowlby dette forhold ud fra begrebet *indre arbejdsmodeller*, der konstitueres igennem reelle relationsoplevelser med omsorgsgivere i den tidlige spædbarnsalder. Barnets syn på selv og omverden er forbundet med erfaringer med omsorgsgiveres pålidelighed og afspejler deres billede af

⁹ For en beskrivelse heraf se afsnit 3.1.

barnet¹⁰. Grundet den konstante brug af modellerne fungerer de efterhånden automatisk og ubevidst med generalisering til følge og forudsiges at vare ved (jf. 3.3.1) (ibid., p. 144f, p. 149f, 1988, p. 4; Mortensen, 2006, p. 211).

Bowlbys teori er tillige en udviklingsteori, som indbefatter omgivelsernes betydning for menneskets udvikling. Han betragtede den fremherskende psykoanalytiske teori om faser, som man kunne fikses i og/eller regrediere til, som uforenelig med samtidens nye viden om børns udvikling. Han tog i stedet udgangspunkt i biolog Conrad Waddingtons begreb om udviklingsstier, med hvilke tænkes, at individet livet igennem kan udvikle sig i forskellige retninger. Hvilke stier, der vælges, determineres af samspillet mellem barnets genetiske prædisponeringer og dets miljø, særligt hvordan omsorgsgiverne behandler det og barnets reaktion herpå. Valgmulighederne indskrænkes som følge af, at individets handlinger bliver stadigt mere differentierede i samspil med miljøet, efterhånden som det bliver voksen (Bowlby, 2001, p. 76, p. 134, pp. 150-152; Marrone & Cortina, 2003, p. 3; Mortensen, 2006, p. 205).

2.5.3 Bowlbys teoretiske ståsted

Bowlby anså sin teoretiske referenceramme som psykoanalytisk¹¹, men forholdt sig især kritisk til, at psykoanalysen manglede eksperimenter og observationer til underbyggelse, og han ønskede at gøre den mere videnskabelig ved bl.a. at underkaste sin teori empirisk kontrol (Bowlby, 2001, p. 77f; Mortensen, 2006, p. 223f). Han mente selv, at tilknytningsteorien levede op til kriterier for en videnskabelig disciplin, da den som teoretisk apparat, udover at rumme megen psykoanalytisk tænkning, ligeledes indførte nye psykologiske principper, der var forenelige med bl.a. neurofysiologiens og udviklingsbiologiens. Med inddragelsen af disciplinerne evolutionsteori, etologi, systemteori og kognitionspsykologi søgte han at integrere et psykobiologisk syn på den menneskelige udvikling frem for et mere fysisk, der havde domineret hos Freud (Bowlby, 2001, p. 134, 2000, p. 135; Mortensen, 2006, p. 223f).

¹⁰ Betoningen af omgivelsernes betydning for personlighedsdannelse og selvforfølelse ses tillige i selvpsykologien, grundlagt af Heinz Kohut. Han mente, at det såkaldt sammenhængende selv udvikles inden for en matrix af empathiske selvobjekter, der udfører funktioner, som selvet ikke kan varetage. Måden hvorpå selvobjektet opfylder disse funktioner indoptages i barnets selv og selvværd (Brisch, 2002, p. 48f).

¹¹ Af den psykoanalytiske metateoris fem grundantagelser, accepterede Bowlby i ændret udgave den *genetiske* (at udviklingen forløber gradvist), den *strukturelle* (betydningen af det ubevidste) og den *adaptive* antagelse (forekomsten af psykologiske forsvarsmekanismer), mens han blankt afviste den *økonomiske* (tesen om drifternes dominerende betydning) og *dynamiske* antagelse (tesen om den psykiske energis bestemte mængde) (Broberg et al., 2008, p. 134, p. 276).

Mere specifikt har Bowlbys arbejde rod i objektrelation-traditionen¹², særlig som den var fremført af de britiske analytikere Melanie Klein (1882-1960), Michael Balint (1896-1970), Donald Winnicott (1896-1971) og William Fairbairn (1889-1964), om end han også var uenig med dem. Fx gav han udtryk for en for løselig brug af ubevidste fantasier som årsagsforklaring hos Klein og en manglende udforskning af bevæggrunden for deres oprindelse, ligesom han ikke accepterede tilskrivningen af barnets angst som beroende i had og misundelse. På linje med Winnicott betegnede han den indre verden som formet af den ydre frem for barnets indre fantasier eller projektioner (Bowlby, 2001, p. 38; Broberg et al., 2010, p. 273; Egidius, 2005, p. 61, p. 151, p. 288, p. 619; Mortensen, 2006, p. 225). I 1958 og 1960 fremsatte Bowlby sin teori om tilknytning med udgivelsen af tre artikler herom. Han mente, at omgivelserne besidder en markant rolle i psykopatologisk udvikling, og hans intention med teorien var at kunne diagnosticere og behandle emotionelt forstyrrede patienter og deres familier. Hans hovedværk er trilogien *Attachment* (1969), *Separation* (1973) og *Loss* (1980) (Bowlby, 2001, p. 7, 2000, p. 135; Mortensen, 2006, p. 202).

2.5.4 Samtidens reaktion på tilknytningsteorien

Bowlbys oprindelige intention, om at bibringe psykoanalysen et solidt videnskabeligt fodfæste, fik langt fra den anerkendelse og indflydelse, han havde håbet på. Tværtimod førte udviklingen af tilknytningsteorien til et indbyrdes anstrengt forhold til psykoanalysen, og at Bowlby blev frosset ude af det psykoanalytiske selskab. Striden kan delvis spores til en tendens i samtiden til at betragte det som uacceptabelt at udvise uenighed med Freud ud over en vis grænse. Den overordnede kritik af Bowlby gik netop på, at tilknytningsteorien var udviklet ud fra væsentlige misforståelser af psykoanalysen, at Bowlby opgav drifterne og ubevidste processer, var for mekanisk og tog for let på de indre fantasier og det emotionelle liv i hans inddragelse af virkelige relationers vigtighed samt reducerede ætiologiske overvejelser til blot at indbefatte fysisk separation. Kritikken har ligeledes haft rod i hans etologiske inspiration, da han blev dadlet for at behandle mennesker som dyr. Bowlbys egen identificering med psykoanalysen samt hans mission om at forbedre dennes fundament gjorde det svært begribeligt for ham, at hans arbejde blev afvist (Fonagy, 2006, p. 9f; Holmes, 1993, p. 5f, p. 8; Marrone & Cortina, 2003, pp. 11-13; Møhl, 2003, p. 480).

¹² Bowlby anså tilknytningsteorien som en videnskabeligt funderet variant af objektrelationsteori (Broberg et al., 2010, p. 273).

Uoverensstemmelserne kan desuden bero på, at teorierne vægter vidt forskellige genstandsfelter. Med psykoanalysen var det en udbredt antagelse, at data, fremkommet gennem analytisk terapi, gav mere direkte adgang til den intrapsykiske dynamik, og at den normale udvikling begrebsliggøres på baggrund af kliniske rekonstruktioner af patienter. Bowlby problematiserede denne retrospektive måde at forsøge at efterspore et klinisk syndroms oprindelse og herudfra udlede teoretiske antagelser. Han ønskede i stedet at anvende en prospektiv strategi, idet han observerede børn, som baggrund for sine udtalelser, og tog udgangspunkt i normaludviklingen (Bowlby, 2001, p. 34, 1998a, p. 11f; Høyer, 2000, p. 572; Marrone & Cortina, 2003, p. 12; Mortensen, 2006, p. 225).

2.5.5 Synet på mennesket

Bowlby indførte dermed en måde at forstå kliniske tilfælde, der på væsentlige områder adskilte sig fra og udgjorde en uforenelig erkendelsesteori med psykoanalysens (Fonagy, 2006, p. 11f). Han beskrev selv den markante forskel således:

”[...] enhver der lagde vægt på de virkelige oplevelser, barnet har haft og måske stadig har, blev betragtet som jammerligt naiv. Det blev forudsat næsten per definition, at enhver, der var interesseret i den ydre verden, ikke kunne interessere sig for den indre verden, ja næsten helt sikkert var i færd med at flygte fra den.” (Bowlby, 2001, p. 53).

Med Bowlbys overbevisning om omgivelsernes indflydelse undrer det ikke, at han kritiserede psykoanalysen for at tillægge intrapsykiske fænomener og konflikter overdreven vægt på bekostning af faktiske begivenheder. Således er han opmærksom på at vægtlægge objektets indflydelse på subjektet; det overvejende passive selv formes af objektets utilstrækkelighed samt fravær. Han fastslog dog ydmygt, at man langt fra ved nok til at kunne udlede, hvilke oplevelser der medfører hvilke vanskeligheder (Bowlby, 2000, p. 30f; Holmes, 1993, p. 8; Mortensen, 2006, p. 223).

Trods væsentligt forskellige måder at forstå mennesket på, er begge retninger præget af hermeneutisk tænkning, i og med at mennesket anses som et fortolkende væsen, der søger at skabe mening i verden, og betragtninger af verden vil derfor altid

være personligt farvet. Freuds interesse for terapien indebar uundgåeligt, at indre fortolkninger prægede hans arbejde. Problemet hermed kan være, at repræsentationer af virkeligheden per definition henviser til den oplevelsesmæssige virkning af den indre og ydre verden, hvorfor de er genstand for forvrængning og modifikation. Samtidig bør det nævnes, at Freud ikke fuldstændig afskrev vigtigheden af det ydre, men blot ikke beskrev det som det centrale (Fonagy, 2006, p. 177; Mortensen, 2006, p. 226). Bowlby anerkendte ligeledes fantasien som en måde at skabe mening i mellemmeneskelige oplevelser, men insisterede på, at faktiske begivenheder var det mest interessante, da de udgør basen for fantasiens udfoldelse. I den forbindelse er han blevet kritiseret for at være så ivrig efter at forstå al psykopatologi som et resultat af reelle hændelser, at han undervurderede det indre psykiske liv gennem barnets egne fortolkninger af de faktiske begivenheder. Ved at antage, at det ikke blot er et spørgsmål om fortolkning, men at der reelt *også* kan observeres noget, bestræbte han sig dog på at bygge bro mellem den intrapsykeiske organisation og barnets observerbare instinktafdækning med begrebet indre arbejdsmodeller (Høyer, 2000, p. 573f; Marrone & Cortina, 2003, p. 14; Mortensen, 2006, p. 229).

Nævnte subjekt-objekt-diskussion er udtryk for et gradsspørgsmål, da begge tilgange synes overensstemmende på flere punkter, herunder at barnet er socialt rettet fra fødslen, og at mentale repræsentationer har betydning for individets forståelse af og tilpasning til omverdenen. Ligeledes kan det fremhæves, at begge teoretiske strømninger er fænomenologiske i deres syn, idet de ser mennesket som meningssøgende og vægter den subjektive oplevelse. Således er det formentlig mere udbytterigt at anlægge et integrationsperspektiv, hvor de to tilgange forsøges suppleret (Broberg et al., 2008, p. 134; Kvale, 2005, p. 49; Madsen, 2000, p. 86). Væsentligt at bemærke er, at Bowlby selv i sit værk *Attachment* (1997, p. xi) gav udtryk for at være overrasket over at erfare, at han beskæftigede sig med meget af det samme som Freud, men at han blot var startet et andet sted. Han fremhæver derfor den vigtige erkendelse, at: *"From a new viewpoint a familiar landscape can sometimes look very different"* (ibid., p. xv).

2.5.6 Tilknytningsteoriens udvikling mod en terapeutisk anvendelse

Bowlby har fået status som en af de psykologisk set vigtigste personer i det 20. århundrede, idet han har fastslået vigtige principper, som den negative påvirkning af

moderdeprivation, vigtigheden af binding mellem forældre og barn samt behovet for en sikker base og at føle sig tilknyttet. Alligevel er hans teori til stadighed omdiskuteret, og fremførte strid eksisterer fortsat i et vist omfang, ligesom Bowlby langt fra har fået så meget opmærksomhed som fx psykiater, psykoanalytiker og spædbarnsforskeren Daniel Stern (f. 1934), hvis teori i høj grad bygger på Bowlbys tanker¹³. I takt med psykoanalysens øgede interesse for det virkelige frem for rekonstruerede spædbarn samt en større åbenhed overfor empirisk bevis, er interessen for tilknytningsteorien steget markant (Egidius, 2005, p. 552; Fonagy, 2006, p. 10, p. 26, p. 172; Holmes, 1993, p. 2f, p. 7, p. 103; Mortensen, 2006, p. 229).

Udover Ainsworths betydningsfulde samarbejde med Bowlby har mange andre forskere¹⁴ bidraget til en videreudvikling af tilknytningsteorien, således at den i dag af mange betragtes som den bedst underbyggede teori om social-emotionel udvikling, der er til rådighed. Årsagen hertil er formentlig, at Bowlbys tanker har medført udførelsen af en række empiriske undersøgelser (ibid., p. 39). Fx udvidede professor og tilknytningsforsker Mary Main Bowlby og Ainsworths konklusioner ved at rette forskningens fokus fra barndommen til voksenlivet. Hun udførte adskillige undersøgelser om tilknytning og blev interesseret i den indre verden af mentale repræsentationer, hvilket førte til udformningen af hendes vigtigste metodiske bidrag, the Adult Attachment Interview (AAI) (jf. 5.1.1), der muliggjorde studiet af tilknytningens indre verden hos voksne (Marrone & Cortina, 2003, p. 17; Wallin, 2007, p. 9, p. 25f). Mains bidrag inspirerede efterfølgende psykoanalytiker og klinisk psykolog Peter Fonagy (f. 1952) og hans kolleger til at fremføre, at mellem menneskelige tilknytningsrelationer er den primære kontekst, hvorigennem den afgørende menneskelige evne til indsigt og empati udvikles. Således er det psykobiologiske formål med tilknytning, at barnet får mulighed for at bruge sine relationer til at lære at forstå egne og andres bevidsthedstilstande, den såkaldte evne til *mentalisering* (jf. 5.4.3) (Broberg et al., 2008, p. 201f; Wallin, 2007, p. 9).

¹³ Stern er fx stærkt inspireret af Bowlbys formulering af indre arbejdsmodeller i sin egen præsentation af Generaliserede Interne Relationer (RIG) som henviser til summen af de mange repræsentationer af tilknytninger, barnet har været udsat for, som påvirker dets måde at forholde sig til omverdenen på (Rechenbach, 2003a, p. 534).

¹⁴ De medtagne teoretikere er udtryk for et oprids af de, for os at se, mest spændende bidragsydere. I specialet vil en lang række teoretikere blive inddraget i det omfang, deres perspektiver og tanker belyser vores interesse i at identificere og anvende tilknytningsmønstre i psykoterapi.

Af særlig relevans for vores praksisrettede interesse, finder vi det informativt, at blandt andre psykiater og psykoterapeut Jeremy Holmes, professor og psykoanalytiker Morris Eagle og psykolog Arietta Slade, udsiger sig om relevansen af at forsøge at sammenføre psykoanalysen og tilknytningsteorien teoretisk og klinisk. Holmes' bidrag repræsenterer formentlig den mest omfattende fremstilling af en tilknytnings-teoretisk psykoterapi. Uover at præsentere kompetente bud på en integration af de to retninger, indfører han en række interessante forslag til terapeutisk praksis, fx hvordan bestemte narrative evner afspejler forskellige tilknytningsmæssige vanskeligheder, samt at terapien overordnet må fungere som både historieskabende og historie-brydende. Eagle beskæftiger sig kritisk med tilknytningsteorien gennem sit integrationsforsøg med psykoanalysen, men sætter samtidig stor pris på dens mange styrker, fx det empiriske grundlag. Han giver desuden gode bud på en sontring mellem terapeutiske opgaver ud fra patientens tilknytningstype. Slades arbejde er tillige af vigtighed i påvisningen af relevansen og brugbarheden af et tilknytningsteoretisk klinisk sigte. Vores motivation fremmes af hendes påpegning af tilknytningsteorien som en række nyttige principper, der kan forbedre det kliniske arbejde. Mere specifikt inspirerer hendes påstand, om at tilknytningsteoriens fokus på fortælling har kliniske implikationer i terapien, os til videre behandling heraf (Fonagy, 2006, p. 147, p. 155f, p. 160, p. 162f, p. 166). Med henblik på terapeutiske interventioner finder vi inddragelsen af praktiserende klinisk psykolog David Wallin givtig, idet han i sit værk *Attachment in Psychotherapy* (2007) sammenfatter tilknytningens betydning i terapeutisk sammenhæng ud fra en praktikers synsvinkel (Wallin, 2007, p. xif).

Dermed er der meget der tyder på, at tilknytningsteoretisk viden kan bidrage til terapeutens praktiske virke, hvilket bestyrker vores tro til berettigelsen af vores ærinde.

2.6 Rationalet bag litteraturudvælgelse

Som Holmes (2003, p. 30f) gør opmærksom på, er det umuligt at udøve ateoretisk psykoterapi. Ethvert forsøg på at hjælpe mennesker vil bygge på en række implicite eller eksplicite modeller om fx relationers egenskaber, sindets struktur samt normal- og psykopatologisk udvikling. Vi anser det derfor som nødvendigt med en grundig gennemgang af de tilknytningsteoretiske formuleringer, vi ønsker at gøre brug af, og er i den forbindelse opmærksomme på, at de perspektiver, vi løbende vælger at ind- drage, utvivlsomt er af betydning for den fremskaffede viden og samtidig udelukker

andre vinkler på problemformuleringen. Derfor ønsker vi at explicitere, at den teoretiske behandling vil bære præg af at inkludere adskillige teoretikere, da vi fx behøver Bowlbys tilgang i vores grundlæggende forståelse af tilknytningsteoretiske principper, men samtidig må supplere med en forståelse af teoriens praktiske anvendelse andetsteds, da han kun i mindre grad beskæftigede sig hermed (Mortensen, 2006, p. 229f). Dermed arbejder vi ud fra tanken om, at der ”ikke er noget så praktisk som en god teori”, idet vi anerkender, at vores praktiske interesse må funderes i og formuleres på baggrund af en solid og fyldestgørende teoretisk viden om tilknytningsteoriens finesser. Terapeuten må have tiltro til sin teori og anvende den som guide i det praktiske arbejde (Bowlby, 2001, p. 46; Sable, 2000, p. 86). Vi formoder, at denne eklektiske holdning er mest givtig for en tilfredsstillende besvarelse af vores interesse. En sådan bestræbelse er i god tråd med tilknytningsteorien som en interdisciplinær teori, der har et integrativt sigte på tværs af forskellige vidensområder (Egidius, 2005, p. 127; Marrone & Cortina, 2003, p. 19).

3 Tilknytningsteoretisk viden

De følelser vi har, de planer vi lægger, vores syn på os selv og omverden samt den adfærd, vi udviser, er i vid udstrækning en refleksion af vores tilknytningsforhold (Sable, 1992, p. 280). Vi formoder således, at tilknytningsteorien i høj grad kan være behjælpelig med at belyse vores problemformulering, idet den både kan give terapeuten indsigt i og forståelse for patientens udviklingshistorie og problematikker samt vejlede planlægningen af det terapeutiske forløb og valg af passende interventioner (Bowlby, 1988, p. 9). Med dette in mente ønsker vi i næste del at opnå en fyldestgørende viden om de forskellige tilknytningsmønstres natur og indvirkning på individets udvikling.

3.1 Tilknytningsmønstrenes benævnelser og kendetegn

Oprindeligt skelnede Bowlby i anden del af sin triologi (1973) mellem sikker og usikker tilknytning, hvor han satte sidstnævnte lig med ængstelig tilknytning, der blev anset som en bred kategori. Senere, i 1977 og 1980, underopdelte han usikker tilknytning i tråd med fund forestået af særlig Ainsworth, og endelig i 1988 fandt mønstrene deres nuværende betegnelser på baggrund af især Ainsworths forsøg (Sable, 2000, p. 59; Slade, 1999, p. 578). Mere specifikt anvendte Bowlby i 1979 fire til-

knytningsmønstre, hvoraf nogle virker relativt ukendte, hvorfor disse uddybes. Foruden *ængstelig-ambivalent tilknytning* (anxious-ambivalent), der omhandler en lav tærskel for aktivering af tilknytningsadfærd og længsel efter støtte og kærlighed, bemærkede Bowlby et mønster, benævnt *tvangs-selvtillid* (compulsive self-reliance), kendetegnet ved udøvelse af en form for selvtilstrækkelighed. Personer med dette mønster insisterer på at klare alting selv. Deres historie rummer svigt fra omsorgsgivere, hvilket har udmundet i en strategi, der indebærer hæmning af tilknytningsfølelser og -adfærd samt afvisning af trangen til at indgå i nære relationer og få støtte og omsorg. Dette kan ske i en sådan grad, at personen latterliggør denne trang. Fremherskende er en betydelig mistillid til nære forhold og angst for at stole på andre grundet ønsket om at undgå smerten ved at blive afvist eller blive påtvunget ansvar for andre. Der er formodentlig tale om en latent længsel efter kærlighed og omsorg samt en underliggende bitterhed, der fremkaldt rettes mod svagere personer. Mønstret tilskrives desuden en tendens til at reagere på stress ved at bryde sammen og få psykosomatiske symptomer eller depression (Bowlby, 2000, p. 146f; Sable, 2000, pp. 58-62, 1992, p. 275f). Et tredje mønster beslægtet med det forrige kaldes *tvangs-omsorgsgiveren* (compulsive caregiving), der indbefatter tendensen til at indgå i relationer, som altid kendetegnes ved, at personen alene giver omsorg uden at få noget igen. Tilknytningsadfærden synes at være deaktiveret, og opmærksomheden henledt på opfyldelsen af den andens behov. Modtageren er ofte en hjælpeløs person, der i starten tager imod med taknemmelighed, men ofte vil tvangs-omsorgsgiveren tillige forsøge sig med personer, som hverken søger eller ønsker omsorg. Følgelig kan tvangs-omsorgsgiveren føle sig krænket og bitter over, at den anden ikke sætter passende pris på og tilbagegiver omsorgen. Baggrunden for dette mønster rummer ofte en omsorgsgiver, der ikke har været i stand til at give behørig omsorg grundet depression eller anden hæmmende faktor. I stedet har tilknytningsfiguren modtaget eller krævet omsorg fra barnet og dermed givet indtryk af, at nære relationer kun er opnåelige, såfremt barnet påtager sig rollen som omsorgsgiver, foruden at den eneste omsorg, barnet kan få, må det selv tilvejebringe. Mønstret rummer en betydelig vrede mod tilknytningspersonen over den manglende omsorg samt en underliggende længsel efter kærlighed og omsorg. Sådanne ønsker er forbundet med angst og skyld for at give udtryk herfor (Bowlby, 2000, p.147; Sable, 2000, p. 58f, p. 62f, 1992, p. 276). Endelig nævnes den *uforløste tilknytning* eller *følelsesmæssige frakobling* (emotional

detachment), hvor følelser og minder i endnu højere grad ekskluderes fra bevidstheden end ved de foregående mønstre. Disse mennesker frygter nærhed, hvilket giver sig udslag i mistillidsskabende adfærd og vrede, hvis de føler sig presset ind i relationer (Sable, 2000, p. 63f, p. 226).

Med Ainsworths udvikling af Fremmedsituationen i 1978 blev børns adfærd i specifikke situationer lagt til grund for inddelingen i tre forskellige tilknytningsmønstre, henholdsvis *sikker (B)*, *usikker ængstelig-undgående (A)* og *usikker ængstelig-ambivalent (C)*^{15 16}. Klassifikationen udsprang af observationer af det et-to årige barns reaktion på kortvarig adskillelse fra dets omsorgsgiver med fokus på barnets adfærd under adskillelsen og særligt ved genforening med omsorgsgiveren¹⁷ (Fonagy, 2006, p. 28f; Rechenbach, 2003a, p. 535f; Rechenbach & Cashman, 1999, p. 20). Formålet bag denne kendte procedure er anbringelsen af barnet i en forholdsvis stressfyldt situation, der giver mulighed for at iagttage individuelle forskelle, dels ift. børns brug af deres omsorgsgiver som en sikker base, dels ift. at begribe det enkelte barns evne til at opnå omsorg og beroligelse fra dets omsorgsgiver, og overordnet at få en fornemmelse af balancen mellem barnets udforskning og tryghedssøgen (Bowlby, 1997, p. 336). Børn identificeret med en *sikker tilknytning* udviste generelt sorg ved adskillelse, men kunne tillige engagere sig i leg og signalerede glæde ved genforening, som beroligede dem. Det *ængsteligt undgående* mønster kom til udtryk ved, at barnet ved adskillelse ikke syntes specielt ked af det og ved genforeningen ikke udviste særlig interesse for omsorgsgiveren. *Ængstelig ambivalent* tilknytning sås ved, at barnet var meget fortvivlet og ked af det ved adskillelse. Omsorgsgivers tilbagekomst synes ikke at bringe barnet trøst, og det udtrykte behov for kontakt,

¹⁵Brugen af bogstavbetegnelser udsprang af ønsket om at undgå at navngive grupperne, hvorfor man ikke skal søge efter en dybere og hierarkisk forklaring herpå (Bernth, 2003, p. 517). Vi udelader fremover termen usikker af pladshensyn samt ud fra den betragtning, at det for os synes logisk, at betegnelsen sikker er forbeholdt det sikre tilknytningsmønster, mens de øvrige betegnelser følgelig må dække over mønstre, der per definition er usikre.

¹⁶Ainsworth anvendte undergrupperingerne A₁, A₂, B₁, B₂, B₃, C₁ og C₂ for at indfange individuelle gradsforskelle hos spædbørn (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, pp. 59-63). Vi har valgt ikke at behandle dem, da vi dels ikke finder megen viden herom i litteraturen, dels lader de ikke til at være overført til voksenkategorierne, som vi beskæftiger os med. Såfremt det havde været tilfældet, har vi ikke til hensigt at kunne spotte undergrupper i terapien, da vi forventer, at mønstrenes kliniske anvendelighed er størst ved hovedgruppeidentificeringen.

¹⁷Man observerede, hvordan barnet reagerede på følgende situationer i nævnte rækkefølge: moderen og en fremmed er sammen med barnet, moderen forlader rummet, moderen kommer tilbage, den fremmede forlader rummet efterfulgt af moderen og lader barnet være alene, den fremmede kommer tilbage efterfulgt af moderen, sluttelig går den fremmede (Broberg et al., 2010, p. 136f).

men afviste den, når den blev tilbudt¹⁸ (Broberg et al., 2010, pp. 137-139; Fonagy, 2006, p. 29). Med Fremmedsituationen fandt Ainsworth belæg for og tydeliggjorde Bowlbys teori om, at små børns adfærd i relationer er forudsigelig og udviklet som en direkte funktion af mor-barn samspillet (Slade, 1999, p. 579).

Mange har efterfølgende påvist de nævnte typer tilknytning men tillige fundet, at en stor gruppe børn ikke kunne indplaceres i klassifikationerne (Broberg et al., 2008, p. 172). Problemet nærmede sig en løsning, da Main og Judith Solomon i 1984 identificerede en fjerde type, kaldet *ængstelig-desorganiseret/desorienteret* tilknytning (*D*). Denne kommer almindeligvis til udtryk ved, at barnet søger kontakt med omsorgsgiver på en abnorm måde, fx ved at nærme sig baglæns. Overordnet udtrykker tilknytningsadfærden en høj grad af forvirring, uforudsigelighed og frygt for omsorgsgiver, og barnet har åbenbare vanskeligheder ved at håndtere stress (Bernth, 2003, p. 518; Fonagy, 2006, p. 29; Møhl, 2003, p. 469). Når denne klassificering anvendes, angives tillige en sekundær klassifikation bestående af ét af de organiserede tilknytningsmønstre til at påpege den strategi, barnet mestendels anvender (Broberg et al., 2010, p. 139, p. 173).

Fordelingen af tilknytningsmønstrene kan tilnærmelsesvis opgøres til, at i en normalgruppe vil ca. 60-70% af børnene udvise en sikker tilknytning til mindst én af forældrene i Fremmedsituationen. Ift. de øvrige mønstre placerer børn i Vesten sig sædvanligvis således, at 15-25% udviser ængstelig-undgående tilknytning, 5-15% udviser ængstelig-ambivalent tilknytning, og 15-20% udviser desorganiseret tilknytning. (ibid., p. 138f; Holmes, 2003, p. 20).

3.1.1 Kært barn har mange navne

På baggrund af vores udforskning af tilknytningsteorien er det tydeligt, at der hersker uklarhed omkring betegnelserne for tilknytningsteoriens væsentligste begreber. Således anvendes både sikker og tryk til at beskrive den sunde tilknytning og usikker og utryk til at beskrive de uhensigtsmæssige tilknytninger. Forvirringen kan bero i oversættelsen af begrebet *secure* til dansk, der både indbefatter termene sikker og tryk. Mere spidsfindigt er, at Bowlby, som nævnt, har opereret med fire usikre tilknyt-

¹⁸De individuelle forskelle kan indfanges, da situationen foregår i en laboratoriesetting og følgelig holdes konstant (Bernth, 2003, p. 519; Fonagy, 2006, p. 28).

ningsmønstre, men lader til at være gået bort fra dem¹⁹. Således anvender han til eksempel, i en artikel om tilknytning i 1988 og i bogen "A secure base", kun betegnelserne anxious resistant og anxious avoidant (Bowlby, 1997, p. 337f, 1993, p. 124, 1988, p. 4). I den danske oversættelse "En sikker base" anvendes begreberne ængstelig-klæbende samt ængstelig-undvigende (Bowlby, 2001, p. 138), der kan afspejle en oversættelsesbrist. På dansk bruges da også benævnelsen ængstelig-modstræbende om førstnævnte, hvilket for os at se stemmer bedre overens med den engelske betegnelse. Til forvirringen hører, at om selvsamme betegnelse anvendes desuden ængstelig-ambivalent af Ainsworth m.fl. Overordnet tolker vi, at betegnelserne hver især refererer til det usikre tilknytningsmønster (C), hvilket underbygges af nærlæsningen af deres beskrivelser, hvor vi særligt hæfter os ved omtalen af tendensen til at klynge eller klamre sig (clinging) til omsorgsgiver, hvorfor vi vurderer, at de kan sidestilles. Vi vælger at bruge ambivalent for tilknytningsmønster (C), idet dette mønster netop omhandler barnets ambivalens ift. tilknytningsbehov og opfyldelse heraf (Ainsworth et al., 1978, p. 315; Bowlby, 1993, p. 124).

En anden tvetydighed, der hersker, er brugen af både betegnelserne undgående og undvigende til at dække type (A), hvor vi anser dem som refererende til det samme. Der hersker ingen tvivl i litteraturen om, at dette mønster omhandler en tilbøjelighed til at undgå omsorgsgiver, hvilket fremgår af betegnelsen hos såvel Bowlby som Ainsworth m.fl. Vi vælger på linje hermed at betegne mønster (A) som ængstelig-undgående.

Kategorien (D) er af en anden art end de organiserede, hvilket navnet angiver. I tilknytningslitteraturen benyttes gerne benævnelserne desorganiseret såvel som desorienteret. Vi er af den opfattelse, at begge udsiger vigtig viden, men at betegnelsen desorganiseret er særlig anvendelig, idet den indfanger en væsentlig forskel mellem den og de andre mønstre, nemlig at den ikke er organiseret²⁰. Om børns tilknytning

¹⁹ Foruden Bowlbys betegnelse ængstelig-ambivalent, der stemmer fint overens med det i dag anvendte tilknytningsmønster ængstelig-ambivalent, kan vi se en sammenhæng mellem Bowlbys brug af tvangs-selvtillid og det ængstelig-undgående mønster, ligesom vi mener at kunne sidestille hans begreb følelsesmæssig frakobling med desorganiseret tilknytning. Hermed forstår vi, at størstedelen af hans oprindelige tilknytningsmønstre lever videre i de nutidige betegnelser. Derudover kan der argumenteres for, at hans begreb tvangs-omsorgsgiveren, der i dag er blevet forladt, i højere grad afspejler en forsvarsstrategi end et egentligt mønster, men at den samtidig giver mindelser til adfærdstypen kontrollerende omsorgsfuld udviklet under den desorganiserede tilknytning (jf. 3.3.2.3) (Bowlby, 2000, p. 149).

²⁰ Desorganiseret tilknytning er karakteriseret ved manglende tilknytningsstrategi, hvorfor fraværet af et sammenhængende mønster udgør det væsentligste kriterium for klassifikationen (Broberg et al., 2010, p. 173, p. 175).

anvender vi de her gennemgåede betegnelser af Ainsworth samt desorganiseret tilknytning. Om de voksne benytter vi os af Mains betegnelser. Argumentet for denne skelnen er, at vi finder begge indsichtsberigende og rammende, men vi anerkender den væsentlige forskel i børns og voksnes muligheder. Børn er afhængige og underlagt omgivelsernes luner, hvorimod voksne i højere grad kan handle aktivt og klare sig selv. Således mener vi, at Mains betegnelser *fri-autonom*, *overvældede*, *afvisende* samt *uforløst* på mere tilfredsstillende vis indbefatter de voksnes betingelser end Ainsworths. Disse begreber beskrives nærmere i afsnit 3.3.2. Endelig opfordrer vi læseren til at se vores skematiske oversigt over de tilrådeværende betegnelser, hvoraf det også vil fremgå, hvem der anvender hvilke begreber om hvad (jf. 12).

3.1.2 Hvad tilknytningsmønstrene afspejler

De individuelle forskelle i tilknytning beror på interaktionshistorien med omsorgsgivere og inddeles, som nævnt, i henholdsvis sikker versus usikker tilknytning og organiseret versus desorganiseret tilknytning. Hvis barnet får tryghed og beskyttelse, når det søger tilknytningsfigurens nærhed, kaldes tilknytningen tryk eller sikker. Betegnelsen utryk benyttes, når kontaktafdæringen ikke fører til en øget fornemmelse af tryghed og beskyttelse. Med *tryk tilknytning* menes, at barnet kan have tillid til omsorgsgiveres tilgængelighed og beskyttelse, hvis barnet behøver det. Denne oplevelse deles ikke af det *utrygt tilknyttede* barn. Omsorgsgiver har ikke været til rådighed på en pålidelig og tryghedsskabende måde, fx kan denne have givet udtryk for ligegyldighed, irritation eller på anden måde afvist barnets behov for beskyttelse. Omsorgsgiver kan tillige have vist sig utilregnelig i sin opførsel over for barnet, hvorfor det er usikkert på, hvad det kan forvente sig af sin forælder. På baggrund af sådanne oplevelser kan utryk tilknytning synes som det bedste kompromis mellem barnets behov og omsorgsgivers evne til at imødekomme dem og kan som sådan betragtes som funktionel (Broberg et al., 2008, p. 50, p. 168f; Sable, 2000, p. 61).

Som beskrevet, underopdeles utryk tilknytning i bl.a. *ængstelig-ambivalent tilknytning* med hvilken menes, at barnet har en lav tærskel for oplevelse af farer og et stærkere udtryk for behovet for beskyttelse. Denne strategi synes hensigtsmæssig grundet oplevelser med omsorgsgivers upålidelighed, separation fra denne eller trusler herom og højner oddsene for beskyttelse, men er problematisk ift. udforskning af verden (Broberg et al., 2008, p. 168f; Sable, 2000, p. 61). Barnet har erfaring med, at

omsorgsgiver i mindre grad påvirkes af dets signaler, hvorfor det ikke har oplevelser med at kunne regulere interaktionen, men derimod er overladt til omsorgsgivers luner, og har lært at begå sig på dennes præmisser. Følgelig har ængstelig-ambivalente børn mindre tiltro til egne evner og risikerer at henfalde i passivitet og vagtsomhed (Broberg et al., 2010, p. 141, 2008, p. 172). Mønstret benævnt *ængstelig-undgående* indbefatter, som navnet antyder, at barnet undgår at vise deres tilknytningsbehov og deaktiverer trangen til beskyttelse. Strategien beror på erfaringer med afvisning, når barnet har haft brug for omsorgsgiver, og synes formålstjenlig ved at øge sandsynligheden for at få beskyttelse, når det er absolut påkrævet, idet barnet almindeligvis ikke trækker på omsorgsgiveren. Uhensigtsmæssigheden ligger i, at barnet overlades til selv at håndtere situationer, det endnu ikke er modent nok til at magte²¹. Som det antydes, er der tale om tilpasninger til miljøet med henblik på at få så god en beskyttelse som muligt (Bowlby, 1988, p. 4; Broberg et al., 2008, p. 168f, p. 175).

De tre nævnte typer tilknytning er som nævnt alle organiserede, med hvilket menes, at interaktionen mellem barn og omsorgsgiver i det første leveår er tilstrækkelig konsekvent til, at barnet har grundlag for at danne en brugbar indre model af sig selv sammen med omsorgsgiver og følgelig udvikler en strategi for at bedre betingelserne for at få sit tilknytningsbehov opfyldt. Dette er ikke tilfældet for desorganiseret tilknytning, hvor interaktionen med forælderen er præget af frygt, idet denne er uforudsigelig i sin reaktion på barnet og kan virke angstfremkaldende. Paradoksalt oplever barnet, at den, der skulle være omsorgsgiver og mindske frygt, er kilde til angst. Barnet er fanget mellem forprogrammeringen til at søge beskyttelse hos forælderen, som det samtidig har erfaring med, at det bør flygte fra, hvorfor udviklingen af en organiseret tilknytning umuliggøres. Barnet besidder ikke de fornødne kognitive evner til at danne en organiseret mental model af den modstridende information. Som det fremgår af ovenstående, betyder udviklingen af en tilknytning til omsorgsgivere ikke nødvendigvis, at de tilvejebringer barnet en sikker base (Broberg et al., 2010, p. 179, 2008, p. 168, pp. 172-175).

En vigtig pointe er anerkendelsen af, at der hersker variationer inden for mønstrene. Mere specifikt udviser mennesker sjældent kun træk fra én kategori. Der er tale om valg af forskellige strategier til håndtering af til tider lignende årsager (Sable, 2000, p. 344, 1992, p. 275). Således udtaler Bowlby, if. Weiner (2003, p. 96), sig om

²¹Vi forestiller os, at fx barnets selvtillid og fornemmelse af mestring i højere grad trues, fordi det netop ikke besidder de påkrævede kapaciteter, hvilket øger risikoen for at fejle.

dispositioner snarere end fikserede mønstre. Følgelig er nævnte klassifikationer, på linje med mange andre, ikke konstrueret med henblik på at kunne indfange den komplekse menneskelige natur fuldstændig.

3.1.3 Flere slags side om side

Antagelsen, om at den tidlige tilknytning er relationsspecifik, har vundet bred støtte fra forskning. Dette indebærer, at barnet kan have forskellige tilknytninger til forældrene, fx en sikker til faderen og en usikker til moderen. Hvordan kan dette begribes? Forskning forestået af Ainsworth og kolleger samt efterfølgende undersøgelser peger i retning af, at der er sammenhæng mellem barnets tilknytningstryghed og graden af omsorgsgivers lydhørhed over for barnet. Dog tyder undersøgelser tillige på, at der er en lille sammenhæng mellem barnets forskellige tilknytninger. Dette kan forstås som udtryk for, at dets forældre har fundet sammen med én med en tilknytningsstil lig deres egen og dermed i højere grad er lige lydhøre over for barnet. Mere specifikt ses en tendens til blandt mødre karakteriseret som sikkert tilknyttede at finde sammen med en mand, der også karakteriseres som sikkert tilknyttet (Broberg et al., 2010, p. 140f; Daniel, 2006, p. 970). I tråd hermed kan der skelnes mellem individets globale og mere relationsspecifikke tilknytningsorientering. De strategier, individet mestendels anvender i relationen til andre, udgør det dominerende mønster, mens individet kan anvende et relationsspecifikt, fx over for den enkelte forælder (Romano, Fitzpatrick & Janzen, 2008, p. 495f, p. 502).

Barnets evne til at danne nære følelsesmæssige bånd er ikke begrænset til forældrene, som oftest vil være de primære omsorgsgivere. I tilknytningsteorien beskrives, at barnet vil udvikle tilknytning til den person, der regelmæssigt giver omsorg. Det indebærer, dels at barnet kan udvikle mere end én tilknytningsrelation, dels at barnet potentielt kan opnå kompensation for de biologiske forældres eventuelle manglende omsorg ved at trække på andre, fx nære slægtninge eller familiepleje. Det væsentlige beror ikke på genetisk slægtskab, men tilgængeligheden af en voksen, der er lydhør over for barnets følelsesmæssige og praktiske behov. Betydningen af at have en sådan voksen fremgår af udtalelser fra såkaldte omsorgssvigtede, der trods dårlige odds har klaret sig godt (jf. 7.6). Deres beretninger omhandler en velfungerende relation til en anden voksen uden for familien, og at det er i kraft af denne relation, at det er lyk-

kedes dem at håndtere svigt i opvækstmiljøet (Broberg et al., 2010, p. 173, p. 338f, 2008, p. 279f).

3.2 Individets udvikling i tilknytningsoptik

I forlængelse af en grundlæggende viden om tilknytningsmønstrene vil vi kort se på deres videre udviklingsforløb, idet vores interesse for mennesket i terapien indebærer viden om den hidtidige historie, der har ført til patientens nuværende situation for at kunne forstå personen i en større kontekst. Vi formoder, at de unikke tilknytningsoplevelser vil påvirke personens særlige udviklingssti og uundgåeligt fremgå i terapien. Hvis denne formodning viser sig holdbar, kan det antages, at fx patientens adfærd og fortælling kan have stor forklaringsværdi ift. at afdække patientens tilknytningsmønstre. Derfor ønsker vi i det følgende at gennemgå vigtige påvirkninger, tilknytningsmønstrene angiveligt kan have på den alment menneskelige udvikling.

3.2.1 Tilknytningens indvirkning på den senere udvikling

Psykoanalytiske teoretikere har længe forfægtet de vedvarende konsekvenser, tidlige relationelle påvirkninger har for individets psykologiske vækst. Det er således en udbredt antagelse, at barndommens tilknytning kan forme og afgrænse mange aspekter ved den udviklende personlighed, så som socialitet, nysgerrighed, selvværd, selvstændighed, tillid samt intellektualitet og metakognitive færdigheder (Smith, 2003, p. 82; Thompson, 1999, p. 265, p. 269).

Til eksempel udleder Holmes (2003, pp. 22-33) seks primære tilknytningsdomæner, der tilsammen indfanger de almenmenneskelige og tilknytningsrelaterede udviklingssammenhænge. Det drejer sig overordnet om, at en persons stræben efter fornemmelsen af en tryk base influeres af dennes tryghedsniveau, idet graden af tryghed fx påvirker vedkommendes evne til at nyde adfærd af legemæssig, seksuel eller intellektuel karakter. Hermed forekommer det, at barnets udforskende leg hæmmes, samt at den voksnes intimitet kompromitteres som følge af en utryk tilknytning. Ligeledes fremhæver Holmes, at forskellige udtryk for protest og vrede på hver sin vis tjener den funktion at sikre, at tilknytningsbåndet forbliver intakt ved trusler om adskillelse fra den tryk base (fx ses en variant heraf hos den irettesættende forælder, der hæver stemmen for at holde barnet væk fra farlig adfærd som leg på vejen). Tab udgør endnu et alment aspekt, mennesket umuligt kan undgå, og som vi, som resultat af

vores tilknytningsstil, håndterer vidt forskelligt. At kunne klare sådanne tabstilstande kræver en vis modenhed samt evnen til at udholde adskilthed, hvilket langt fra alle oplever som muligt. Ydermere postulerer han, at indre arbejdsmodeller (jf. 3.3.1) bør anskues som vigtige for dannelsen af tilknytningsrelationer, eftersom mennesker tiltrækkes af andre, der har lignende modeller af verden og dermed kan tolerere det mønster, deres arbejdsmodeller dikterer²². Endelig fremhæves, at tilknytningstrygheden påvirker individets refleksive funktion, og hvorledes denne kommer til udtryk i den enkeltes formuleringer (mere herom i afsnit 5.2.1). Også Bowlby var sikker på, at forskelle i trygheden i den tidligste tilknytningsrelation har langvarig indflydelse på senere nære forhold, selvforståelse og endda psykisk lidelse, hvilket understøtter nødvendigheden af, at man i terapien må udforske hidtidige tilknytningsoplevelser med omsorgsgivere foruden subjektet mere isoleret set (Fonagy, 2006, p. 38; Holmes, 2003, p. 51; Thompson, 1999, p. 265, p. 270).

Tilknytning som en naturlig del af menneskets tilværelse har opnået bred tilslutning, da det kan observeres, at barnets tilknytningsmønster, i samorden med de hertil knyttede personlighedstræk, løbende bliver en del af barnet og dermed mere modstandsdygtig over for forandring. Tilknytningsadfærden vil vare ved, men i takt med at man bliver ældre, rettes den typisk også mod personer uden for familien, man føler et særligt tilhørsforhold til. I voksenlivet udvikler behovet for nære relationer sig ofte til at sammenfatte såvel tilknytnings-, reproduktions- og omsorgssystemer i de primære tilknytningsrelationer. Trods væsentlige ligheder mellem parforholdet og barnets tilknytningsrelationer, såsom genforeningsadfærd samt betydningen af nonverbal kontakt, bør den voksnes tilknytning ses som væsentligt anderledes, bl.a. ud fra betydningen af seksuel kontakt samt forskelle i vægtningen af symmetri-asymmetri og hvor lang separation personen tåler, inden tilknytningssystemet aktiveres (Bowlby, 1997, p. 207f, 1988, p. 5; Broberg et al., 2010, p. 224, 2008, p. 235f; Sable, 2000, p. 105).

Af interesse for forståelsen, af at barnets tilknytningsmæssige oplevelser og erfaringer i udbredt grad fortsætter livet igennem, er termen *selvopfyldende profeti*. Ud fra denne optik fremgår det, at personer som udgangspunkt opfører sig på måder og fortolker nye situationer, der udløser en respons hos andre, der støtter tidligere tilpasning og er overensstemmende med hidtidige erfaringer. Fx er et trygt tilknyttet

²²Som vi senere vil behandle ofrer ængstelig-undgående personer fx intimitet til fordel for en overdreven version af selvstændighed.

barn ofte gladere og mindre krævende, et ængsteligt-ambivalent barn i højere grad klyngende og pivende, mens et ængsteligt-undgående barn holder afstand og har tendens til at drille andre børn. Disse adfærdsformer udløser uundgåeligt bestemte typer respons fra forældrene, der paradoksalt nok blot bekræfter barnets adfærd, hvorfor det kan være svært at opbygge et nyt filter at opleve verden igennem (Bowlby, 1988, p. 5; Shorey & Snyder, 2006, p. 1, p. 3).

3.2.1.1 Divergerende bud på korrelationens natur

Trods mangfoldige data, der trækker en linje mellem sikker tilknytning og positive relationer til jævnaldrende i barndommen, har Ainsworth manet til forsigtighed mht. at drage forhastede konklusioner. Hun anerkender den overbevisende tendens i forskningen, men mener samtidig, at foruden tilknytningssystemet gælder det såkaldte sociale system, der implicerer, at jævnaldrende ofte kan klare sig langt bedre sammen, end deres tilknytningsmønstre umiddelbart foreskriver (Karen, 1994, p. 197). Andre har påpeget, at der kun eksisterer en begrænset sammenhæng mellem tidlig tilknytning og senere adfærd, da det fx har vist sig vanskeligt at påvise en klar tilknytningsrelateret kontinuitet livet igennem, eftersom mange andre vigtige aspekter²³ sideløbende indvirker på individets udvikling. Alligevel vurderes det af mange pålideligt, at den tidlige tilknytning fx bibringer individet et mentalt bearbejdningssystem til anvendelse ved senere relationsdannelser, hvorfor trygt tilknyttede angiveligt har en fordel i dannelsen og fastholdelsen af nære relationer på baggrund af deres positive erfaringer hermed (Fonagy, 2006, p. 38; Thompson, 1999, p. 270).

Mere konkret viser resultater, at en tryk tilknytningshistorie kan forudsige større sociale kompetencer frem til ungdomsårene, både ift. kammerater og lærere, mens der ligeledes foreligger nogen dokumentation for en forbindelse mellem tidlig tilknytning og personlighedskarakteristika. Således beskrives trygge børn i højere grad positivt under termene selvfølelse, emotionel sundhed, handlekraft, medgørlighed, positive affekter osv. (Fonagy, 2006, p. 38f; Holmes, 1993, p. 180). Tilsvarende er det fundet, at børn med ængstelig tilknytning med større sandsynlighed udviser adfærdsproblemer i skolen. Socialt set afspejles den kendsgerning, at trygge børn er mere udadvendte og populære end de utrygge, mens ængstelig-undgående børn har

²³ Her tænker vi på barnets generelle opvækstvilkår, herunder fx genetiske, sociale, økonomiske og geografiske forhold. Som tidligere nævnt er støtten fra en tredje person tillige af stor vigtighed for barnets udvikling, når dets hjemmemiljø ikke kan tilvejebringe passende omsorg.

tendens til at indtage rollen som mobber, oftest over for ængstelig-ambivalente børn, der hyppigt ender som offer (Egeland & Carlson, 2004, p. 32f; Holmes, 2003, p. 51). Af interesse tyder undersøgelser med bl.a. tilknytningsinterviewet (jf. 5.1.1) på en vis kontinuitet fra 18-måneders-alderen helt op til 20-årsalderen mht. tilknytningsklassifikationer. I tråd hermed underbygges tilknytningsmønstrenes relative stabilitet, i og med at forskere tillige har genfundet samme mønster ved undersøgelser af børn i seksårsalderen, ved sytten år og endelig i romantiske relationer i voksenlivet. Hertil kommer, at undersøgelser peger på en sammenhæng mellem mødres beskrivelser af forholdet til deres forældre og det tilknytningsmønster, der udvikles hos deres egne børn, fx har sikkert tilknyttede omsorgsgivere større mulighed for at skabe trygge bånd til deres børn. Noget tyder derfor på, at tilknytningsmønstrene har en transgenerational effekt (Fonagy, 2006, p. 38; Møhl, 2003, p. 479; Schibbye, 2005, p. 107).

Vi forstår de tvetydige undersøgelsesresultater som en naturlig del af den brogede forskningsverden, der uundgåeligt bærer præg af bias, uklarheder og uenigheder. Når undersøgelser har svært ved at påpege et stringent kausalt forhold mellem barnets tilknytning og den senere udvikling og adfærd, bør det formentligt ses i lyset af, at udfaldet som fremhævet er stærkt multidetermineret, således at adskillige andre variable, som den tidlige børnepasning og institutionsordning, interagerer med den sikre eller usikre tilknytning i at forudsige det psykosociale udfald. I den forbindelse bør det pointeres, at tilknytning blot udgør én af flere dimensioner i forælder-barn relationen, der formentlig er påvirket af andre træk ved relationen, såsom konfliktløsning. Selvsagt er det ikke givet, at et bestemt tilknytningsproblem- eller mønster er *årsagen* til særlige adfærdstyper, tilknytning bør nærmere anskues som en væsentlig *medskaber* (Broberg et al., 2010, p. 204f; Fonagy, 2006, p. 41; Thompson, 1999, p. 273f, p. 280f).

Opsamlende finder vi en mulig korrelation mellem individets tilknytning og senere udvikling troværdig og utrolig spændende for psykoterapeutisk praksis, eftersom den observerbare fremfærd i terapien således kan afsløre essentiel tilknytningsrelateret viden om patienten. Hertil hører, at den velaccepterede tendens til *gentagelses-tvang*, oprindeligt formuleret af Freud, udgør et vægtigt argument for, at mennesker er tilbøjelige til ubevidst at gentage det, de allerede kender og er vant til, herunder deres indre konflikter og uløste problemer, fx ved at indgå i lignende relationer (Della Selva, 2001, p. 237; Sandler, Dare & Holder, 1994, p. 56). I tråd hermed påpeger

Broberg et al. (2010, p. 269), at der eksisterer en sammenhæng mellem tilknytningsmønstre og psykopatologisk udvikling, hvilket vi behandler nærmere i afsnit 7.5.1. Vi finder det i den forbindelse nødvendigt at præsentere en vigtig skelnen mellem utryg tilknytning og en decideret tilknytningsforstyrrelse. Førstnævnte er blot en klassifikation af individets fremtræden, mens sidstnævnte afspejler en vedvarende forstyrret adfærd på tværs af relationer og opleves problematisk og hæmmende af personen selv eller dennes omgivelser (Greenberg, 1999, p. 471).

3.3 Indvirkning på perception, adfærd og forventninger

3.3.1 Arbejdsmodeller som grundlag for individets fremfærd

Den kendsgerning, at individet gang på gang gentager lignende oplevelser og relationer, kan som bekendt indfanges i Bowlbys beskrivelse af indre arbejdsmodeller, der betragtes som de mekanismer, der fastholder et individs tilknytningsorganisering (Bowlby, 2001, p. 144f; Klohnen & John, 1998, p. 115). Hans påstand var, at en vigtig del af at forstå individets grundlæggende opfattelser, tanker og handlinger er at anerkende eksistensen af en sådan indre psykisk organisation. Erfaringer med omsorgsgivers kommunikations- og reaktionsmåder internaliseres og organiseres i modellerne, der påvirker vedkommendes måde at anskue selv og verden på. Etableringen af modellerne bestemmes i de første tre leveår primært af den fysiske tilstedeværelse af tilknytningspersoner, hvorefter de i særlig høj grad modereres af barnets visshed eller manglende forvisning om en tilgængelig og lydhør omsorgsperson. Da modellerne er komplementære, afhænger fornemmelsen af egen værdi og kompetencer i høj grad af oplevelsen af tilknytningspersonens tilgængelighed. Modellerne er såvel kognitivt som affektivt ladede og har til formål at simulere forløb og dermed kunne planlægge og afprøve handlingers effektivitet samt komme andres adfærd i forkøbet. Indre arbejdsmodeller skal ses som et almenmenneskeligt redskab, der opererer med information om, hvem der fungerer som ens tilknytningsfigurer, hvor de kan findes, og hvordan de kan forventes at reagere på ens udspil. Det praktiske såvel som potentielt uheldige ved modellernes funktion er, at de bliver overindlærte og følgelig fungerer automatisk og ubevidst, hvilket bevirker, at de til tider overgeneraliseres, således at individet er tilbøjelig til at opfatte fremmede ud fra eksisterende modeller og

ofte fortsætte hermed²⁴; hvis modellerne skal være anvendelige, må de løbende ajourføres i takt med skiftende omgivelser. Selvom arbejdsmodellerne skal ses som resultatet af de vigtigste tilknytningsrelationer, medfører nævnte internalisering, at de efterhånden karakteriserer individet i lige så høj grad som selve relationen (Bowlby, 2001, p. 144f, 2000, p. 150; Klohnen & John, 1998, p. 116; Mortensen, 2006, pp. 211-213; Sable, 1992, p. 274).

Selvom det i takt med nye oplevelser er muligt at opdatere modellerne, er det en vanskelig og langsommelig proces, ligesom man ofte er tilbøjelig til atter at vende tilbage til dem. Uden opdatering følger, at modellerne forældes og virker maladaptive ift. nye omstændigheder. Alligevel kan det have en vis adaptiv funktion, at individets arbejdsmodeller ikke ændres momentvis, idet tilknytningsfigurens lejlighedsvis omsorgsmæssige forsømmelser i så fald ikke formår at underminere barnets tiltro til personens emotionelle tilgængelighed (Bowlby, 2000, p. 150; Bretherton & Munholland, 1999, p. 92; Mortensen, 2006, p. 212f).

3.3.1.1 Arbejdsmodellers indflydelse på forsvarsstil

Arbejdsmodellerne udøver stor indflydelse på senere tilknytninger såvel som individuel kognitiv stil herunder brug af forsvarsmekanismer. Bowlby mente, at en persons forsvar er betinget af dennes interpersonelle forhold, og at forsvaret tjener til at holde al uvelkommen information væk fra bevidstheden²⁵, herunder uønskede og smertefulde tanker og følelser. For at forstå, hvordan barnet håndterer og beskytter sig mod oplevelsen af omsorgsgivers utilgængelighed, mener Bowlby, at der særligt er to gensidigt afhængige kognitive-affektive forsvarsstrategier af betydning, benævnt henholdsvis *defensiv udelukkelse* og *forskydning af opmærksomhed*. Den defensive udelukkelse, der kan sammenlignes med psykoanalysens begreb fortrængning, kan komme til udtryk gennem perceptuel blokering eller glemsel, hvilket kan være adaptivt i situationer med utilgængelige omsorgspersoner, men resulterer i fastlåste arbejdsmodeller i det lange løb (Bowlby, 2001, p. 43f; Broberg et al., 2008, p. 130f; Holmes, 2003, p. 31; Mortensen, 2006, p. 212f, p. 214). Til forståelse af dette forsvar

²⁴ Inden for psykodynamisk tænkning svarer dette til overføring (Bowlby, 1998a, p. 239).

²⁵ I denne påstand fremgår det, at Bowlby var påvirket af samtidens teorier om informationsbehandling, og at han omformulerede Freuds tanker om forsvarsmekanismer i et sprog, der var i overensstemmelse med den kognitive psykologi (Smith, 2003, p. 58). Mere specifikt var Bowlby af den opfattelse, at al indkommende information altid undergår flere former for bearbejdning, før den når bevidstheden (Mortensen, 2006, p. 213).

inddrages viden om hukommelsen. Endel Tulving, canadisk psykolog, plæderede for, at man bør skelne mellem episodisk og semantisk hukommelse, hvor førstnævnte indeholder den personlige selvbiografiske hukommelse, mens sidstnævnte rummer, hvad andre har fortalt samt generaliseringer fra egne oplevelser. Til tider forekommer divergens mellem det fortalte og oplevede, således at man besidder flere modstridende arbejdsmodeller om det samme. Påstanden er i den forbindelse, at hvis der ikke er overensstemmelse mellem de to hukommelsessystemer, kan personen udelukke de pinagtige episodiske erindringer gennem den defensive udelukkelse. Forskydning af opmærksomhed henviser til, at personen med hidtil utilgængelige tilknytningspersoner kan forskyde opmærksomheden fra egne tilknytningsbehov til andre aspekter og personer, fx kan tabet af en nær pårørende bevirke en tvangsmæssig omsorgsfuldhed over for en anden. Også denne type forsvar kan betegnes som adaptivt på kort sigt, hvor den fx gør barnet i stand til at fokusere på tilgængelige ressourcer i forældrenes fravær (Bernth, 2003, p. 516; Broberg et al., 2008, p. 133; Cortina, 2003, p. 290; Sable, 2000, p. 25).

Bowlby og Main har fundet det givtigt at skelne mellem kohærente og inkohærente modeller for at indfange forholdet mellem bevidste og ubevidste aspekter af arbejdsmodellerne. Førstnævnte dækker over, at individet har forskellige erindringer om forskellige erfaringer og ligeledes formår at integrere bevidste og ubevidste aspekter, mens sidstnævnte hentyder til besiddelsen af forskellige modeller for samme erfaring, der dermed ikke udgør et samlet indtryk af bevidste og ubevidste aspekter (Broberg et al., 2008, p. 129f).

3.3.1.2 De strategiske arbejdsmodeller

Den ubevidste anvendelse af nævnte forsvar implicerer selvsagt, at de tilrådeværende arbejdsmodeller ikke nødvendigvis er en direkte afspejling af virkelige forhold. Individets tanker og erindringer forstyrres, når de sammenblandes med følelser som kærlighed, had og skam, når minder og følelser undertrykkes, og forsvar dominerer. En sådan forvrængning af virkeligheden ses ofte i utrygt tilknyttedes arbejdsmodeller, der har tendens til at være modsætningsfulde og uforenelige samt virke yderst rigide og vanskelige at opdatere. I den sammenhæng bliver den selvopfyldende profetis indflydelse atter aktuel, da utrygge børn ikke har erfaring med, at andre kan være kontinuerligt tilgængelige, hvorfor deres adfærd virker mistroisk og præget af mistil-

lid, hvilket ikke befordrer en ny og bedre tilknytningsoplevelse (Diamond, Clarkin, Stowall-McClough, Levy, Foelsch, Levine & Yeomans, 2003, p. 167; Karen, 1994, p. 205). Som en potentielt yderligere forvrængende faktor af arbejdsmodellerne ses, at graden af tilknytningssikkerhed influerer, hvordan erindringer lagres og genfindes. Følgelig husker sikkert tilknyttede positive begivenheder mere præcist end negative, hvorimod de negative oplevelser fremtræder tydeligst og mest detaljeret for usikkert tilknyttede, hvorved de forventer fremtidige gentagelser heraf (Thompson, 1999, p. 279).

Fri-autonomes arbejdsmodeller er ofte fleksible og bygget op om positive tilknytningserfaringer og afspejler dermed en tiltro til, at andre er troværdige og tilgængelige, og at de selv er elskelige og kompetente. Herimod har afvisende som udgangspunkt internaliseret en model af omsorgsgiver som utilgængelig, hvorfor de med stor sandsynlighed vil opbygge en model af andre som afvisende over for deres behov samt af sig selv som uelskelig. Som reaktion herpå har de skabt positive selvtilstrækkelige billeder af eget værd. Følgelig risikerer personen at fremstå ude af kontakt, isoleret og fjendtlig, hvorved en ond spiral er skabt. Modsat har overvældede oplevet inkonsekvens eller overstimulering, hvorfor deres modeller troligt indebærer, at andre er utilregnelige, om end de stadig anser nærhed som attråværdigt, men at de selv er for ineffektive og svage til at udløse andres omsorg. De uforløste præges af arbejdsmodeller, der defensivt dissocieres fra hinanden, angiveligt for at kunne udholde de levevilkår, de har oplevet. Sådanne uintegrerede billeder må resultere i varierende fremfærd samt vekslende syn på selv og andre (Cortina, 2003, p. 289f; Mortensen, 2006, p. 240f; Sable, 2000, p. 56; Wallin, 2007, p. 248). De beskrevne forskellige stemmer fint overens med formodningen om, at jo mere tilstrækkelige og præcise modellerne er, des bedre tilpasset er adfærden gerne (Bowlby, 1988, p. 49). Diamond og Blatt (1994, p. 79f) samt Rothbard og Shaver (1994, p. 44) bidrager i den kontekst med en spændende pointe, idet de gør opmærksomme på, at indre arbejdsmodeller undergår udviklingsmæssige forandringer i deres repræsentationsmåde. Det er tankevækkende, at det angiveligt kun er fri-autonome, der udvikler de mere modne repræsentationsmåder, der fx indbefatter mere affektive og abstrakte repræsentationer ud over de mere konkrete og handlingsbetonede. Det er nærliggende at sammenligne de forskellige repræsentationsniveauer med evnen til mentalisering (jf. 5.4.3.1). Det er nødvendigt at medtænke, at et barns arbejdsmodeller af forældre-

ne kan omdannes ved markant ændrede livsomstændigheder, som når den ellers empathiske og støttende forælder får stress eller depression (Bretherton & Munholland, 1999, p. 93).

For vores praksisrettede fokus er en forståelse af patienters arbejdsmodeller spændende, da de udgør det grundlæggende filter, gennem hvilket patienters kognition, emotion såvel som adfærd afgøres, og det er netop gentagne dysfunktionelle tanker, følelser og adfærd, der fokuseres på i de terapeutiske interventioner. Det vækker håb og interesse, at terapien kan spille en altafgørende rolle i forsøget på at ændre de indgroede arbejdsmodeller. Der er tale om en dialektisk påvirkningsproces, hvor ændrede arbejdsmodeller kan påvirke individets fremfærd, tilknytningstryghed samt psykiske sundhed, ligesom nye fornemmelser af tryghed i tilknytningen kan indvirke på arbejdsmodellerne. Der er ikke meget, der tyder på, at modellerne kan påvirkes gennem italesættelse, derimod fordres en kognitiv gennemarbejdning. Ligeledes kan det formodes, at selve den terapeutiske relation kan gøres til en ny og ændrende erfaring, en såkaldt *korrektiv emotionel erfaring* (jf. 6.1.5 & 4.2) (Bernth, 2003, p. 519, p. 534; Davila & Levy, 2006, p. 990).

3.3.2 I forswarets tjeneste

Der ses en begyndende udbredelse af forståelsen af tilknytning, som omhandlende dels evnen til psykisk organisation dels tilstedeværelsen af interpersonelt psykologisk forsvar. Disse forsvar blev afdækket af Ainsworth og Main, der grundlæggende mente, at der er to udviklingsveje for usikker personlighedsorganisering, hvoraf den første er kendetegnet ved en tendens til at intensivere tilknytningsadfærd. Den anden mulighed karakteriseres ved en tendens til at undgå og frakoble sig tilknytningsrelaterede følelser og adfærd (Broberg et al., 2010, p. 225f; Sable, 2000, p. 60). De to forsvarsstrategier er lagt til grund for de to usikre tilknytningsmønstre. Vi finder det her relevant at inddrage Mains tilknytningsbetegnelser for voksne: *fri-autonom* (free to evaluate) for den sikkert tilknyttede²⁶, *afvisende* (dismissing) for den ængstelig-undgående, der anvender *deaktivering*, *overvældede* (preoccupied) for den ængstelig-ambivalente, der anvender *hyperaktivering*, samt *uforløst* om den desorganiserede

²⁶Vi er opmærksomme på, at nogen (Steele & Steele, 2008, p. 9f) refererer til undergrupper til fri-autonom tilknytning. Mere specifikt antydes det, at disse personer kan udvise varierende grader af træk fra spændingsfeltet mellem afvisende og overvældet tilknytning. De behandles ikke nærmere, da vi som nævnt ikke ønsker at gå i dybden med fri-autonom tilknytning. I det omfang vi behandler fri-autonom tilknytning er det ud fra fælles træk med henblik på at adskille fra usikker tilknytning.

tilknytning. Ydermere anvendes hos voksne *uklassificerbar* (cannot classify) som betegnelse for en tilknytningstype, hvor der ikke synes at forekomme ét fremtrædende mønster. Ofte svinger personen mellem et afvisende og overvældede mønster med korte intervaller²⁷ (Broberg et al., 2010, p. 257; Rechenbach, 2003a, pp. 538-540; Slade, 1999, p. 580).

Benævnelserne røber noget om personens væremåde. Kort sagt har de fri-autonome, som følge af oplevelser med afstemte og responsive omsorgsgivere, fået tiltro til, at andre kan og vil hjælpe ved behov herfor. Denne tillid sætter dem i stand til at række ud efter andre og modtage hjælp, støtte og omsorg (Sable, 2000, p. 60).

3.3.2.1 Den afvisende patient

Den afvisende har lært at minimere tegn på ubehag, lidelse og negative udtryk for at undgå afvisning. Personen holder sig så tilpas nær ved en afvisende omsorgsperson, at han får et vist mål af beskyttelse, men med en så tilstrækkelig afstand at han ikke lider under afvisningen (Egeland & Carlson, 2003, p. 30f; Holmes, 2003, p. 25).

Vedkommende har tillagt sig en strategi om at udelukke eller begrænse tilknytnings-relevant information. Mere specifikt ses hos børn en tendens til at virke uinteresserede i omsorgsgivers tilbagekomst og ikke berette om egne oplevelser eller følelser, mens omsorgsgiver var væk. Eventuel samtale ved genforening omhandler kun upersonlige emner. Således er der tale om, at de anvender en deaktiveringsstrategi (Smith, 2003, p. 81f; Woodhouse, Schlosser, Crook, Ligiéro & Gelso, 2003, p. 396).

Den manglende tiltro til omsorgsgivers tilgængelighed synes at foranledige en fornemmelse af, at personen må være selvtilstrækkelig og benægte behovet for andres støtte. Som voksen vil dette mønster give sig udslag i en stor tillukkethed, hvilket kan komme til udtryk ved stærk afvisning af andre, en devaluerende facon eller ved at tilbageholde følelser i relation til andre. Således deler disse voksne ikke deres følelser med andre, og de har svært ved at få opmærksomhed eller bede om støtte.

Denne tilsyneladende selvtilstrækkelighed dækker over en frygt for at stole på andre og et underliggende behov for kærlighed og følelsesnærhed (Rechenbach, 2003a, p.

²⁷ Disse patienters tendens til hyppig vekslen mellem at maksimere og minimere deres opmærksomhed i tilknytningsstilen gør det vanskeligt at udtale sig om deres særegne kendetegn, herunder forsvarsstil og arbejdsmodeller, hvilket afspejles i den manglende litteratur herom. I den forbindelse besværliggøres vores ærinde om at identificere og i særdeleshed intervenere over for denne type patient. Vi anser ikke den begrænsede viden som tilstrækkelig til vores brug, hvorfor vi undlade at behandle dette mønster.

538; Sable, 2000, p. 61f). Forskning tyder på, at der er individuelle variationer i brug af forsvarsmekanismer forbundet med de forskellige tilknytningsmønstre. Om dette mønster ses en større tilbøjelighed til at anvende fortrængning. Følgelig benægter de afvisende ofte problemer, udgår og forsvarer sig mod følelser og er i interaktionen med andre ofte intellektualiserende (Diamond et al., 2003, p. 168; Shorey & Snyder, 2006, p. 13).

3.3.2.2 Den overvældede patient

Den overvældede type har, som nævnt, erfaring med usikkerhed ift., hvorvidt tilknytningsfiguren er tilgængelig og vil respondere på vedkommende. Følgelig er disse personer som børn hyperopmærksomme på omsorgsgiver, hvilket sker på bekostning af leg og udforskningsadfærd. Det ængstelig-ambivalente barn har en fornemmelse af, at det må være i nær kontakt med tilknytningsfiguren og har udviklet strategier til at opnå mest mulig nærhed og reaktion fra denne. Dette kommer til udtryk i form af fx en klyngende, krævende og opmærksomhedssøgende adfærd over for tilknytningsfiguren, således at det ambivalente individ i mindre grad er offer for dennes inkonsekvens. Der er tale om, at de anvender en hyperaktiveringsstrategi²⁸ (Holmes, 2003, p. 25; Sable, 2000, p. 60f, p. 103; Smith, 2003, p. 81f; Woodhouse et al., 2003, p. 396). Kendetegnet er desuden tøven for at indgå i nye relationer og aktiviteter. Som navnet antyder synes disse voksne overvældede og optagede af egne emotioner og lidelse tillige med en overinvolvering i problemer, der hører fortiden til. De har erfaret, at intet, de gør, kan bringe dem tryghed og omsorg grundet tilknytningsfigurens uforudsigelighed. Følgelig er de altid på vagt, påpasselige og meget opmærksomme i deres adfærd. De lider under manglende fornemmelse af at have en sikker base og er sårbar over for separation fra, hvad der repræsenterer tryghed for dem. De kan virke vrede på en eller begge omsorgsgivere, hvilket kan komme til udtryk direkte eller indirekte (Rechenbach, 2003a, p. 540; Sable, 2000, p. 61). Overvældede udviser tilbøjelighed til at anvende primitive forsvarsmekanismer som splitting, projektion og dissociation, hvilket også gør sig gældende for det næste mønster (Diamond et al., 2003, p. 168).

²⁸Hyperaktivering anses som værende forbundet med angst, som er den ene dimension i den to dimensionale tilknytningsmodel, hvor deaktivering associeres med undgåelse (Woodhouse et al., 2003, p. 396).

3.3.2.3 Den uforløste patient

Forskning peger på, at børn karakteriseret ved dette mønster ved seksårsalderen vil være tilbøjelige til at vise organiserede træk i samspillet med omsorgsgiver. Disse træk kan komme til udtryk på forskellig vis, men med en kontrollerende adfærdsform over for omsorgsgiver tilfælles. Mere specifikt forsøger børnene at kontrollere eller diktere forældrenes adfærd på en af to måder. Én type adfærd tyder på, at barnet anvender en *kontrollerende omsorgsfuld* strategi i forbindelse med øget lydhørhed for den voksnes følelser. Barnet udviser beskyttelse, omsorg og bekymring for den voksne og give denne anvisninger på en måde, der antyder, at den voksne er afhængig af barnet for råd og vejledning, fx kan barnet på en meget voksen måde anmode om at lege med forælderen (Blatt & Levy, 2003, p. 118f; Broberg et al., 2010, p. 183). Main og Cassidy (1988, pp. 418-420) giver til eksempel følgende udtalelse: ”Mor vil du lege med mig i sandkassen?.... Det er sjovt, er det ikke mor?”. Ved genforening kan barnet med denne adfærdsform udvise en ekstrem nervøs munterhed fx ved at hoppe op og ned og klappe i hænderne eller ved at klovne rundt for at opmuntre forælderen. En anden strategi udgøres af en *kontrollerende straffende* adfærd, hvor barnet bestemmer den voksnes handlinger. Barnet synes tillige at agere på en måde, der er ydmygende over for forælderen, eller afvise denne, fx ved at beordre denne til at gå. Barnet kan direkte komme med nedværdigende og pinlige bemærkninger, fx: ”du er virkelig klodset” eller ”jeg sagde, at du skulle holde dine øjne lukkede”. Ved genforening kan barnet indikere, at forælders tilstedeværelse ikke er ønsket. Fælles for begge strategier er, at barnet påtager sig funktioner, der falder under omsorgsgivers opgaver. Da barnet således har fundet en måde at organisere sig på ift. omsorgsgiver, synes begrebet desorganiseret ikke længere fyldestgørende. I stedet anvendes ofte betegnelsen *D-kontrollerende*, der henviser til, at organiseringen stammer fra den desorganiserede tilknytning²⁹ (Blatt & Levy, 2003, p. 118f; Broberg et al., 2010, p. 183; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999, p. 532f). Main foreslår, if. Broberg et al. (2010, p. 207), at barnet har lært at mindske angst og usikkerhed gennem brug af den kontrollerende adfærd. Når det desorganiserede barn modnes, vil relationen udvikle sig i retning af en delvis forældre- eller ægtefællerelation, foruden det oprindelige tilknytningsforhold (Main & Cassidy, 1988, p. 423). Som voksen fremgår det, at deres kærlige følelser og minder i højere grad er blevet udelukket fra be-

²⁹ Vi vælger dog på linje med den overvejende tendens i litteraturen at fastholde betegnelsen desorganiseret hos børn ud fra tidligere nævnte begrundelse.

vidstheden end ved de to forudgående mønstre. De uforløste forbinder en enorm angst ved tanken om at komme andre nær og agerer på en mistillidsskabende måde. Pres fra andre om at indgå i relationer kan resultere i angst og vrede. I lighed med de usikre mønstre kan der være et ubevidst ønske om at blive elsket foruden en vrede over, at det endnu ikke er blevet vedkommende forundt (Sable, 2000, p. 63).

3.4 Opsamling

Vi har nu opbygget en solid viden om tilknytningsteoretiske begreber med særligt fokus på en udredning af tilknytningsmønstrenes benævnelser og udtryk samt deres stabilitet gennem udviklingen. Det er fremgået, at de enkelte mønstre afspejler forskellige tilknytningsoplevelser med omsorgsgivere, internaliserede i arbejdsmodeller, der påvirker individets fremfærd og forsvarsstil. Hos den voksne formodes såvel de hensigtsmæssige som uhensigtsmæssige strategier og mønstre at vedvare, dersom der ikke indtræffer drastiske forstyrrelser som fx tab. På den positive side kan psykoterapi potentielt forandre tilknytningsmønstre i retning af større tilpasning til nuværende omgivelser (Rechenbach, 2003b, p. 622f).

4 Tilknytningens betydning for klinisk praksis

Den forudgående afdækning danner grundlaget for at behandle, hvordan tilknytningsmønstrene kan forventes at influere muligheder og udfordringer i terapien. Mere specifikt ønsker vi at tilegne os et kendskab til, hvordan de forskellige mønstre kan påvirke essentielle terapeutiske aspekter, som målsætningen, alliancen og udfaldet. Dette sker som optakt til den senere afdækning af, hvordan vi kan identificere patienters tilknytningsmønstre i terapien, hvilket kun synes muligt, såfremt vi her kan påvise, at mønstrene influerer terapien på unikke måder.

4.1 Valg af terapeutiske mål med hensyntagen til tilknytning

Konsensus om mål indgår if. Bordin (1979, p. 253) som et af de vigtige elementer i arbejdsalliancen (jf.4.2) og skal sikre en realistisk og relevant målsætning samt bewirke, at patienten og terapeuten samarbejder om samme problem og opgave, hvilket indvirker positivt på terapiens udfald (Tryon & Winograd, 2002, p. 111, p. 214). Et overordnet mål uagtet patientens tilknytning vil være at hjælpe denne med at blive mindre rigid og ufleksibel og mere åben over for nye erfaringer (Slade, 2008, p.

774). Ud fra en tilknytningsoptik er det dog væsentligt at tage hensyn til den enkelte patients tilknytning, når målsætningen formuleres, hvad enten det er eksplicit eller implicit. Mere specifikt ønsker vi at udlede, om der er såkaldte tilknytningsspecifikke hovedmål, der altid kan medtages i terapien, foruden de unikke mål, der selvsagt altid vil variere fra patient til patient uagtet tilknytning.

Som fremført tilstræber alle patienter en tryghedsfølelse, men det må forventes, at deres hidtidige erfaringer hermed medfører bestemte idéer om, hvad tryghed er, og hvordan den fås. Fx er der angiveligt forskel på, i hvilken udstrækning forskellige personer ønsker nære relationer, at undgå afvisning, søge andres anerkendelse osv. Følgelig må vi i en terapeutisk sammenhæng gå ud fra, at den overordnede målsætning for sikre og usikre patienter, samt imellem de usikre, adskiller sig væsentligt. Endnu et eksempel herpå er, at overvældede patienter er mere i kontakt med deres følelser, hvorfor de formodes at besidde stærke meninger om deres emotionelle oplevelser og derfor kan virke mere modstandsdygtige over for forandring end afvisende, der i højere grad løbende eksponeres herfor og dermed er mere åbne for nye forståelsesmåder (ibid., p. 769f). Mikulincer og Shaver (2007, p. 469) tilslutter sig tanken om varierende målsætning ved at hævde, at fri-autonom tilknytning derimod tillader en roligere tilgang til mål opnåelse og behovstilfredsstillelse, i og med at deres interaktionserfaringer med gode tilknytningsfigurer har styrket deres tiltro til, at problemer kan løses, hindringer kan overkommes og mål kan opnås, selv hvis de ikke har fuld kontrol. Man kan således forestille sig, at individets tilknytningsorganisering vil spille en væsentlig rolle i vedkommendes åbenhed overfor og evne til at blive hjulpet i psykoterapien³⁰ (Slade, 2008, p. 777f).

Til eksempel tilstræber de overvældede nære relationer, men har samtidig tendens til at frygte afvisning og ønske anerkendelse, hvilket medfører en søgen efter forhold præget af ekstrem intimitet og lavere niveau af autonomi. Derimod kan afvisende patienter have behov for at bevare distance i relationer for at opretholde en følelse af autonomi og uafhængighed (Collins, Guichard, Ford & Feeney, 2004, p. 204; Mikulincer, 1998, p. 1210f). Således er et gennemgående mål i terapien at styrke de overvældedes fornemmelse af autonomi og tiltro til egne evner, så de kan udholde af-

³⁰Da fri-autonome oftest ønsker samt evner at indgå i nære relationer præget af en god balance mellem nærhed og autonomi, formoder vi, at det ikke er muligt at udlede et hovedmål for disse patienter. Derudover forestiller vi os, at de besidder en række ressourcer samt villighed til at udforske sig selv og egne problemer, også ift. andre, i samspil med terapeuten, hvorfor der formentlig kan stilles større og mere fleksible mål.

stand. Denne formodning stemmer fint overens med tanken om, at man skal lære at være alene for at være sikkert tilknyttet (Eagle, 1997, p. 226; Holmes, 1997b, p. 240f, 1996, p. 83). I tråd hermed beskriver Sable (2000, p. 114), at målet med fordel kan være at udrede patienternes mange følelser omhandlende behovet for en tryk relation, hvorved opmærksomheden på egne naturlige tilknytningsfølelser nuanceres, frem for at fratage dem behovet for afhængighed. Ydermere er det ofte vigtigt at hjælpe dem med at opgive fantasien om at genvinde en tabt relation, der måske i sig selv har været en fantasi (Eagle, 1997, p. 227). Grundet afvisendes vanskeligheder med nærhed bør det overordnede mål være at udholde nærhed, hvilket skal trænes i den terapeutiske relation (Holmes, 1997b, p. 240f). Patienterne har brug for hjælp til at komme i kontakt med de afskårne følelser af tab, sorg og vrede som respons på alvorlige skuffelser i deres tidlige tilknytningsrelationer (Eagle, 1997, p. 226; Holmes, 1996, p. 83). De skal således hjælpes til intimitet for at kunne udholde nærhed.

4.1.1 Er ændring i tilknytning mulig?

Med henblik på målsætningen og viden om fri-autonomes fordele finder vi det interessant at undersøge, hvorvidt en ændret tilknytningsklassifikation kan forventes som del af terapiens mål. Hertil kommer et pres på terapifeltet om at retfærdiggøre terapiens succesfulde udkomme, hvortil tilknytningsteoretiske målemetoder gerne anvendes som en måde at indfange og påvise effekten af psykoterapi på (Broberg et al., 2010, p. 290f). I den forbindelse fremsætter Holmes (1996, p. 70), at: *"The aim of therapy is to transform insecure into secure attachment, to move from clinging to intimacy, from avoidance to autonomy"*. I overensstemmelse hermed har Fonagy og kolleger blandt andre fundet, at i en gruppe med udelukkende psykiatriske patienter betegnet utrygt tilknyttede, kunne 40% efter et års psykoanalytisk orienteret terapi betegnes som trygge. To andre undersøgelser er dog mindre optimistiske omkring antallet af personer med fri-autonom tilknytning som følge af terapi. Ligeledes viser endnu en undersøgelse, at de patienter, der skiftede mellem en usikker og sikker tilknytning, havde den laveste grad af symptomatologi forinden og oplevede samme grad af symptomreduktion som de resterende patienter, ligesom det bør bemærkes, at en stor del af patienterne skiftede indbyrdes mellem de forskellige usikre klassifikationer (Daniel, 2009, p. 310; Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target, 1995, p. 265f). Daniel (2006, p. 980f) maner videre til forsigtighed i fortolk-

ningen af resultater fra sådanne undersøgelser, der viser forandring i tilknytningsmønster efter psykoterapi. Hun gør opmærksom på, hvor foranderlige tilknytningsmønstre er over tid, særligt i højrisiko- og kliniske populationer, ligesom der kan foreligge målingsfejl, hvorfor en forandring i tilknytning ikke overbevisende kan tilskrives en behandlingseffekt. Når det er sagt, mener hun alligevel, at oplevelsen af større tryghed var så markant, at den ikke kan bortforklares som en tilfældig og forventelig ændring grundet fejl samt mønstrenes labilitet. Ligeledes er fri-autonom tilknytning så forholdsvist sjælden i kliniske grupper, at det påviste skift i undersøgelsen er spændende og iøjefaldende. Endnu en faldgrube ved sådanne undersøgelser, der anvender selvrapportering eller interview, er dog, at de ikke giver et troværdigt nok billede af en mulig tilknytningsforandring. Hermed menes, at forandringer i patientens evne til mere nuanceret og sammenhængende at beskrive sin barndom ikke nødvendigvis afspejler en forandring i patientens reelle forhold. Slade fastslår (2008, p. 769), at et skift i tilknytningsklassifikation sandsynligvis ikke er det mest givtige at tilstræbe, eftersom mønstrene må antages at dække over dybere strukturer, der kræver en vis tid at ændre, selv i den mest succesfulde terapi. Ydermere gør hun opmærksom på, at en ændring i tilknytningsmønster ikke nødvendigvis ledsages af dybere forandringer i dagligdagens adfærd samt relationer. Anvendelse af tilknytningsklassifikationer som effektmål i psykoterapi kan derfor være problematisk (Broberg et al., 2010, p. 290f).

4.1.2 Afrunding

Efter at have søgt intensivt i den tilrådeværende litteratur, undrer det os, at der ikke i højere grad er udført forskning eller udledt formodninger om, hvad man mere konkret kan sætte sig af mål i terapien samt hvor store ambitioner, der er rimelige, med henblik på de enkelte tilknytningsmønstre. Særligt iøjefaldende er det, da målsætningen er et så essentielt aspekt af terapien. Trods manglende viden om målsætninger for de uforløste i vores litteratur, formoder vi, at de kan have gavn af sammen med terapeuten at skabe orden i deres kaotiske tanker, følelser og forventninger til andre, italesætte de traumatiske ubearbejdede oplevelser, foruden at få en fornemmelse af tryghed.

Vores nysgerrighed om at afdække en indbyrdes forskel i målsætning behandles videre i afsnit 6.2, hvor vi ser nærmere på, om bestemte terapeutiske strategier i

særdeleshed er fordelagtige at satse på for de enkelte tilknytningsmønstre. Vi formoder, at et sådant forhold gør sig gældende, for som Slade (2004, p. 185) udtaler: *"Such profound differences in one's basic sense of self and of self in relation to others require very different approaches to treatment [...]"*.

4.2 Om arbejdsalliancen og dens betydning for terapiprocessen

En betydningsfuld komponent ved den terapeutiske proces udgøres af arbejdsalliancen³¹. Termen refererer til dannelsen af en alliance eller form for partnerskab mellem patient og terapeut, der sætter dem i stand til at samarbejde om at nå terapeutiske mål. Mere specifikt refererer arbejdsalliancen til kvaliteten og styrken af samarbejdet og inkluderer et positivt emotionelt tilhørsforhold baseret på gensidig tillid, respekt og accept såvel som et mere kognitivt aspekt ved terapien: konsensus om terapiens opgaver og mål, som begge parter må anse som vigtige for at danne en stærk alliance. En god alliance engagerer det rationelle, selvobserverende, bedringssøgende aspekt ved patienten og de terapeutiske kvaliteter ved terapeuten, herunder den gensidige evne til at gennemarbejde brud i alliance (Daniel, 2006, p. 974; Horvath & Bedi, 2002, p. 38f, p. 41, p. 61; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 417f). Brudmarkører identificeres af Samstag, Muran og Safran (2002, p. 188, p. 193) som negative skift i kvaliteten af arbejdsalliancen eller vanskeligheder ved at etablere den, begge grundet patientens fornemmelse af at være blevet misforstået, ikke elsket, afvist eller kritiseret, eller at patient og terapeut har talt forbi hinanden. Desuden indbefattes patientens vrede eller tilbagetrækning som reaktion på nævnte aspekter eller på manglende umiddelbar tilfredsstillelse af behov, ønsker eller fantasier udfoldet i terapien. Gennemarbejdning og reparation af sådanne forstyrrelser tjener til at genetablere og styrke alliance og tilvejebringer patienten en emotionel korrektiv oplevelse, tillader udforskning og håndtering af patientens negative forventninger og følelser og er afgørende for et succesfuldt terapiudkomme (jf. 4.4) (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 418). Følgelig kan viden om mønstrene give retningsanvisninger og mening til forventelige brud på alliance og opbyggelse af den.

Det emotionelle bånd ved alliance involverer såvel patientens fornemmelse af, at terapeuten værdsætter, tager omsorg for og bekymrer sig om patienten, som tilstede-

³¹ Der findes ikke én accepteret og entydig definition af termen (Horvath & Bedi, 2002, p. 38), hvorfor vi her indkredser dens mening ud fra anerkendte teoretikers brug, på en måde som giver mening for os.

værelsen af tillid til terapeutens tilgængelighed, sensitive respons og klogskab. Disse aspekter er del af en tilknytningsrelation, når den anden opfattes som en tilgængelig, sensitiv og støttende tilknytningsfigur. Har patienten denne opfattelse lettes enighed om mål og anerkendelse af interventioner som udtryk for gode intentioner og viden om, hvad der er patienten til gavn (ibid., p. 418). Forskning forestået af blandt andre Parish og Eagle (2003, p. 278) ekspliciterer vigtigheden af etableringen af en sikker base, idet de peger på en positiv sammenhæng mellem patientens opfattelse af deres terapeut som tilgængelig og en sikker base og deres positive vurdering af arbejdsalliancen. Tryon og Winograd (2002, p. 109) bidrager i den henseende med pointen om, at alliancen i sig selv er terapeutisk. Denne gunstige udvikling er dog i høj grad forbundet med patientens primære relateringsmåde, hvilken kan være hæmmende for udvikling og opretholdelse af en god alliance i terapien (Slade, 1999, p. 588). Ud fra et tilknytningsteoretisk ståsted vil patientens mønster påvirke arbejdsalliancens kvalitet og udvikling over tid, da det former patientens interpersonelle adfærd, forsvar, forventninger, følelser og attitude over for terapeuten og det terapeutiske samarbejde (Daniel, 2006, p. 974; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 251, p. 418).

4.2.1 Hvordan fri-autonom tilknytning kan påvirke alliancen

Forskning udsiger sig om, at fri-autonome personer kan have bedre forudsætninger for at forme og opretholde en god arbejdsalliance, idet velbefindende med intimitet og afhængighed af andre forudsiger en bedre alliance. Ydermere medbringer de fri-autonome positive modeller af andre, en fornemmelse af at kunne have tillid til andres tilgængelighed og gode intentioner, samt tilbøjelighed til at kunne forme intime relationer, aspekter der alle påvirker dannelsen af et godt og stærkt emotionelt bånd til terapeuten. Disse patienter er overordnet mere samarbejdsvillige og tager imod hjælp og støtte til håndtering af deres problemer samt virker emotionelt engagerede i terapien. Desuden sætter de deres lid til konstruktive konfliktløsningsstrategier og samarbejder aktivt med terapeuten med henblik på at løse problemer, hvilket bidrager til en effektiv reparation af brud i alliancen (Daniel, 2006, p. 974f; Dozier & Bates, 2004, p. 175; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 251, p. 418; Slade, 2008, p. 766). Ydermere er fri-autonome i stand til at fokusere på og give terapeuten indblik i tilknytningsrelaterede aspekter, såvel i nuværende som fortidige relationer, på en åben og fleksibel måde (Dozier & Tyrrell, 1998, p. 230).

4.2.2 Hvordan utryg og uforløst tilknytning kan påvirke alliancen

At være patient indebærer at turde vise sine sårbare sider og magtesløshed over for en anden og i terapien forlade sig på terapeutens ekspertise (Holmes, 2010, p. 65). Dette udgør en udfordring, særligt hvis man er usikkert tilknyttet. I kontrast til fri-autonome medbringer usikkert tilknyttede negative modeller af andre og stærke udtryk for umødte tilknytningsbehov eller benægtelse heraf. Mikulincer & Shaver (2007, p. 419) henleder i den forbindelse opmærksomheden på en øgning i fund, der tyder på, at patienters negative mentale repræsentationer af omsorgsfigurer har en skadelig indvirkning på deres kapacitet til at kunne etablere en god alliance. Generelt peger undersøgelser på, at kontraindikatorer for dannelsen af en stærk arbejdsalliance indbefatter ikke at føle sig støttet og elsket, mangel på kvalitative objektrelationer og affektiv eller kognitiv fleksibilitet samt problemer med dominans og underkastelsesdimensionerne i relationen med andre. Nævnte aspekter karakteriserer netop usikkert tilknyttede, hvorfor vi finder det relevant at se nærmere på denne patientgruppe. Patientens evne til at udforske og reflektere over eget liv i samarbejde med terapeuten er en essentiel bestanddel af en succesfuld terapi men fordrer, at patienten er villig til at involvere sig og kan fornemme terapeuten som en sikker base, hvilket er influeret af patientens tilknytning. Fx kan patienter med et usikkert mønster, som udtryk for deres tilknytningshistorie, ofte respondere negativt på en empatisk terapeut. Mere specifikt medbringer den usikkert tilknyttede person forventninger om, at terapeuten ikke vil være tilgængelig eller kunne forstå patienten eller true dennes fornemmelse af tryghed, hvilket hindrer udviklingen af en god alliance (Slade, 1999, p. 586f). Her-til kommer, at Mallinckrodt, Gantt og Cobles undersøgelse (1995, p. 312) peger på, at frygt for afvisning korrelerer negativt med en alliance.

De uforløste er fundet at virke mindre emotionelt engagerede i terapien ift. de fri-autonome og have større behov for kriseintervention end de øvrige grupper. Mere specifikt tumler de ofte med omfattende problemer, der lægger beslag på deres opmærksomhed, fører til dissociative processer og besværliggør fokus på andet, og de har brug for støtte til at håndtere de uløste problemer (Daniel, 2006, p. 974; Dozier & Bates, 2004, p. 171, p. 173, p. 178). If. Harris (2003, p. 76) tilskrives denne gruppe ikke en specifik væremåde eller rolle, der påvirker etableringen af arbejdsalliancen. Eftersom disse patienter ofte udviser særligt ét af de to usikre tilknytningsmønstre, er

det hensigtsmæssigt at orientere sig i de beskrevne komplikationer ift. alliancen for henholdsvis de afvisende og de overvældede patienter.

4.2.2.1 Den afvisende patient

Mere specifikt har afvisende problemer med at indgå i en behandlingsrelation, idet de tenderer til at afveje såvel relationers som følelsers betydning og kan virke kolde og distancerede. Deres tilbøjelighed til at betvivle terapeutens respekt og forståelse for dem tilsammen med deres ubehag og forsvar mod afhængighed og intimitet kan være mærkbar fra første session og virke hæmmende for allianceudviklingen. Følgelig kan terapeuten til tider opleve terapien som noget af en kamp. Patienterne benægter ofte behovet for hjælp og opsøger den sjældent, foruden at de er mindre tilbøjelige til at tage imod den, når den tilbydes. Denne tendens kan forklares ud fra deres erfaringer med, at andre ikke vil være emotionelt tilgængelige og tillidsskabende. Behovet for selvtilstrækkelighed kan også hæmme accepten af terapeutens forslag til mål og terapeutiske interventioner. Overordnet synes afvisende relativt resistente over for behandling, da de tenderer til at afvise de terapeutiske interventioner. Fx kan deres tendens til at ville undgå konflikter gå imod konstruktive udforskninger af uenighed omkring mål og opgaver og gennearbejdning af brud i alliancen (Daniel, 2006, p. 974; Fonagy, 2006, p. 44; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 419; Shorey & Snyder, 2006, p. 13f; Slade, 1999, p. 587).

Patienter med den deaktiverende strategi er mindre åbne eller selvaflørende og undgår at forholde sig til tilknytningsrelaterede problemer, hvorfor interaktionen kan bære præg af overfladiskhed. Hermed risikerer de at fremmedgøre sig selv. Overordnet afvises, undertrykkes og minimeres tilknytningsrelaterede oplevelser og følelsesmæssige tilstande såsom tab, afvisning og behov for støtte og kærlighed. Når talen falder herpå forsøger den afvisende person at bortlede terapeutens opmærksomhed. Derfor kommer anvendelsen af deaktivering til udtryk som reducere engagement og investering ift. at forfølge mål i terapien, særlig når de kolliderer med patientens fornemmelse af selvtilstrækkelighed. Generelt tyder det på, at patienterne har svært ved at opretholde motivationen, når de møder forhindringer i terapien. De synes derimod at stræbe efter en vedholdende emotionel distance til terapeuten og er da også fundet at være mindre emotionelt engagerede i terapien sammenlignet med de fri-autonome, samt at favorisere en form for kammeratskabsrelation over terapeu-

tiske interventioner. I forlængelse heraf er det fundet, at afvisende havde sværere ved at etablere et emotionelt bånd til deres terapeut, og at deres alliancer var svagere (Daniel, 2006, p. 974; Dozier & Tyrrell, 1998, p. 231; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 419f; Slade, 1999, p. 587).

En interessant tilføjelse er, at en undersøgelse af alliancen over tid vurderet ift. terapiens begyndelse, midte og afslutning afspejler et overordnet højt-lavt-højt mønster for allianceudviklingen både hos fri-autonome og overvældede patienter. Herimod udviser afvisende patienter fra terapiens begyndelse en stabil alliance frem til midt i terapien, hvor der sker et fald i arbejdsalliancen, hvilket kan reflektere en afvisning af den terapeutiske relations betydning hen mod afslutningen. Trods deres afvisning har de langt færre alliancebrud end de overvældede (Daniel, 2006, p. 974f).

4.2.2.2 Den overvældede patient

Overvældede patienter udfordrer alliancen på forskellige måder, særligt problematisk er deres manglende evne til at samarbejde og tage terapeutens støtte til sig, og de synes at forsvare sig mod kognitiv indsigt. I terapien kommer deres hyperaktiveringsstrategi til udtryk som en grådig, afhængig og krævende facon, hvilket giver sig udslag i telefonopkald mellem sessionerne, et stort behov for støtte og råd samt krav om ekstra sessioner. De ønsker så at sige ofte mere og intens kontakt med terapeuten, end hvad der ligger inden for terapiens rammer, og forekommer at knytte sig meget hurtigere til terapeuten, end de er enige og kan samarbejde om ift. terapiens mål og terapeutiske opgaver. Følgelig er de i højere grad end afvisende i risiko for at bringe alliancen i fare ved fx at trække den terapeutiske relation i retning af et forælder-barn forhold end egentlig terapi (Harris, 2003, p. 77; Mallinckrodt et al., 1995, p. 315; Slade, 1999, p. 587f). Overvældede er således emotionelt engagerede i terapien og præsenterer sig selv åbent som havende brug for hjælp, men på en måde der ikke er befordrende for samarbejdet. De kan synes optaget af at please og formilde deres terapeut med henblik på at undgå fornemmelsen af afvisning og taler gerne og længe om deres relationer. Grundet deres villighed til at vedstå sig relationelle problemer, fremstår de ikke umiddelbart som en særlig udfordring, men deres vanskeligheder, ved at fokusere sammenhængende på et pågældende emne samt tendens til at vige uden om at udforske og afdække problematiske områder, hæmmer en egentlig indsigt

i deres problemer såvel som dem selv (Dozier & Bates, 2004, p. 177; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 419f).

Betydningen af overvældedes tilbøjelighed til stærkt emotionelt engagement synes afspejlet i den tidligere nævnte undersøgelse af alliancen over tid, hvor et højt-lavt-højt mønster ses, men for de overvældede er disse bølger yderst bratte. En mulig forklaring er, at deres følelsesmæssige udtryk er maksimeret såvel i deres negative som positive udtryk. I terapien medbringer de en stor sult efter kærlighed, omsorg og opmærksomhed samtidig med en tilbøjelighed til at misfortolke andres adfærd over for dem som udtryk for afvisning, kritik eller misbilligelse, hvilket kan medføre flere alliancebrud (Dozier & Bates, 2004, p. 177; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 419f). I tråd med denne antagelse fandt Eames og Roth (2000), at alliancebrud hyppigere finder sted med disse patienter end ved afvisende (Daniel, 2006, p. 974f). Vi forestiller os fx, at overvældedes ønsker om råd og afhængighed kan blive mødt af terapeutens forsøg på at opretholde en terapeutisk alliance. Dette scenarie kan føre til deres opfattelse af en manglende imødekommelse af behov, at blive afvist og ikke elsket.

4.2.3 Terapeuten og patientens rolle i terapiprocessen

Da patienters måde at søge tryghed dikteres af hidtidige tilknytningsoplevelser, må det forventes, at måden, de ønsker at være sammen med terapeuten på, kan være væsentligt forskellig. En potentiel udfordring for terapiens proces og fremgang kan være, at nogle patienter former al aktivitet i overensstemmelse med, hvad de tror, terapeuten ønsker fra dem. Således kan der opbygges en ”som om” personlighed³², der præges af en falsk, opdigtet pseudoindsigt, hvilken ikke indvirker befordrende på processen. Herunder ligger en risiko for indbyrdes misforståelse, idet patienten og terapeuten kan have vidt forskellige oplevelser af, hvad terapi indebærer. Fx kan terapeuten have en kognitiv forståelse, mens patienten besidder en mere emotionel, hvilket kan medføre, at begge parter oplever den andens fremfærd som modstand mod at være sammen i terapien (Bleichmar, 2003, pp. 392-395). Endnu en måde, patienten formår at skjule sit sande selv på, ses til tider hos afvisende patienter. De kan have oplevelsen af ikke at kunne vise vrede uden at bringe deres relationer i fare, hvorved terapiprocessen risikerer at være præget af indestængt raseri, der ikke får

³²Termen blev introduceret af psykoanalytiker Helene Deutsch (1934, 1942) som refererende til patienter, der synes velfungerende, men præges af gennemgribende affektmangel og manglende forbindelse til tanker (Hjulmand, 2002b, p. 749).

direkte afløb, men fx kommer til udtryk gennem udtalt tilbagetrækning (Karen, 1994, p. 226).

Man skulle umiddelbart tro, at den præsenterede viden ville afvæbne eventuelle problemer, men paradoksalt nok lader det til, at utrygt tilknyttede formår at påvirke terapeutens interventioner, således at processen følger visse mønstre i overensstemmelse med patientens tilknytning. Hermed menes, at vægtningen af henholdsvis kognitivt og affektivt indhold i patientens primære handlingsstrategier imødekommes. Fx stoler afvisende i høj grad på kognitive strategier og mødes derfor ofte med kognitive interventioner præget af tolkning, mens overvældede nærmere anvender en affektiv tilgang til at løse problemer og opnå nærhed, hvorfor de præsenteres for mere følelsesbetonede interventioner, hvor terapeuten reflekterer deres emotioner (Broberg et al., 2010, p. 289; Slade, 2004, p. 201f; Smith, 2003, p. 81). Socialpsykologiske forskere har fundet, at det er ganske naturligt, at mennesker føler sig draget mod at levere en sådan komplementær respons i mødet med en stærk interpersonel besked: en patient, der kommunikerer en stor afhængighed, vækker fx gerne omsorg hos modparten (Dozier & Tyrrell, 1998, p. 237). Hvorvidt det er mest terapeutisk at respondere i overensstemmelse med eller modsat patientens tilknytning behandles løbende.

4.3 Terapien som scene for tidlige tilknytningsoplevelser

4.3.1 Tilknytningens indvirkning på overføring

Overføring er ingenlunde entydigt beskrevet, idet der ses en tendens til at betone forskellige aspekter ved fænomenet (Sandler et al., 1994, p. 52). Vi forstår det som patientens overføring af forventninger, følelser, opfattelser, attituder, forsvar og drivkræfter, der hører en tidligere relation til, men som vækkes i den terapeutiske relation. Patientens overføringsreaktioner på terapeuten lader sig identificere som et misforhold mellem terapeutens intervention og patientens reaktion herpå, fx at denne synes upassende og uden proportion med dens åbenbare årsag. Fra et tilknytningsperspektiv udgør sådanne overføringsreaktioner reaktiveringen og projektionen af konfliktfyldte arbejdsmodeller på terapeuten (Bowlby, 1998a, p. 239; Mikulincer og Shaver, 2007, p. 424). Bowlby (1998a, p. 236) benytter begrebet "forecast" til at beskrive individets brug af arbejdsmodeller til at forudsige situationer med terapeuten og danne forudfattede meninger om denne, der tilskrives karakteristika og intentioner.

ner, der hidrører fra de tidlige samspilsoplevelser med tilknytningsfigurerne og individets opfattelse heraf, fx hvor emotionel tilgængelig og responsiv terapeuten vil være. Bowlby mente, at den terapeutiske relation udgør en speciel form for tilknytning, der er yderst velegnet til at vække patientens tilknytningsrelaterede forventninger og adfærd (ibid., p. 239; Mikulincer og Shaver, 2007, p. 424; Woodhouse et al., 2003, p. 396). Han lægger desuden op til, at patienten ofte i overføringen kan agere over for terapeuten på en måde lig egne barndomsoplevelser med forældrene, eller så terapeuten fremstår som forældrene (Bowlby, 1993, p. 144).

Overordnet fremfører blandt andre Slade (2008, p. 766f), at patientens udvikling af såvel positive som negative overføringer³³ indikerer, at terapeuten er blevet en tilknytningsfigur og aktiverer patientens arbejdsmodeller. Følgelig formodes de forskellige tilknytningsmønstre at medføre væsentligt forskellige overførings- og modoverføringsmanifestationer. Den fri-autonome patients fornemmelse af tilknytnings-sikkerhed kommer gerne til udtryk ved positive overføringer, hvilke letter dannelsen af en god alliance. Deres positive modeller og forventninger til andre kan tjene til at styrke samarbejdet og det emotionelle bånd mellem patient og terapeut, såfremt terapeuten ikke kontraagerer herpå. Ulempen ved den fri-autonomes tilgang kan være, at deres åbenhed og positive attitude over for nye informationer hindrer overføringen af den indre verden, idet patienten i højere grad har fokus på terapeutens aktuelle væremåde, hvilket problematiserer genspilningen og bearbejdningen af tidligere oplevelser i den nye relation. I modsætning hertil tilskrives usikre patienter en tilbøjelighed til at overføre deres negative modeller på terapeuten og formodes i højere grad at reaktualisere tidligere konfliktfyldte samspil i terapien. Deres ofte multiple, modsigende og uintegrerede arbejdsmodeller kan bevirke en kompleks og kaotisk overføring. Hertil kommer, at deres kognitive, rigide og defensive uigennemtrængelighed og manglende evne til at forstå og reflektere over indre oplevelser kan forværre overføringens virkning og være hæmmende for en realitetsfunderet afdækning af interaktionen i terapien (Diamond et al., 2003, p. 129; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 425).

Mere specifikt tenderer overvældede patienter til at overføre deres ambivalente arbejdsmodeller af andre over på terapeuten, der følgelig bliver objekt for længslen

³³Freud skelnede mellem positiv og negativ overføring, hvor førstnævnte er af erotisk og sublimeret karakter, mens sidstnævnte dækker over patientens vrede, aggressive og fjendtlige følelser og eventuelle ageren heraf over for terapeuten (Rosenbaum, 2002b, p. 564). Foruden de nævnte aspekter beskrives positiv overføring ligeledes som patientens positive relationserfaringer, der overføres til den terapeutiske relation (Killingmo, 1971, p. 144).

efter kærlighed samtidig med angsten for at blive afvist, hvilket kan resultere i henholdsvis idealisering af terapeuten samt urealistiske forventninger, frustrationer og oplevelsen af terapeuten som utilstrækkeligt støttende. Afvisende patienters overføring er kendetegnede ved devaluering og afvisning af terapeutens interventioner. Deres tilbøjelighed til at blokere udtryk for negative følelser og forventninger til terapeuten hindrer afdækningen af overføringer og maladaptive arbejdsmodeller (ibid., p. 425; Slade, 2008, p. 767). Uforløstes overføring bærer præg af traumatiserende relationsformer, hvilket resulterer i hurtige skift mellem forskellige og uforenelige attituder over for terapeuten. Således er der tale om mere komplekse overføringer end ved de andre mønstre, hvor fx kærlighed/had eller håb/fortvivlelse udtrykkes sammen (Liotti, 1995, p. 345).

Undersøgelser af forbindelsen mellem patientens tilknytningsmønster og forventelige former for overføring er få (Mikulincer og Shaver, 2007, p. 425). Én af disse er Woodhouse et al.'s (2003, p. 395, pp. 403-405), der, i modsætning til tidligere skrevet, fandt, at jo mere patienter kunne identificeres som fri-autonome eller overvældede if. deres terapeut des større forekomst af overføring i terapien, især negativ overføring. Det lyder plausibelt, at en sikker tilknytning til terapeuten ligeledes kan tillade, at negative overføringer finder sted, idet patienten kan gøre brug af terapeuten som en sikker base, hvorfra udforskning af negative billeder af selv og andre kan foregå. Det undrer os, at kun disse to mønstre sættes i forbindelse med negativ overføring, da vi netop har beskrevet afvisende patienters tendens til at anvende bl.a. devaluering. I forlængelse heraf forundrer det os, at undersøgelsen peger på, at disse ikke korrelerer med nogen type eller mængde af overføring. Fundet forklares med patienternes manglende tilbøjelighed til emotionelt engagement i terapien. Forskerne undersøgte desuden, hvorvidt patienters bevidste minder om barndomsoplevelser med omsorg er relaterede til deres tilknytning til terapeuten, og fandt, at usikker tilknytning til terapeuten er forbundet med en større andel af negative erfaringer med forældreomsorg i barndommen. Overraskende nok fandtes ikke en forbindelse mellem fri-autonom tilknytning til terapeuten og positive minder om forældre som varme og pålidelige, om end den sikre tilknytning til terapeuten var forbundet med en lavere angivelse af inkonsekvent forældreomsorg³⁴.

³⁴Studiet baserer sig på 51 terapeut-patient dyader, og data er indsamlet fra relativt få sessioner i terapiens start. Fundene viser en spændende tendens, der kunne være interessant at underbygge gennem andre studier.

4.3.2 Tilknytningens indvirkning på terapeutens modoverføring

Modoverføring er ligeledes omdiskuteret, men vi definerer den bredt som terapeutens samlede bevidste og ubevidste holdninger til patienten samt de følelser, terapeuten kan opleve i relationen (Rosenbaum, 2002a, p. 489; Sandler et al., 1994, p. 100).

Terapeutens modoverføring påvirkes angiveligt af patientens tilknytningsmønster, hvorfor vi har interesse i at undersøge, om der er åbenbare modoverføringsdynamikker relateret til utryk og uforløst tilknytning, da disse formodes at indvirke mere problematisk på modoverføringen end fri-autonome. Lyon og Satterfield (1994) har påvist, at overvældedes tilbøjelighed til at udstråle sårbarhed, lidelse og hjælpeløshed vakte stor emotionel involvering og medfølelse i terapeuten, samt et overintensivt fokus på patientens negative selvopfattelser. Dette er på linje med Hardy et al. (1999), som rapporterede en tendens hos terapeuten til at afspejle overvældedes emotionelle tilstand og bekymringer. Desuden viste Rubino et al.'s fund (2000), at terapeuten er mere emotionelt engageret i deres overvældede patienter og reagerer med større empati end ved deres afvisende patienter. En ekstra spændende dimension, der blev åbenbar i Lyon og Satterfields undersøgelse (1994), var, at terapeuter til overvældede synes at definere deres patienters problemer som mere gennemtrængende og i højere grad tilskrive dem som udviklingsmæssige deficits. Undersøgelsen synes desuden at underbygge tidligere omtalte tendens til skævvridning, idet patienternes præference for hyperaktiveringsstrategier og emotionelt drama påvirker interventionerne i retning af udforskning og udfordring af patologiske kerneformodninger omhandlende selv og andre, hvilket forventeligt er ekstremt pinefuldt og involverer smertefulde emotionelle oplevelser. I modsætning hertil sås en tendens til, at terapeuter reagerede på den afvisendes afkoblede stil med rationelle, intellektuelle og kognitive interventioner, hvilke ikke synes hensigtsmæssige ift. at nå ind til patientens problematikker samt udfordre dennes blokering af emotioner (Mikulincer og Shaver, 2007, pp. 426-429). En forklaring kan være, at terapeuten får del i patientens tilknytningsoplevelser, idet hun ved omtale af emotionelle emner kan frygte, at patienten afviser eller i værste fald forlader terapien. Særligt hos afvisende er modoverføring en nyttig måde at få adgang til følelser, de nødtigt udtaler sig om (Harris, 2003, p. 81). Hvad angår uforløste patienter formoder vi, at terapeuten kan opleve frustration og forvirring over de forskellige følelser, der angiveligt vækkes i takt med de skiftende roller, der præger overføringen, og at interventionerne således følger rolletildelingen (Wallin,

2007, p. 249f). Hvordan terapeuten kan anvende sine modoverføringsfølelser til at få indblik i patientens tilknytning samt hvordan terapeutens modoverføring modereres af egen tilknytning behandles nærmere i afsnit 5.4.2 og 7.1.

Slade (2004, p. 185, p. 191, p. 198, p. 201) giver fra egen praksis eksempler på de præsenterede manifestationer i modoverføringen. Således fremfører hun, at en afvisende patient har fået hende til at føle sig afvist, grundet patientens vedvarende afholdende, afkoblende og til tider arrogante attitude. Hun sad ofte med fornemmelsen af i latterlig grad at være emotionel, når hun af al magt forsøgte at nå patienten. Desuden tog hun sig i ikke at tale om smertefulde emotionelle temaer, fx afvisning, hvilket patienten tydeligvis ikke ønskede at komme ind på, og indtage en kold, rationel og rådgivende rolle, hvilket fik hende til at sidde tilbage med en tom og hul fornemmelse. I arbejdet med en overvældet patient eksemplificerer Slade, at hun kæmpede med ikke at fokusere på konkrete detaljer i patientens liv for at undgå at blive oversvømmet af patientens emotioner. Dominerende var desuden fornemmelser af fragmentering og håbløshed, eller tvivl omkring at kunne hjælpe med at finde mening i og regulere patientens oplevelser. Vedvarende problematisk var det for hende som terapeut at opretholde en reflekterende, tænksom distance.

4.4 Hvilke udfald kan forventes med hvilke patienter?

Daniel (2006, p. 974, p. 979) mener, at indvirkningen af patientens tilknytning på terapiens udkomme som minimum kan forklares ved, at mønstrene implicerer forskellige udfald. Fx har usikre patienter en ringere evne til at regulere målorienteret adfærd, idet de kan have svært ved at holde fokus og udholde udfordrende opgaver samt hæmme forstyrrende tanker eller handlinger, hvilket kan virke hindrende for et positivt terapiudkomme (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 429f). Antallet af studier, der har undersøgt den indbyrdes relation, er stadig beskedent. Blandt disse er Fonagy et al.'s (1996) interessant, da det udtrykker viden om forbindelsen mellem usikker tilknytning og terapiudfald. Forskerne fandt, at indlagte ikke-psykotiske patienter karakteriseret som afvisende viste større bedring med psykoanalytisk orienteret terapi end fri-autonome og overvældede patienter. Vi undrer os over resultatet, da vi har afdækket, at afvisende patienter er uvillige til at tale om egne problemer og være åbne for at danne en alliance med terapeuten og følgelig har svært ved grundlæggende opgaver i terapien. På den anden side kan det hænge sådan sammen, at når disse pati-

enter føler sig emotionelt forbundne til terapeuten, kan forbedringen være mere opsigtsvækkende og åbenbar end ved de øvrige tilknytningsmønstre. Fonagy og kolleger forklarer fundet med, at afvisende patienter hidtil har afholdt sig fra at tænke deres problemer ud fra indflydelsen af tidligere relationer og derfor kan få mere ud af terapien end overvældede, som allerede har velformede og selvbevarende idéer herom. Forskerne kunne dog ikke forklare, hvorfor afvisende patienter fik mere ud af terapien end fri-autonome. Disse udgjorde dog et lille antal og var derfor muligvis ikke så repræsentative. Endelig bemærker vi, at de terapeutiske interventioner ikke var tilpasset de enkelte tilknytningsmønstres særlige behov, hvilket, vi mener, er mere anvisende end blot at se på, hvilken gruppe der generelt klarer sig bedst inden for samme terapiform. Ydermere er et spændende element forventningen om, at terapeuten evne til at være fleksibel og tilpasse sig det terapeutiske samspil vil afhænge af egen tilknytning og indvirke på terapiens udfald (jf. 7.1.2) (Daniel, 2006, p. 974, p. 979f; Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, Target & Gerber, 1996, p. 28f; Shorey & Snyder, 2006, p. 1; Slade, 2008, p. 769f).

Ift. afslutning af terapien, og dermed separation fra terapeuten, vil patienten også her imødegå dennes betydning med forventninger, der afspejler tidligere erfaringer. Holmes mener (1997a, p. 161, p. 164), at adskillelse kun er mulig, når man evner både intimitet og autonomi. I terapien kan patienten føle sig draget af udsigten til at stå på egne ben samtidig med en angstskabende fornemmelse af at miste intimiteten og trygheden, som terapeuten repræsenterer. Patienten kan reagere herpå ved at bagatelisere terapiens betydning og udeblive eller ved at regrediere og udvise opblussen af symptomer. Det ønskelige udfald er fornemmelsen af terapeuten som en sikker base, der tages med og lever videre i patienten som en indre repræsentation, når terapien afsluttes. Vigtigheden af denne internalisering af et godt objekt betragtes af mange som det mest centrale ved terapien. For at dette udfald kan opnås, har terapeuten nødig at efterstræbe dels en responsiv og afstemt stil dels evnen til at acceptere og håndtere protest og vrede. Herfra vokser patientens anlæg til at kunne klare intimitet samt magte autonomi (Holmes, 1997a, p. 166f).

4.5 Opsamling samt refleksion over tilknytningsteorien

Det er blevet evident, at patienters primære tilknytningsmønstre implicerer forskellige målsætninger, udfald og karakteristiske måder at indgå i en alliance samt overfø-

ring- og modoverføringsdynamikker. Derfor kan vi som terapeuter med fordel forsøge at afdække vores patienters mønstre, da indsigt i tilknytning kan give terapeuten en forståelse af årsager til forskellige typer respons (Diamond et al., 2003, p. 166f). Med henblik herpå ærgrer det os, at der ikke er udført så meget forskning om de uforløste patienter, hvorfor vi i høj grad er overladt til egne formodninger i mødet med denne patientgruppe³⁵.

På trods af tilknytningens påviselige indvirkning på individets udvikling såvel som den terapeutiske praksis, må andre vigtige aspekter forventes at spille ind, herunder kønsforskelle, udefrakommende stress samt intellektuelle evner, ligesom de undersøgte faktorer kan påvirkes af determinanter, som er svært kontrollerbare. Dermed bør tilknytningen ikke være eneste fokus i terapien, om end vi mener, at den har stor forklaringsværdi i terapeutisk sammenhæng (Fonagy, 2006, p. 40).

Forskere har kritiseret måden, hvorpå viden om tilknytning er fremskaffet, fx at de undersøgte populationer til tider er for små til generalisering, ligesom sammenligningsgrupper kan risikere at være konstitueret forskelligt. Området er desuden præget af forskellige målemetoder og undersøgelsesstrategier, foruden at terapiforløb selv sagt ikke er heterogene, hvorfor det er svært at uddrage konklusioner på baggrund af indbyrdes sammenligninger. Ydermere bemærkes det, at kriterier for fx tab defineres forskelligt, hvorfor man ikke kan vide sig sikker på, at forskere faktisk undersøger det samme (Bowlby, 2000, p. 79; Egeland & Carlson, 2004, p. 33; Meyer & Pilkonis, 2002, p. 377). Overvejelsen af potentielle bias og fejlkilder er nødvendig i arbejdet med en teori, men når det er sagt, mener vi at kunne udlede en god overensstemmelse mellem fund rapporteret af uafhængige forskere og mellem disse og tilknytningsteoriens overordnede formuleringer (Bowlby, 2000, p. 79). Vi har følgelig tillid til såvel tilknytningsteoriens antagelser som store dele af de empiriske resultater, om end yderligere forskning om tilknytningsmønstres indvirkning på psykoterapi kan underbygge de fremførte tendenser. Ligeledes er viden, om at fri-autonome er nemmere at behandle, ikke meget bevendt, når størstedelen af patienterne udgøres af usikkert tilknyttede, hvorfor fremtidig forskning i mindre grad bør sammenligne, hvordan sikre

³⁵Da forskning i desorganiseret tilknytning blev påbegyndt senere end organiseret tilknytning, er data om denne type selvsagt mere begrænset, hvilket har betydning for sammenligningsgrundlaget. Ikke desto mindre vurderer vi, at de tilgængelige fund om denne type tilknytning stemmer godt overens med vores hidtidige viden fra tilknytningsteorien. Den uforløste klassifikation har undergået forandringer, således at den fx kun indgår i de seneste kodningsmanualer for tilknytningsinterviewet (Broberg et al., 2010, p. 195, p. 257, p. 269).

og usikre patienter adskiller sig, og i højere grad have fokus på udfordringerne ved at behandle patienter med usikker tilknytning (Daniel, 2006, p. 981).

Endnu en overvejelse er, om standardkategorierne for tilknytning er fuldt dækkende for den store variation af unikke tilknytningsmønstre og vanskeligheder, man støder på i det kliniske arbejde (Eagle, 2006, p. 1094f). Vores indtryk er, at de i specialiet anvendte hovedklassifikationer i høj grad giver et billede af de primære tilknytningsmæssige tendenser, der dominerer mennesker. Samtidig gør vi os tanker om, at det er nødvendigt at medtænke gradsmæssige forskelle inden for mønstrene for at anerkende, at overvældede patienter fx ikke blot er overvældede, hvilket vil indvirke på den terapeutiske fremgangsmåde.

Endelig må det antages, at selvom spædbørn i alle kendte kulturer knyttes til en eller flere omsorgspersoner (Holmes, 2003, p. 20), vil der være markant forskel på kvalitet og udtryk heraf. Fx kan nævnes, at Vestens tilskyndelse til uafhængighed og individualitet afspejler en helt anden virkelighed end andre kulturers mere kollektive værdisæt. En overvældet person, der i Vesten betegnes utrygt tilknyttet, kan således afspejle normen i en anden kultur, da tilknytningsadfærden er kulturspecifik, hvorfor man må være påpasselig med ukritisk at overføre begreber fra kultur til kultur. Således bør målet ikke for alle være at fremme autonomi og selvstændighed. Alligevel minimerer denne overvejelse ikke tilknytningsteoriens indflydelse, da Fremmedsituationen netop er udviklet efter Ainsworths tilknytningsrelaterede studier i Uganda (Broberg et al., 2010, pp. 340-342; Meyer & Pilkonis, 2002, p. 377, p. 387).

5 Hvordan spottes tilknytningsmønstre i terapien?

Med henblik på vores interesse om at kunne identificere patienters tilknytningsmønstre har vores hidtidige behandling givet os en vis forforståelse for, hvad vi med fordel kan bemærke i fx patientens generelle fremfærd, udviklingshistorie samt brug af forsvar.

Første del af analysen drives af vores ønske om at opnå mere eksplicitte markører for, hvordan vi kan afdække patienters tilknytningsmønstre i den terapeutiske kontekst. Motivationen herfor bunder i vores egentlige lyst til at kunne anvende det tilknytningsteoretiske perspektiv til at guide vores valg af interventioner, hvilket vi behandler i anden del af analysen. Vores formodning er, at viden om sådanne pejlemærker kan hjælpe os med tidligt i forløbet at orientere os mod patienters domine-

rende tilknytningsstil. Denne tanke er i god overensstemmelse med Holmes påstand (1996, p. 20), om at temaer relateret til tilknytning træder tydeligere frem i terapiens indledende vurderingsfase end godt inde i forløbet, hvor terapeuten i højere grad er viklet ind i relationen med mindre distance til følge.

5.1 Hvad kan man spørge til for at afdække tilknytningsmønstre?

Vi gør os forestillinger om, hvordan terapeuten kan afdække patientens tilknytningsmønster gennem sine spørgsmåls udformning og indhold. I den henseende er vi blevet opmærksomme på Mains tilknytningsinterview (AAI), idet det besidder potentiale for at give indsigt i, hvad terapeuten med fordel kan spørge til. Ligeledes er det struktureret meget lig klinisk assessment, som er relevant for vores interesse (Wallin, 2007, p. 28, p. 207). Der findes en række andre målemetoder til klassificering af tilknytning (jf. 5.1.2), men vi vurderer denne metode særligt brugbar, da vi tænker, at rationalet bag interviewet lader sig overføre til den terapeutiske kontekst. AAI er, foruden Fremmedsituationen, den mest udbredte og veldokumenterede forskningsmetode til måling af tilknytning (Broberg et al., 2008, p. 127; Goldberg, 2000, p. 43). Intentionen er at kunne uddrage aspekter, vi kan trække på, når patienters tilknytningsmønstre skal identificeres. Dermed er det ikke hensigten at kunne udføre tilknytningsinterviewet, men lade os inspirere af det.

5.1.1 Tilknytningsinterviewets potentiale som mønsterafslører

AAI blev udformet af Main og kolleger i midten af 1980'erne med henblik på at undersøge arbejdsmodeller hos forældre til børn testet i Fremmedsituationen. Formålet var at identificere voksnes tilknytningssikkerhed på baggrund af deres narrativer (jf. 5.2), dvs. deres personlige historie om tilknytningsrelationer, der fremkaldes af specifikke spørgsmål³⁶, for derved at afprøve tesen om, at forældres tilknytningsrepræsentationer er nært forbundet med deres børns klassifikation i Fremmedsituationen, hvilket viste sig at være sand (Fish & Dudas, 1999, p. 28; Holmes, 1996, p. 11f; Reichenbach, 2003a, p. 337).

³⁶Bowlby var den første (1949) til at påpege brugbarheden af et interview i klinisk sammenhæng med henblik på at afdække familiehistorien hos en voksen (Steele & Steele, 2003, p. 107).

AAI er et timelangt semistruktureret interview bestående af atten spørgsmål og følgespørgsmål³⁷, der båndoptages og transkriberes efter særlige regler og kræver megen træning og tid. Proceduren er udformet med henblik på at afdække strukturelle forskelle i måden, hvorpå den interviewede organiserer og præsenterer sin tilknytningshistorie, herunder en vurdering af dens indflydelse på dennes nuværende personlighed og fungeren. Simultant hermed bemærkes, om personen formår at holde samtalen med interviewerens sammenhængende. Mere specifikt afdækkes, hvorvidt arbejdsmodellerne tillader personen at have adgang til minder eller følelser omkring signifikante tilknytninger, samt i hvilken grad personen er i stand til at forholde sig til og evaluere disse erfaringer³⁸. Dette udspring af Mains opfattelse af arbejdsmodellerne som strukturerende processer, der tjener til at opnå eller begrænse adgang til information (Hesse, 1999, p. 396, p. 398; Holmes, 1996, p. 11f; Main, Hesse & Goldwyn, 2008, p. 35, p. 37; Rechenbach & Cashman, 1999, p. 27). Disse repræsentationelle processer havde hidtil været ”usynlige” eller uobserverbare, og det var Mains fortjeneste, at afdækningen af dem blev mulig gennem hendes bestræbelse på ”at overraske det ubevidste” til at røbe sig selv. Hun fandt, at arbejdsmodeller om tilknytning kommer til udtryk ved karakteristiske narrative- og diskursmønstre foruden specifikke forestillinger og adfærd. Mere konkret skal den interviewede besvare direkte og udfordrende spørgsmål, hvis indhold vedkommende ofte ikke er blevet bedt om at forholde sig til før. Personen bedes huske og reflektere over relationen til signifikante personer inkluderende oplevelser med separation, afvisning og tab, og hvordan vedkommende håndterede det. Ydermere er tempoet forholdsvist hurtigt, hvilket muliggør, at den talende kommer til at modsige sig selv, besvare visse spørgsmål uklart, komme med følelsesmæssige udbrud eller fordybe sig i diskussionen af specifikke oplevelser, der er langt fra det adspurgte tema (Main et al., 2008, p. 34f; Rechenbach & Cashman, 1999, p. 27; Wallin, 2007, p. 28, p. 34). Klassifikationen af transkriptionen beror således i højere grad på formen og strukturen ved den interviewedes fremstilling end selve indholdet³⁹ og inddeles i de tidligere præsen-

³⁷ Andre steder angives interviewet som bestående af kun femten spørgsmål (Fish, 1996, p. 234). Uklarheden kan bero på, hvorvidt følgespørgsmålene er medtalt.

³⁸ Broberg (2010, p. 183) pointerer det vanskelige ved at foretage målinger af unges tilknytning i den tidlige skolealder og pubertet grundet periodens følelsesmæssige overgang fra afhængighed af omsorgsgivere til at etablere nære venskabsrelationer.

³⁹ Det interessante er således ikke indholdets sandhed, men derimod den interviewedes udlægning af sin sandhed samt hvordan vedkommende sætter ord på og vælger at fortælle sine tilknytningshistorier (Rechenbach & Cashman, 1999, p. 28; Steele & Steele, 2003, p. 110).

rede mønstre⁴⁰ fri-autonom, afvisende, overvældede, uforløst samt uklassificerbar⁴¹. Hvordan disses fremstillinger karakteriseres, behandles særskilt i kommende afsnit. Main og Goldwyn beskriver, at den interviewedes respons influeres af defensive processer, hvilke medfører sammenhængsbrud, der ikke opdages af den talende selv, foruden en ufleksibel opmærksomhed. Således bemærkes, om der er overensstemmelse mellem udsagn om omsorgsgiverne interviewet igennem, og hvorvidt disse underbygges af episoder fra opvæksten, eller der er tale om fx idealisering. Dette forhold vil uvægerligt fremgå af spørgsmålet omhandlende valg af fem adjektiver til beskrivelse af omsorgsgiver, hvorefter den interviewede bliver bedt om at erindre konkrete episoder, der kan illustrere de valgte adjektiver. Koderen lægger desuden mærke til, om talen er flydende, eller der forekommer blokeringer eller klicheer, samt hvilken sindstilstand den interviewede befinder sig i ved besvarelsen af de enkelte spørgsmål (Brisch, 2002, p. 31; Holmes, 1996, p. 11; Main et al., 2008, p. 38; Main, 1995, p. 438; Rechenbach & Cashman, 1999, p. 28).

Således bibringer designet en afsløring af individuelle variationer i dybt internaliserede strategier, herunder håndtering og regulering af emotioner og opmærksomhed, som respons på diskussionen om tilknytning, hvilket er spændende for klinisk praksis (Main et al., 2008, p. 37).

⁴⁰ Main, Goldwyn og Hesse anvender termen "states of mind with respect to attachment" til at betegne deres klassifikationer. Men megen litteratur bruger de mere kendte begreber tilknytning eller tilknytningsmønstre, hvilke letter forståelsen og er mere meningsfyldte for personer uden viden om AAI (Daniel, 2009, p. 306). Vi vælger at gøre det samme, da denne terminologi giver de ønskede associationer til Ainsworths med fleres arbejde.

⁴¹ Kategorierne uforløst og uklassificerbar var oprindeligt ikke med i AAI, muligvis grundet deres kompleksitet, og blev først registreret efter, at man vidste en del om de tre øvrige mønstre (Main et al., 2008, p. 58).

TABLE 19.1. Brief Précis of the Adult Attachment Interview Protocol
Excerpted from George, Kaplan, and Main (1996)

1. To begin with, could you just help me to get a little bit oriented to your family—for example, who was in your immediate family, and where you lived?
2. Now I'd like you to try to describe your relationship with your parents as a young child, starting as far back as you can remember.
- 3–4. Could you give me five adjectives or phrases to describe your relationship with your mother/father during childhood? I'll write them down, and when we have all five I'll ask you to tell me what memories or experiences led you to choose each one.
5. To which parent did you feel closer, and why?
6. When you were upset as a child, what did you do, and what would happen? Could you give me some specific incidents when you were upset emotionally? Physically hurt? Ill?
7. Could you describe your first separation from your parents?
8. Did you ever feel rejected as a child? What did you do, and do you think your parents realized they were rejecting you?
9. Were your parents ever threatening toward you—for discipline, or jokingly?
10. How do you think your overall early experiences have affected your adult personality? Are there any aspects you consider a setback to your development?
11. Why do you think your parents behaved as they did during your childhood?
12. Were there other adults who were close to you—like parents—as a child?
13. Did you experience the loss of a parent or other close loved one as a child, or in adulthood?
14. Were there many changes in your relationship with parents between childhood and adulthood?
15. What is your relationship with your parents like for you currently?

Kort modificeret uddrag af AAI. Den fulde protokol er ikke umiddelbart tilgængelig (Hesse, 1999, p. 397).

5.1.1.1 Tilknytningsinterviewets anvendelighed i psykoterapi

Som fremgået er adspørgen til de nævnte emner i AAI nyttige, hvorved essentiel information om patienten tilvejebringes, og det er således af stor klinisk relevans for terapeuten at lytte efter indhold og form af patientens narrativer, samt hvad der udelades. Wallin (2007, p. 29f) tilslutter sig dette synspunkt, idet han har oplevet, at spørgsmål fra AAI kan være utroligt hjælpsomme i den kliniske setting. Alligevel bør man som terapeut være opmærksom på, at der er tale om to forskellige kontekster, hvilket har betydning for overførbareheden af AAI til klinisk praksis. Fx tolkes mangel på sammenhæng i tilknytningsinterviewet som udtryk for usikker, uforløst eller uklassificerbar tilknytning, hvorimod dette ikke nødvendigvis er tilfældet i terapien (Daniel, 2009, p. 310). Overordnet besidder AAI potentialet for at oversætte tilknytningsmønstre til narrative karakteristika, som det er muligt for terapeuten at udvikle sensitivitet over for og herigennem få fingerpeg om den interaktionelle matrix, som narrativet udspringer af (Holmes, 2000, p. 167, 1994, p. 70). Slade (2008, p. 769) tilslutter sig det nyttige i denne mulighed, som bør forenes med en påpasselighed over for forenklede koblinger.

Viden om, at patienter, der anvender deaktiveringsstrategier, tenderer til at angive færre symptomer end de reelle, kan fx pege på nytten af at hente inspiration fra AAI ved assessment i terapiens opstart. Argumentet herfor er, at terapeuten troligt kan få

et klarere symptom-billede ved at bede patienten forholde sig til tilknytningsproblematikker, hvorved hans arbejdsmodeller og vanskeligheder bliver synlige. En nærmere forståelse heraf har betydning for valg af interventioner, idet terapeuten dermed lettere kan tilpasse sine interventioner til patientens behov (Dozier & Lee, 1995, p. 225).

5.1.2 En kritisk vurdering af andre målemetoder

Som nævnt findes der andre metoder⁴² til at måle og identificere patienters tilknytningsmønstre. Her vil vi blot kort nævne selvrapportering⁴³ som teknik, da den beskrives som den anden tradition inden for tilknytningsforskningen og hyppigt er diskuteret ift. AAI (Westen et al., 2006, p. 1066).

På omtrent samme tid, som Main og kolleger præsenterede AAI, introducerede Hazan og Shaver (1987) den første selvrapporteringsmåling af voksnes tilknytning for at vurdere den voksne version af de emotionelle og adfærdsmæssige træk, som Ainsworth havde identificeret hos børn (Rholes & Simpson, 2004, p. 9). Metoden er omdiskuteret, men der angives væsentlige fordele ved at anvende den, herunder forventningen om, at det må være muligt for personen selv at levere værdifuld viden om tilknytning i kraft af dens store betydning for vedkommendes liv. Ligeledes har de fleste tilstrækkelig erfaring med nære relationer til at gengive, hvordan de opfører sig, samt hvad deres partnere fortæller dem om deres adfærd. En række teoretikere har dog sat spørgsmålstegn ved pålideligheden af selvrapporterings-instrumenter grundet de vanskeligheder, der formentligt eksisterer ved at undersøge ubevidste og automatiske processer med målinger af bevidste beretninger (Crowell, Fraley & Shaver, 1999, p. 453; Shaver & Mikulincer, 2004, p. 22). På trods af at selvrapportering giver interessant tilknytningsrelateret viden om patienter, stiller vi os skeptiske over for den dominerende vægtning af subjektive beretninger; kan man nødvendigvis stole

⁴² Som eksempel på nogle omtalte metoder kan nævnes the Current Relationship Interview, the Family Interview samt the Peer Attachment Interview (Goldberg, 2000, p. 46). Disse behandles ikke, da vi ønsker at udføre terapi, ikke forskning.

⁴³ Af selvrapporterings-spørgeskemaer kan nævnes the Adult Attachment Scale (AAS), the Relationship Questionnaire (RQ) og the Experiences in Close Relationships (ECR) (Westen, Nakash, Thomas & Bradley, 2006, p. 1066).

på patientens til tider censurerede eller forvrængede version?⁴⁴ Med det in mente finder vi det gavnligt, at terapeuten tillige stoler på det observerede og oplevede (jf. 5.4). Uagtet at vi naturligvis tillægger patientens ord stor vigtighed, tiltaler det os, at rationalet bag AAI både formår at anerkende den subjektive udlægning *samt* giver adgang til at observere mere indirekte og for patienten ubevidste aspekter (Goldberg, 2000, p. 45).

Ud fra vores viden om metoderne mener vi ikke, at man ukritisk kan argumentere for, at de måler samme underliggende aspekter, da den grundlæggende forståelse af tilknytning varierer, således at patienten i AAI reflekterer over barndommens tilknytningsrelationer, mens selvrapporterings-metoderne er bygget op om en formodning om, at tilknytningsmønstre bedst måles i relation til nutidige relationer⁴⁵. Det er ydermere interessant, at der ikke er fundet en relation mellem AAI status og personens selvrapporterede tilknytningsklassifikation. Således har det vist sig, at utrygge personer tenderer til at vurdere dem selv som trygge og omvendt. (Daniel, 2006, p. 970f; Hesse, 1999, p. 422; Westen et al., 2006, p. 1067).

5.2 Hvad er hemmeligheden bag narrativer?

Narrativer betyder fortællinger og henviser i klinisk sammenhæng til patientens fortællinger om fx problemer, oplevelser samt livsvilkår (Sepping, 1999, p. 164f). Ud fra klinikerens synspunkt er det spændende at beskæftige sig med narrativer, idet: *"The way we tell stories reflects our fundamental stance towards the world"* (Holmes, 1999, p. 152), hvilket er udtryk for dennes tilknytning. Psykoterapi er grundlæggende baseret på narrativer: patienten fortæller en historie, terapeuten lytter og søger at finde mening i dens huller og modsigelser, hvorefter hun reflekterer fortællingen tilbage, således at patienten kan vurdere deres overensstemmelse og rigtighed, hvorved en ny fortælling skabes. Muligheden for at terapeuten kan hjælpe patienten med at skabe nye fortællinger og derigennem opnå bedring, behandles i afsnit 6.1.6 og 6.2. Tanken, om at terapeutens forståelse og tolkninger er vigtige for narrativets

⁴⁴ Havde vores ærinde været af forskningsmæssig karakter, kunne kombinationen af de to måletyper være givtig, da begge udleder væsentlig tilknytningsrelevant information. Vores begrænsning taget i betragtning vælger vi at prioritere AAI (Shaver & Mikulincer, 2004, p. 44). Fordelen ved at kende til netop AAI's opbygning og rationale understreges gennem interviewets "guld standard", idet andre målinger af voksnes tilknytning evalueres herimod (Goldberg, 2000, p. 46).

⁴⁵ Denne grundlæggende forskel kan formentlig tilskrives, at de står for hver sin metodiske kultur: mens AAI bedst afspejler udviklingspsykologien, repræsenterer selvrapportering i højere grad social- og personlighedspsykologien (Roisman, Holland, Fortuna, Fraley, Clausell & Clarke, 2007, p. 678).

opbygning⁴⁶, giver associationer til Sterns begreb *affektiv afstemning* samt Fonagys begreb *affektspejling* til at indfange forælderen modererede efterligning af barnets udtryk (ibid., p. 148, p. 155, 1996, p. 54; Stern, 2005, p. 186f). Patienten beretter sjældent sammenhængende, da det er følelser frem for logik, der navigerer fortællingen, ligesom det kan være lettere at bruge tredje person for at undgå at afsløre intime aspekter. Tilknytningsteorien formår at bygge bro mellem den historiske sandhed af patientens faktiske oplevelser og den narrative sandhed i den kliniske situation. Ved at beskæftige sig med såvel narrativets form som indhold, anerkendes vigtigheden af faktiske oplevelser samt retrospektive konstruktioner, der influeres af defensive processer (Holmes, 1999, p. 154f, 1996, p. 18; Sepping, 1999, p. 164f; Theilgaard, 2006, p. 51). Eftersom patientens tilknytningsmønster kan variere under behandlingsforløbet, foruden at være svært at indfange, må terapeuten holde vedvarende fokus på den narrative organisering og interaktion (Ammaniti, Dazzi & Muscetta, 2008, p. 238, p. 257f).

Main forklarer sammenhængen mellem tilknytningsoplevelser og mønstre i narrativets opbygning som resultat af de opmærksomheds- og affektreguleringsstrategier, barnet udvikler som respons på omsorgsgivers forælderstil. Fx giver barnets internaliserede positive erfaringer, med fx at kunne bruge selvafløsning, sig udslag i senere sammenhængende og uddybende narrativer. Herimod kan afbrydelser og ophør i personens beretninger være udtryk for brud i barndommens tilknytningsoplevelser med omsorgsgiver⁴⁷ (Daniel, 2009, p. 308; Holmes, 1996, p. 54; McCabe, Peterson & Connors, 2006, p. 398f). Den lingvistiske filosof H. P. Grices fire diskursprincipper anvendes som objektive kriterier til at vurdere, hvilke tilknytningsmønstre der kan være tale om, på baggrund af narrativets udformning. Det drejer sig om: *kvalitetsprincippet* (vær ærlig og hav belæg for det sagte), *kvantitetsprincippet* (vær kortfattet, men fyldestgørende), *relevansprincippet* (vær relevant og skarpsindig) samt *udtryksmåden* (vær tydelig og struktureret). Det kan forventes, at fri-autonome lever op til disse principper, mens utrygge patienter overtræder dem på en eller flere måder, hvilket fremgår i følgende afsnit (Daniel, 2009, p. 309f; Holmes, 1999, p. 154).

⁴⁶ Vi finder det vigtigt at anerkende, at teoretikere med forskellige perspektiver naturligvis vil bemærke noget forskelligt i narrativerne, hvorfor tolkninger af selvsamme persons narrativ kan synes væsentligt anderledes. Fx kan der være forskel på vægtningen af den faktiske virkelighed og patientens oplevelse heraf (Holmes, 1999, p. 148).

⁴⁷ Selvom de usikres narrativer er kendetegnet ved at være usammenhængende er de stadig at betragte som organiserede, idet der ligger en strategi til grund herfor (Hesse, 1999, p. 398).

Eagle (1997, pp. 223-226) problematiserer vurderingen af patienters tilknytning ud fra deres narrativer, da et mere sammenhængende narrativ ikke nødvendigvis afspejler en tryk tilknytning eller indikerer en bevægelse fra utryk til tryk tilknytning, såfremt patienten tidligere er vurderet utryk. Mere sammenhængende narrativer skal nærmere ses som biprodukt af de egentlige forandringer. Modsat kan der påvises visse link mellem sikker tilknytning ved et år og senere narrative kompetencer samt mellem usikker tilknytning og efterfølgende afvisende eller overvældede narrativer (Holmes, 1995, p. 27). I overensstemmelse hermed giver det for os god mening, at patienters tilknytningsstil vil afspejle sig i vedkommendes fortælling, hvorfor vi ser nærmere herpå. Ift. vores beslutning om ikke at behandle fri-autonome og uklassificerbare, vælger vi alligevel at opridsede deres narrative stil for at kunne adskille dem fra de usikre og uforløste patienter, som vi netop interesserer os for.

5.2.1 Narrativer hos de enkelte tilknytningsmønstre

5.2.1.1 Den fri-autonome patient

Den fri-autonomes narrativer karakteriseres ved at være sammenhængende og blive berettet på en flydende, balanceret, gennemtænkt og emotionelt tilgængelig facon med passende distance. Følelser relateret til tilknytning kan udforskes, uden at den fri-autonome overvældes heraf. Vedkommende kan holde fokus på det adspurgte og respondere med relevante, velformulerede og integrerede svar og kan uddybe med rationalet bag disse, foruden at være i stand til at evaluere sine tilknytningsoplevelser frit (Daniel, 2009, p. 304; Fish & Dudas, 1999, p. 29):

“Interviewer: Okay, the next word you used about the relationship to your mother was close. Can you give me any examples of that? Response: Close, yes, well, when I think about it now maybe it was a little bit too close. I told my mother everything and she confided in me too, even about her relationship to dad. One time they had a fight about something with his job, and she made a big effort to explain what it was they didn't agree about, and I wasn't very old then, 8 years or something. I'm sure she meant well, but perhaps she shouldn't have told me so much about it”

(Daniel, 2009, p. 304).

Den fri-autonome fortæller således åbent og nuanceret om barndomsoplevelser på en måde, der røber, at personen selv har forholdt sig til det berettede. En høj grad af selvrefleksion er netop fundet at være kendetegnende for dette mønster, selv når personen fortæller om episoder med separation, tab og ubehag generelt. Uagtet om de omtalte oplevelser således er ubehagelige, formår den fri-autonome at understøtte disse med detaljerede minder foruden at kunne reflektere over og sætte sig ind i egne såvel som omsorgsgivernes bevæggrunde indeholdt i oplevelserne. Som illustreret ved eksemplet udvises en forståelse for tilknytningsfigurenes begrænsninger samtidig med en anerkendelse af deres positive aspekter. Generelt har personen let adgang til barndoms minder, og mestendels fylder positive tilknytningsoplevelser med omsorgsgiverne, i hvilke disse opleves som kærlige og støttende. Desuden giver den fri-autonome udtryk for at værdsætte tilknytning (Brisch, 2002, p. 32; Dozier & Bates, 2004, p. 168; Goldberg, 2000, p. 43; Steele & Steele, 2008, p. 9f).

5.2.1.2 Den afvisende patient

Den afvisendes narrativer udstråler deres strategi om at undgå erkendelse af egne tilknytningsbehov og omsorgsgivers manglende evne til at opfylde disse, herunder tendensen til at minimere tilknytningsoplevelsers betydningsfuldhed, hvilket kommer til udtryk på flere karakteristiske måder. Narrativerne er ofte præget af dåsesnak, hule begreber eller klicheer, der røber en forstiltthed og mangel på sandt engagement og følelsesmæssig indlevelse i det fortalte (Dozier & Bates, 2004, p. 170; Main, 1995, p. 440; Rechenbach, 2003a, p. 538f). Overordnet er den afvisende tilbøjelig til at give usædvanlig kortfattede svar uden en videre forklaring. Fokus er på simple beskrivelser af personer og hændelser, ofte med en normaliserende tendens, hvor indre, meningsfulde personlige oplevelser og emotioner er udeladt, hvorfor deres transkriptioner hyppigt er meget korte. Således overtrædes Grices maksime om kvantitet. Narrativerne bærer ofte præg af en stærk idealisering eller glorificering af en eller flere tilknytningsfigurer samt en afvisning af andre. Patienten giver således førstehåndsindtryk af, at omsorgsgiverne var lykkelige, støttende og gode forældre, hvilket modsiges af senere udtalelser om opvæksten samt mangel på konkrete episoder, der kan støtte dette billede. Eksempler på negative oplevelsers betydning nedtones eller afvises, fx med udtalelsen ”Jeg havde en elendig barndom, men det har ikke påvirket mig”. Mere specifikt er den afvisendes narrativer ubearbejdede, usammenhængende

og afslører ikke noget om deres tilknytningshistorie (Daniel, 2009, p. 304, p. 307; Goldberg, 2000, p. 44; Steele & Steele, 2008, p. 39; Wallin, 2007, p. 33). Hertil kommer, at patienten udtrykker vanskeligheder ved at huske, hvilket hæmmer videre udforskning, om end det er svært at afgøre, hvorvidt patienten reelt ikke kan huske, eller om denne vælger ikke at gøre det som et forsvar. Unægtelig sætter udtalelsen: ”Det kan jeg ikke huske noget om” et effektivt stop for forslag om udforskning (Steele & Steele, 2008 p. 10).

Ved udførsel af AAI ses ofte primært en af tre følgende typer præget af henholdsvis: *idealisering* i form af fx normalisering af barndomsopvæksten ofte med hævdel-
se af manglende erindringer, *nedvurdering* af signifikante tilknytningsrelationer ofte ledsaget af klager over egen manglende styrke, eller en *begrænset/indskrænket* type ofte med en kognitiv genfortælling af barndomsbesværligheder på en måde, der synes uden forbindelse med forventelige ledsagende følelser. Fælles for disse identificerbare typer er en form for tilsidesættelse eller afvisning af tilknytningsanliggender og ængstelse knyttet dertil, ofte involverende en insisterende referering til manglende barndomserindringer (Fish & Dudas, 1999, p. 30; Steele & Steele, 2008 p. 10). Fx kan terapeuten bede den afvisende patient om at beskrive sit forhold til sine omsorgsgivere, hvilket kan komme til udtryk på følgende måde:

“Interviewer: I'd like you to try to describe your relationship with your parents as a young child ... if you could start from as far back as you can remember? Response: I don't remember. Interviewer: Well, it can be hard. Just, well, why don't you just take a minute to think. Response: I don't remember that far back. Just normal. Interviewer: Does anything come to mind? Response: No.”

(Main et al., 2008, p. 51).

Afvisende patienter synes at fremtræde upåvirket af det fortalte. Nogle fremstiller endda sig selv som usårlige over for deres fortidige hændelser. Trods patientens forsikring om, at emner ikke er ubehagelige eller vanskelige at tale om, kan denne sende signaler, der resulterer i terapeutens fornemmelse af, at der er tilknytningsforhold, man ikke skal spørge videre ind til. Disse signaler kan være direkte i form af udtalelser som: ”Jeg har fortalt dig, at min mor var omsorgsfuld! Hvorfor bliver du ved med

at spørge hertil?”. Ud fra et tilknytningsperspektiv kan en sådan uvillighed til at udforske relationer forstås som udtryk for den afvisendes defensive stil, hvilken tjener til at undgå den ubehag, tilknytningsforhold vækker (Dozier & Bates, 2004, p. 169; Main, 1995, p. 440; Steele & Steele, 2008, p. 10). Dette har Dozier og Kobak (1992, p. 1473f, p. 1478f) fundet belæg for ved målinger af 50 studerende under udførelsen af et AAI, der viste en øgning i hudens ledningsevne hos afvisende, sammenlignet med de øvrige, ved besvarelsen af spørgsmål relateret til separation eller afvisning fra omsorgsgiver. Dermed kan de siges at opleve ubehag ved spørgsmål med fokus på tilknytningsrelaterede minder, følelser og tanker, hvilket terapeuten netop spørger ind til. Vedkommendes korte, minimalt informative svar fordrer, at spørgeren bærer ansvaret for interviewet og den vedvarende kontakt mellem dem (Dozier & Bates, 2004, p. 170; Goldberg, 2000, p. 44).

5.2.1.3 Den overvældede patient

Som navnet antyder, oplever disse patienter ofte at blive overvældede af deres følelser, hvilket kan komme til udtryk gennem deres forvirrede og kaotiske beretninger. Ligeledes har de tendens til at kaste sig ud i lange og frit associerede passager, hvor de ikke synes at kunne løsrive sig fra pågældende emne. Deres narrativer forekommer således fastlåste, springende og usammenhængende, ligesom deres historier virker ufærdige og ikke overbevisende. Det er, som om overvældede patienter stadig oplever fortidens smerte i dag, hvorfor de er tilbøjelige til at søge medhold hos terapeuten, idet de direkte eller indirekte giver udtryk for en vrede mod en eller begge forældre. Denne tendens kan ses i lyset af, at personen synes vævet ind i opvæksten uden held til at frigøre sig og tage afstand herfra (Broberg et al., 2010, p. 231; Holmes, 1999, p. 153, 1996, p. 12; Rechenbach, 2003a, p. 540; Steele & Steele, 2008, p. 11). Trods besiddelsen af såvel positive som negative erindringer, formår patienten sjældent at forene dem og synes derfor overvældet af modstridende følelser og vakler mellem vrede og afhængighed. Fortællingerne vidner gerne om en kamp mellem vreden og behovet for omsorgsgivers anerkendelse (Fish, 1996, p. 246). Holmes (1996, p. 23f) eksemplificerer, at en overvældet patients narrativ kom til udtryk ved en hidtil uerkendt separationsprotest, der ufoldede sig som overvældende morderiske fantasier mod hendes utro kæreste og dennes nye kæreste.

Som tidligere antydte diskuterer overvældede patienter gerne deres problemer, de lader ligefrem til at ville drøfte dem grundigt og længe, men deres indviklede beretninger resulterer sjældent i en løsning. Det er som om, de bliver så opslugte af deres erindringer og tanker, at de helt kan miste tråden og glemme, at terapeuten er i rummet. Fx er det beskrevet, hvorledes patienterne atter synes at gennemspille fortidige samtaler og emotionelle oplevelser med tilknytningsfigurerne, ligesom de kan være tilbøjelige til at overføre følelser fra tidligere relationer til nutidige (Dozier & Bates, 2004, p. 170; Fish, 1996, p. 246; Wallin, 2007, p. 209). I terapien ses således den beskrevne hyperaktivering af tilknytningsrelaterede følelser og en stor optagethed af egne tilknytningsrelationer. Dette fokus forstyrrer den samarbejdende diskurs og bevirker, at patienten bliver så medrevet af deres fortælling, at de er ude af stand til at træde et skridt tilbage og give et overblik samt tilpasse sit narrativ til lytterens spørgsmål og forhåndsviden (Daniel, 2009, p. 308; Fish & Dudas, 1999, p. 29; Wallin, 2007, p. 209). Fx kan det virke som om, at patienten henviser til sig selv med forældrenes stemmer, frem for at tale til terapeuten i nutiden. Sådanne patienter kan hyppigt gøre brug af pseudopsykologiske udtryk i terapien (Main et al., 2008, p. 45; Rechenbach, 2003a, p. 540).

Overvældedes narrativer giver sig overordnet udtryk som tre undergrupper i terapien. Den *passive* overvældede beskriver sjældent forældrene i negative vendinger, men bliver gerne opslugt i vage formuleringer og lange diskussioner om fortiden, der vanskeliggør fokus på emnet. Den *vrede* overvældede har tendens til at overvælde terapeuten med en detaljeret beskrivelse af omsorgspersoners krænkelser og formår ikke at fjerne sig fra emnet og besvare spørgsmål. Herimod tenderer *frygtsomme* overvældede mod pludseligt at inddrage fortællinger om skræmmende begivenheder, selv om det ikke er samtalens fokus. Fælles for alle undergrupper er, at patienterne er for overvældede og fokuserede på fortidens relationer til at besvare de stillede spørgsmål (Steele & Steele, 2008, p. 11). Således bryder overvældede konceptet om kvantitet, idet de taler usædvanligt længe og uklart, relevansprincippet gennem deres hyppige sidespring samt talens udtryksmåde, da deres narrativer indeholder megen privat og vag tale. Overordnet er det særligt tidsperspektivet og årsagssammenhænge, der gør de overvældedes narrativer usammenhængende (Daniel, 2009, p. 310; Main et al., 2008, p. 49).

Følgende vignet beskriver fint et narrativ hos en passiv overvældet patient:

“Interviewer: Are there any memories or incidents that come to mind with respect to loving? Response: Really some loving things, like she’d take me shopping. I remember her asking me how the makeup looked that she’d put on in the store and how a dress or blouse fit. Mommy was so beautiful. Then we’d get home and she’d be tired dadadadadada yeah, oh, ... bring her stuff and that ... kind of slip away to her my room, liked my room, it was cozy and that ... and ah, what was the question?”
(Main et al., 2008, p. 43).

Særligt iøjefaldende er det, at patienten bryder den forventede talestil ved at kalde sin moder ”mommy”, og at hun anvender undvigende tilføjelser som ”and that”. Endvidere taler hun vrøvlende (”dadadadadada”) og udviser forvirring om, hvis rum der var hvis (”her my”) (ibid.).

5.2.1.4 Den uforløste patient og uklassificerbare patient

Patienter, der kan betegnes som henholdsvis uforløste og uklassificerbare, adskiller sig væsentligt fra de tre resterende mønstre, hvad angår deres narrativer (Main et al., 2008, p. 58f). Patienter med *uforløst* tilknytning kan genkendes ved deres beretning om traumer i barndommen i form af dødsfald, seksuelt eller fysisk overgreb. De ubearbejdede oplevelser viser sig i talen ved korte eller lokale forstyrrelser og afvigelser i diskursen, hvilket formodes at hænge sammen med en midlertidig forandring i bevidsthedstilstanden. Fx kan det repræsentere forstyrrelser i den normale opdeling i hukommelsen eller en usædvanlig optagethed af minder, der udløses af snakken om traumatiske oplevelser. Det fremgår således, at det ikke per definition er selve tabet eller traumet, der afspejles i narrativets brud, men snarere at patienten ikke har forliget sig med oplevelsen. Uforløstes hyppige brug af erindringsforskydninger forstyrrer ofte fortællingen samt ses i risikoen for korte tranceagtige tilstande. Nævnte forstyrrelser kommer bl.a. til udtryk, når patientens udtalelser er i modstrid med den gængse opfattelse af årsagssammenhænge (Fish, 1996, p. 247; Holmes, 1996, p. 28; Main et al., 2008, p. 59, p. 61; Rechenbach & Cashman, 1999, p. 29). Ligeledes fremgår det, at patienterne er tilbøjelige til at springe visse passager over, ligesom de

holder lange uforklarlige pauser, således at den logiske rytme forstyrres. Main foreslår, at sådanne narrative brud repræsenterer fremkomsten af hidtil fortrængte traumatiske erindringer og klinisk kan relateres til dissociative tilstande (Holmes, 1996, p. 12; Rechenbach, 2003a, p. 540). Et eksempel fremgår af følgende bemærkning: *"I'm still afraid he died that night because I forgot to think about him. I promised to think about him and I did, but that night I went out, and so he died."* (Main et al., 2008, p. 61). Tilsvarende kan dødsfald langt tilbage omtales, som om vedkommende fortsat lever, hvilket afspejler alvorlige brud i logik og sentens. Samtaleemnet kan således udløse en tilstandsforandring hos patienten, hvor vedkommende pludselig bliver vældig optaget af et bestemt og dissocieret tankesæt. Således kan det opleves, at patienten forsvinder ind i sin egen verden og mister kontakten med den aktuelle kontekst. Sådanne tankeskift kan medføre abrupte forandringer fra personens normale samtalestil til en overdrevet rosende eller trist tone. Den dissociative tænkning bevirker forvirret tale samt et uforklarligt og ulogisk ræsonnement. Fx kommer den ulogiske tale til udtryk ved, at patienten taler indforstået ud fra en formodning om, at terapeuten besidder en viden, hun umuligt kan have. Da de beskrevne skift ikke udgør patientens normale konversationsmodus, tilstræber man gerne at tildele uforløste patienter en supplerende klassifikation, der tilnærmelsesvist bedst beskriver vedkommende (uforløst/afvisende, uforløst/overvældet eller uforløst/fri-autonom) (Atkinson & Goldberg, 2004, p. 7f; Holmes, 1996, p. 28; Main et al., 2008, p. 61f; Rechenbach, 2003a, p. 540, 2003b, p. 631).

Baggrunden for identificeringen af *uklassificerbare* patienters narrativer beror på to modsatrettede tilknytningsorganiseringer. Et eksempel herpå er patienters tendens til at beskrive en forælder idealiserende det ene øjeblik, blot for i næste at skifte til en meget vred beskrivelse af selvsamme person. Det vurderes derfor mere hensigtsmæssigt at tolke sådanne narrativer som hørende til en særskilt kategori, da de ikke holder sig inden for én afgrænset, men både bærer præg af fx afvisende og overvældet tilknytning. Fx beskriver en patient, at han er blevet forsømt, afvist og misbrugt af sine forældre, efter at han kort forinden har beskrevet relationen til dem som god og problemfri. Selvom en sådan semantisk-episodisk diskrepans kunne tyde på afvisende tilknytning, indebærer patientens narrativer ligeledes vred overvældet tale, hvilket gør det vanskeligt at se et klart mønster (Main et al., 2008, p. 59; Rechenbach & Cashman, 1999, p. 30f).

Overordnet kan de uklassificerbare multiple opmærksomhedsstrategier gives sig udtryk i en global kollaps i verbale strategier, mens uforløste kendetegnes ved en mere lokal kollaps. De uklassificerbare besidder således to forskellige former for organisering, mens uforløste kendetegnes ved deres manglende organisering (ibid., p. 31).

5.3 Opsamling

Vi finder det spændende, at der i så høj grad er identificerbare og væsentligt forskellige karakteristika for, hvordan de enkelte tilknytningsmønstres narrativer kommer til udtryk. Samtidig er vi opmærksomme på, at det ikke er muligt at identificere patienten som hørende til en bestemt kategori udelukkende på baggrund af enkeltstående udtalelser. Når det er sagt, vil patientens narrativer mestendels bære præg af lignende kendetegn og dermed være en stærk indikator for tilstedeværelsen af et dominerende mønster, hvilket er overensstemmende med vores oplevelser fra praktikforløbet. Fx har vi oplevet en klient, der beskrev moderen i idealiserende vendinger og faderen i stærkt negative som havende ansvaret for klientens utilfredsstillende livsforløb og nuværende tilstand. Ydermere var hun ude af stand til at komme med konkrete eksempler til underbyggelse af nævnte generaliseringer, ligesom hun i høj grad normaliserede sine barndomsoplevelser og flittigt brugte vendinger som ”det kan jeg ikke huske” og ”hvorfor spørger du om det?”. Disse vendinger underbygger for os retrospektivt, at hun havde et afvisende tilknytningsmønster. Modsat er det naturligvis sådan, at patienters narrativer kan udvise træk, der kendetegner flere mønstre, hvilket bestyrker vores hidtidige viden om, at man ikke en gang for alle kan indplaceres under én tilknytningsstil. Herved bliver det tydeligt for os, at vi som terapeuter skal udvise stor opmærksomhed og omstillingsparathed i terapien.

5.4 Hvordan kan tilknytningsmønstre ellers identificeres?

5.4.1 Det nonverbale sprog

Main postulerer, at individuelle variationer i arbejdsmodeller ikke blot kommer til udtryk i sproget, men tillige i kropssproget. Denne tanke virker for os plausibel, i og med at kroppen uundgåeligt er involveret i interpersonelle samspil og følgelig påvirkes af relationer (Diamond, 2003, p. 409; Wallin, 2007, p. 34). Mere specifikt lægger Broberg et al. (2008, p. 129f) op til, at de bevidste aspekter af arbejdsmodellerne kommer frem i det sagte, mens de ubevidste sider har en tendens til at blive afsløret

gennem kropssproget, hvorfor terapeuten kan have gavn af at have øje for patientens kropslige signaler. Fx kan patienten i sin fremstilling af en dejlig barndom undgå øjenkontakt og virke urolig, hvilket kan virke modstridende og indikere, at han berører et følsomt emne. En undersøgelse af Kobak og Sceery (1988), med udgangspunkt i jævnaldrendes vurdering af hinanden, viser, at fri-autonome udstråler livsmod og ukuelighed, en lav tærskel for ængstelse samt lav grad af fjendtlighed. Herimod udviser de afvisende en høj grad af fjendtlighed og de overvældedes adfærd vurderes som mere ængstelig end de øvrige (Dozier & Bates, 2004, p. 169). Afvisendes udtryk synes overordnet at være begrænset, idet deres ansigtsmimik er forholdsvis til lukket, foruden at der er mindre øjenkontakt, og de ser meget væk. Ligeledes tenderer deres stemmeføring til en negativ klang, og de har ikke megen fysisk berøring med andre. Hos de overvældede ses modsat en tendens til en yderst udtryksfuld adfærd, særlig når de har behov for støtte, eller når de oplever negative emotioner. If. identificeringen af de uforløste patienter kan det være givtigt at bemærke, at disse har en tendens til at opleve deres følelser som somatiske symptomer. For os at se virker det sandsynligt, at uforløste patienters vanskeligheder med affektregulering kommer til udtryk gennem en eksternalisering af følelser, således at deres indre kaos åbenbarer sig gennem en anden kilde, nemlig kroppen (Wallin, 2007, p. 262).

På baggrund af vores klientkontakt er det vores fornemmelse, at patientens kropssprog dels kan være i modstrid med det fortalte, dels underbygge det. Vi har fx erfaring med klienter, der udviste et let og sorgfrit kropssprog underbygget af et smilende udtryk, mens de berettede om triste og ubehagelige oplevelser. En så markant divergens kan være en god indikator for, at der er et tema, terapeuten bør forfølge nærmere. Modsvarende har en af os oplevet, at en klient, gennem tale såvel som et afvisende og tillukket kropssprog, stærkt har modsat sig at gå ind i et emne, hvorfor vi i en sådan situation har indtryk af, at klientens modstand dominerer dennes væsen i så høj grad, at hendes underliggende ønske om hjælp har svært ved at trænge igennem. I den forbindelse er vi opmærksomme på, at de ubevidste og bevidste aspekter ved arbejdsmodellerne med tiden formodentlig kan flyde sammen og blive integreret. Så selvom patienten kan have et ubevidst ønske om omsorg og at blive elsket, er vedkommendes angst for at blive afvist blevet så dominerende, at den ubevidste del ikke mere står at aflæse i patientens kropssprog.

Som det fremgår, er kropssproget en markør for identificeringen af tilknytningsmønstre, der kan understøtte indtryk fra andre kilder som narrativer, hvorfor det underdrer os, at der foreligger så ringe viden om relationen mellem mønster og kropssprog.

5.4.2 Modoverføring som guide i identificerings-processen

Som vi beskrev i afsnit 4.3.2, varierer terapeutens modoverføringsfølelser ift. patientens tilknytningsmønstre. Vores postulat er derfor, at terapeuten med fordel kan lytte til egne fornemmelser i bestræbelsen på at identificere patientens dominerende mønstre. Vi er inspireret af Theilgaards tanke (2006, p. 52) om, at: ”*man lytter foruden med ørerne også med sindet og kroppen*”. At lytte til sine vakte følelser og fornemmelser kan siges at udgøre en prereflekterende dimension, der er relateret til intuition og empati; der er så at sige tale om, at terapeutens ubevidste forstår patientens ubevidste (Sandler et al., 1994, p. 106; Theilgaard, 2006, p. 45). Wallin (2007, p. 155, p. 213, p. 263, p. 265, p. 268, p. 296) mener derfor, at terapeuten i lige så høj grad bør aflæse nonverbale signaler hos sig selv som hos patienten for at få adgang til patientens implicitte oplevelser samt utilgængelige følelser, tanker og minder. Argumentet herfor er, at hjernens spejlneuroner⁴⁸ sikrer, at terapeuten automatisk gengiver patientens tilstand, således at vedkommendes somatiske fornemmelser meget vel kan afspejle en ubevidst respons på patientens nonverbale kommunikation. Det interessante er således, at terapeutens pludselige oplevelse af fx frygt eller tristhed kan være en kropslig afspejling af patientens tilstand og dermed være en stærk indikator for, at patienten formentlig føler noget tilsvarende. For at forstå, hvordan denne udvekslingsproces udspilles, finder vi begrebet *projektiv identifikation* anvendeligt. Denne proces igangsættes af patienten, der ønsker at skille sig af med ubærlige følelser, der således projiceres over i terapeuten. Terapeuten fornemmer herigennem på egen krop patientens følelser og oplever et pres til at identificere sig med dem og handle i overensstemmelse hermed. Det gunstige udfald forekommer, hvis terapeuten formår at tackle de projicerede følelser, så patienten oplever det som overkommeligt at reintrojicere følelserne i ændret form (Holmes, 1996, p. 25; Sandler et al., 1994, p. 109).

⁴⁸ Spejlnerveceller der udgør den særlige matchning mellem det at betragte en andens adfærd og selv at kunne imitere denne adfærd, hvilket formodentligt spiller en væsentlig rolle i empati, idet de muliggør, at den observerende part i sin egen krop oplever en handling, der foregår i den andens krop (Stern, 2005, p. 21f).



Watterson, B. (1995). Steen & Stoffer: Kammerater på krigsstien (p. 53).

Vi vil ligeledes argumentere for, at terapeuten med fordel kan bemærke, hvordan patienter aflæser og behandler hende. Fx er den afvisende patient tilbøjelig til at formode, at han er forskellig fra andre, fordi de bliver beholdere for hans uønskede træk, mens den overvældede patient modsat ser andre som lig dem selv, da de projicere egne træk over i andre, angiveligt for at opnå en fornemmelse af samhørighed. Ud fra denne logik udgør terapeutens fornemmelser endnu en måde at komme i kontakt med bl.a. patientens tilknytningsmateriale. Alligevel kan sådanne fornemmelser være vanskelige at anvende i terapien, idet materialet til tider i højere grad stammer fra terapeuten selv end patienten, hvorfor man nødvendigvis må være påpasselig med at tilskrive patienten hele ejerskabet for sine fornemmelser. I forlængelse af denne risiko vil der ofte være væsentlig forskel på, hvordan terapeuten *burde* reagere på de vakte følelser, og hvordan hun rent faktisk *reagerer*, hvilket bl.a. styres af graden af bevidsthed. Da de vakte følelser i høj grad kan være en hindring for den fortsatte terapeutiske udvikling, hvis terapeuten reagerer ubevidst og uhensigtsmæssigt, er det vigtigt at tolke og tale åbent om reaktionerne. For at modoverføringer kan anvendes produktivt, må terapeuten følgelig kunne bære de vakte følelser og underordne dem den analytiske opgave, således at hun kan fungere som patientens reflekterende spejl (Holmes, 1996, p. 25; Sandler et al., 1994, p. 106; Wallin, 2007, p. 263, p. 265).

For bedre at forstå meningen bag de følelser, patienten kan vække i terapeuten, er det gavnligt at inddrage psykoanalytiker Heinrich Rackers (1910-1961) sondring mellem konkordant og komplementær modoverføring. Den *konkordante* modoverføring er empatisk rettet mod patienten og vækker hos terapeuten en identificering med et fornægtet aspekt af patientens selvoplevelse (fx når terapeuten oplever at føle sig trist uden nogen umiddelbar grund, formentlig som udtryk for at patienten ikke selv mærker sin tristhed). Herimod henviser den *komplementære* modoverføringsreaktion til en identificering med et aspekt i patientens internaliserede oplevelse af andre, så-

ledes at terapeuten føler som andre nære personer i patientens liv (fx kan terapeuten opleve at føle sig vred på patienten over dennes manglende engagement i terapien, hvilket kan være udtryk for en identificering med patientens moder, der ofte indtager denne vrede holdning overfor patienten) (Holmes, 1997a, p. 168; Sandler et al., 1994, p. 106; Wallin, 2007, p. 268). Vi antager, at begge typer kan hjælpe terapeuten med at opnå et værdifuldt indblik i patientens tilknytningshistorie. Fx kan terapeuten med afvisende patienter blive overvældet af en følelse af at blive afvist eller være afvisende. Derimod er det udbredt, at terapeuten i samspil med en overvældet patient kan føle sig kvalt eller tvunget til at give denne ret, hvorved en følelse af hjælpeløshed kan dominere (Holmes, 1996, p. 25; Steele & Steele, 2008, p. 11). Hvis terapeuten forholder sig kritisk til, hvor de vakte fornemmelser stammer fra, samt hvad de udsiger sig om, er der en god sandsynlighed for, at denne granskning kan bidrage væsentligt til at understøtte andre indtryk af patientens tilknytningsmønster.

5.4.3 Patientens mentaliseringsevne

Yderligere en markør for patientens tilknytningsmønster udgøres af, hvorvidt han besidder kapacitet til at mentalisere, hvilket er et afgørende grundlag for bl.a. at forstå og bearbejde belastende oplevelser, at se sig selv udefra og for selvforneelsen generelt (Jørgensen, 2003, p. 655; Wallin, 2007, p. 133). Groft beskrevet skelner Fonagy et al. (2002) mellem tre forskellige repræsentationsniveauer eller modi i evnen til at erfare og forstå psykiske og mellem menneskelige processer. På laveste niveau, kaldet *psykisk ækvivalens* (psychic equivalence mode), sammenstilles indre og ydre realiteter, og den indre psykiske realitet dominerer oplevelsen af verden: ”Når jeg oplever, at du synes, at jeg er forkert, så synes du, at jeg er forkert!”. Tanker, fantasi-er og forestillinger om verden savner således den som-om kvalitet, der muliggør dels eksperimentering med varierende perspektiver på virkeligheden dels deltagelse i en givtig dialog med terapeuten om virkeligheden. På næste niveau, *forestillingsniveauet* (pretend mode), kan patienten forestille sig, at der eksisterer flere virkeligheder, og at vedkommendes oplevelse af verden ikke nødvendigvis reflekterer virkeligheden. Patienten udforsker dog ikke relationerne mellem forestillinger og virkelighed, ligesom vedkommende umiddelbart afviser, at den indre realitet har signifikante forbindelser til og følger for den ydre virkelighed (Bateman & Fonagy, 2007, p. 40f; Fonagy & Target, 1997, p. 691f; Jørgensen, 2003, p. 655f).

Med tiden udvikles normalt evnen til mentalisering⁴⁹ ved at barnet integrerer de to modi gennem oplevelser med, at dets mentale tilstande reflekteres af andre, hvorved det kan forbinde indre og ydre virkelighed og reflektere herover også fra en ydre synsvinkel. Fx kan barnet opfatte den depressive mors afvisende og fejlafstemte respons som udtryk for hendes indre verden og dermed ikke alene som reaktion på barnet. Fonagy et al. beskriver tillige, at man går fra en *teleologisk*⁵⁰ forståelse af selv og andre, hvor handlinger tolkes ud fra et fokus på deres konsekvenser og retfærdiggørelse heraf (alle handler målrationalt som jeg) samt deres konkrete, fysiske kontekst, til en forståelse af mennesket som intentionel og mental aktør, hvor handlinger forbindes med og ses som udtryk for den handlendes mentale tilstande og intentioner. Når selv og andre opfattes som intentionelle aktører, kan patienten både forstå og forudsige handlinger ud fra forudgående hændelser og bagvedliggende intentioner (Bateman & Fonagy, 2007, p. 40f; Fonagy & Target, 1997, p. 691f; Jørgensen, 2003, pp. 655-657). Forskellen mellem disse to forståelsesniveauer eksemplificeres af Jørgensen (2003, p. 657):

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

Ydermere bør dels bemærkes, at mentaliseringsevnen kan rumme deficit, fx at visse følelsesmæssige tilstande nemt kan aflæses, om end man har blinde pletter over for andre, dels at den i en eller anden grad kan mistes på et eller flere områder ved længerevarende følelsesmæssig belastning (ibid.).

⁴⁹ Evnen til mentalisering operationaliseres af Fonagy og Target som reflektiv funktion (Fonagy, Gergely & Target, 2008, p. 792).

⁵⁰ Det er uklart, om Fonagy og Target (1997, p. 691) betragter det teleologiske modus som indbefattende henholdsvis psykisk ækvivalens og forestillingsniveauet eller som et modus i sig selv. Således beskrives denne ikke i den normale udvikling af den reflektive funktion, om end de to øvrige tidsfæstes.

5.4.3.1 Mentalisering som en måde at afdække tilknytning i klinisk praksis

Evnen til mentalisering øger potentialet for både affektiv, kognitiv og adfærdsmæssig fleksibilitet, idet den, som nævnt, tillader indtagelsen af flere perspektiver, herunder et selv-refleksivt. Disse aspekter gør det muligt for personen at skabe sammenhæng og mening i sine oplevelser. Om vedkommende er i stand hertil kommer til udtryk i dennes narrativer (Wallin, 2007, p. 136). Bateman og Fonagy (2007, p. 107) har anvendt AAI til at vurdere patienters mentaliseringsevne, idet indeholdte spørgsmål kræver refleksion over såvel egne som andres mentale tilstande. De opfordrer til, at terapeuten lader sig inspirere heraf ved formulering af spørgsmål, der kan bidrage til afdækning af patienters mentaliseringsevne. De foreslår fx spørgsmålene: ”Du har beskrevet, hvordan dine forældre opførte sig sammen med dig; har du nogen idé om, hvorfor de handlede, som de gjorde?” og ”På hvilke væsentlige måder har du ændret dig, siden du var barn?”. Herved benytter de sig af, at AAI formår at afdække, hvorledes personen tolker sine oplevelser, og hvordan vedkommende tænker om egne tanker (Harris, 2003, p. 64f).

Af interesse for vores ønske om at kunne spotte patienters tilknytningsmønstre påpeger Fonagy og Bateman (2006), at det neurale system, der ligger til grund for mentalisering, deaktiveres, når tilknytningssystemet aktiveres (Jurist & Meehan, 2009, p. 74). Ligeledes plæderer Slade for (2004, p. 201), at bag de usikres kerneproblematikker ligger betydningsfulde skader i deres refleksive funktion. De afvisendes undvigelse fra indre oplevelser resulterer i narrativer, der er blottede for refleksioner herom. De synes uden evne til at forholde sig til tilknytningsmæssige betydninger. Overordnet kan deres tænkning siges at have formet sig efter deres måde at relatere sig til andre. De overvældede har tillige skader, idet de ikke kan reflektere over deres indre oplevelser og verden, men er oversvømmede heraf, hvilket ofte medfører en konkret, forstyrret, bizar eller selv-tjenende forståelse af mentale tilstande. Slade betoner, at deres overvældelse netop kan ses som udtryk for en manglende evne til at mentalisere, dvs. finde mening i samt organisere og forudsige følelsesmæssige oplevelser via sprog og tanker. Uden kapaciteten til refleksiv funktion kan personens historier ikke adækvat udtrykke og bringe sammenhæng i de usammenhængende, frygtskabende, fragmenterede og til tider bizarre indre tilstande hos en selv og omsorgsgiver (Fish, 1996, p. 245; Harris, 2003, p. 66). Om der er en forbindelse mellem kapaciteten til refleksiv funktion og tilknytning har Fonagy, Target og

Bouchard med flere (2008, p. 48, p. 51, p. 57f, p. 60) undersøgt. På baggrund af transskriptioner af 73 deltageres AAI, som var tilfældigt udvalgte fra både kliniske og ikke-kliniske populationer, fandt forskerne, at mentaliseringsvariable bidrager signifikant til forudsigelsen af tilknytningsmønstre, hvilket er uafhængigt af personens køn, samt om vedkommende har en akse I eller II diagnose. Fonagy har mere specifikt identificeret den refleksive funktion som et centralt træk ved fri-autonomes narrativer ved udførelsen af et AAI (Holmes, 2000, p. 162).

Mere specifikt tænker vi fx, at afvisende patienter umiddelbart kan tendere til at fungere ud fra psykisk ækvivalens modus, idet vi, ud fra vores tilegnede viden, har fået opfattelsen af, at de i høj grad tillægger andre negative intentioner, som er svære at modbevise. Dermed tænker vi, at de oplever deres projektioner som virkeligheden, hvorfor de føler behov for at tage afstand til andre. På den anden side opfatter de som nævnt andre som forskellige fra dem selv, hvilket kunne tyde på, at de kan anerkende en vis form for adskilthed. Hvad angår de overvældede kan man ligeledes argumentere for, at de fungerer på psykisk ækvivalens modus, idet de tillige anvender projektioner, om end vi tænker, at de derudover tenderer til at fungere på teleologisk niveau, da de søger evig bekræftelse på, at den anden er der gennem den fysiske tilstedeværelse og nærhed. Wallin (2007, p. 239) kommer i den forbindelse med en forståelse af overvældede som meningsskabende ud fra fysiske frem for psykiske realiteter, hvor handlinger er åbenbare og tages for højest rangerende over ord og tanker. Som det fremgår, kan niveauerne vanskeligt tilskrives de enkelte tilknytningsmønstre, da de formentlig mere afhænger af patienters overordnede funktionsniveau. Som vi senere vil påpege, kan overvældede fx, med henblik på intervention, inddeles i undergrupperne histrionisk og borderline, hvilke kan siges primært at fungere på henholdsvis pretend mode og psykisk ækvivalens modus.

Interessant for vores fokus er, at der med anvendelsen af AAI er fundet, at voksne klassificeret som fri-autonome ikke nødvendigvis skal tages som udtryk for, at de har haft en problemfri barndom, men at de har formået at opnå en forståelse af deres fortid og er i stand til at reflektere over både positive og negative kvaliteter ved deres forældre. I forlængelse heraf er det opmuntrende for vores terapeutiske sigte, at undersøgelser peger på, at det at opnå forståelse gennem granskning af egne oplevelser både nu og i fortiden sammen med en responsiv, opmærksom person (lig terapeuten) kan føre til et mere balanceret syn på forhold og hjælpe til at håndtere følelser og

omfortolke minder relateret til psykisk lidelse og dermed gå i retning af en fri-autonon tilknytning. Overordnet fremgår evnen til at tænke og tale om tidligere smertefulde oplevelser som en beskyttende faktor, der fører til fri-autonom tilknytning, uagtet hvor smertefuld barndommen har været, hvorfor et essentielt mål for terapi må være at bedre patientens kapacitet til refleksiv funktion (Holmes, 2000, p. 162; Sable, 2000, p. 77f).

6 Valg af interventioner

En forståelse af patienters tilknytning, som den hidtidige, kan hjælpe os med at redefinere udformningen af terapeutiske teknikker, så de passer til den enkelte patients behov (Parish & Eagle, 2003, p. 284), hvilket opfylder Bowlbys oprindelige tanke om, at tilknytningsteorien kan have stor relevans for psykoterapi. Ud fra dette sigte formulerede han fem hovedopgaver⁵¹ i psykoterapi, som vi vurderer gavnlige at have kendskab til uagtet patientens tilknytningsklassifikation. I den forbindelse vil vi ligeledes drøfte interventioner rettet mod at modificere patientens narrativer. Interventionerne beskrives som alment gældende, hvorfor vi først kort gennemgår dem ud fra deres generelle kvaliteter. Vi anerkender samtidig, at de vil tage sig væsentligt forskelligt ud med de enkelte patientgrupper. Derfor vil vi efterfølgende afdække, hvordan vi mere specifikt tilpasser vores tilknytningsrelaterede interventioner den enkelte patient (Bowlby, 2000, p. 154f; Davila & Levy, 2006, p. 990).

6.1 Terapeutiske opgaver uagtet tilknytningsmønster

Det bør bemærkes, at Bowlbys interventioner i praksis er indflettede i hinanden, samtidig med at nogen går forud for andre, da det fx er mere presserende at tilbyde en sikker base, inden der kastes et fortidigt lys over nutiden. Denne hierarkiske opdeling afspejler fint det faktum, at det øjeblikkelige mål ofte vil være at skabe en relation og fjerne symptomer, hvorefter det terapeutiske arbejde kan begive sig mere i dybden for at afdække mere ambitiøse mål. Den vigtigste tommelfingerregel må til enhver tid være, at terapeuten er tillidsvækkende, hjælpsom og troværdig, hvilket i

⁵¹ Vi er opmærksomme på, at Holmes (2003, pp. 34-38, pp. 212-217) tilsvarende har formuleret en række terapeutiske principper (Brief Attachment-Based Intervention = BABI) baseret på hans seks udviklingsdomæner (jf. 3.2.1), som vi forstår a la en manual. Vi mener derfor, at disse strider mod vores ønske om at tilegne os viden om hensigtsmæssige interventioner, der kan anvendes fleksibelt og løsrevet fra hinanden. Principperne medtages i det omfang, de overlapper med Bowlbys.

sig selv kan udgøre en fortsat udfordring i arbejdet med mistænksomme patienter (Bowlby, 2000, p. 154f; Broberg et al., 2010, p. 279; Holmes, 1999, p. 151).

6.1.1 Etablering af en sikker base

Som det løbende er fremgået, spiller fornemmelsen af en sikker base en essentiel rolle i tilknytningsteorien, og Bowlby har fundet, at fælles for mange patienter, der søger terapi, er deres mangel på en sikker base. Derfor undrer det ikke, at han fremfører, at terapeuten først og fremmest skal bestræbe sig på at agere sikker base⁵² for patienten for at fremme dennes udforskning af selv og relationer. Som sikker base plæderer Bowlby for, at man skal støtte patienten, men samtidig gøre det klart, at den måde, patienten vælger at forstå tolkninger samt handle herpå, er hans eget ansvar, og at man tror ham i stand til sådanne valg med hjælp fra terapeuten (Bowlby, 2001, p. 154, p. 156f, 2000, p. 154f; Sable, 2000, p. 105, p. 111). Det fremgår således, at terapeutens rolle bliver analog med moderens rolle som tryghedsskabende base (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 410). Impliceret i varetagelsen af denne funktion er dermed, at terapeuten agerer tilknytningsfigur for patienten. Den terapeutiske sikre base er selvsagt ikke lig barndommens, bl.a. grundet objektiviteten, ydre rammer og begrænsninger. Sådanne begrænsninger, fx faste tider, kan netop være terapeutiske, idet patienten dermed tvinges til at forholde sig til afsked. På den måde kan man sige, at den terapeutiske proces udgør "*a microcosm of attachment and separation.*" (Sable, 2000, p. 334). På den anden side kan det hævdes, at fleksibilitet i rammerne, fx muligheden for at ringe mellem sessionerne, for nogle patienter kan øge fornemmelsen af en sikker base. Selvom de sjældent gør brug af tilbuddet, kan visheden om ikke at være alene have en beroligende effekt (Harris, 2003, p. 84). Mikulincer og Shaver (2007, p. 411) gør samtidig opmærksom på, at idet terapeuten fungerer som tilknytningsfigur for patienten, må vedkommende forvente at blive målet for patientens nærhedssøgen såvel som projektioner og umødte behov. Disse projektioner kan virke forstyrrende, men har potentiale for at give terapeuten omfattende tolkningsmateriale. For at patienten skal have mulighed for at bevæge sig mod en mere fri-autonom tilknytning, må terapeuten klare den svære balancegang som en responsiv, opmærk-

⁵² Tanken om terapeuten som en sikker base, hvorudfra selvudforskning lettere kan foregå, har sit sidestykke i andre psykoanalytiske begreber, som psykolog Joseph Sandler's begreb *background of safety* og Fairbairns anerkendelse af, at terapeuten må opleves som *et godt objekt* (Eagle, 2006, p. 1087).

som tilknytningsfigur, der hverken er for påtrængende, overvældende og kontrollerende eller for afvisende og forsømmende. Hvis denne mission lykkes, kan relationen virke reparerende og kompenserende for tidligere smertefulde relationer (Holmes, 1996, p. 70; Sable, 2000, p. 83, p. 332). Ronald Baker (1993) taler således om terapeuten som et nyt objekt: *"With the patient's discovery of the analyst as a new object, a new phase of growth and development may begin, especially the potential for improved external relationships."* (Weiner, 2003, p. 103). Bowlby (1993, p. 138) beskriver ligeledes, at vigtigheden af denne funktion:

"[...] is to provide the patient with a secure base from which he can explore the various unhappy and painful aspects of his life, past, and present, many of which he finds it difficult or perhaps impossible to think about and reconsider without a trusted companion to provide support, encouragement, sympathy, and, on occasion guidance."

Det er netop oplevelsen af at indgå i en relation, hvor patienten føler sig forstået og inspireret til at forstå sig selv, der er mest terapeutisk. Det er dog ikke altid ligetil at tilbyde en sådan relation, da utrygge personer både behøver og frygter deres trygge base, hvorfor de konstant svinger mellem tilnærmelse og undgåelse. For ikke at blive overmandet af deres frygt er det nødvendigt, at terapeuten formår at holde patienten fast trods modstand, så vedkommende kan indse, at frygten er ubegrundet, og at tillid er mulig (Davila & Levy, 2006, p. 990; Holmes, 2003, p. 98, 1994, p. 69; Wallin, 2007, p. 157). Samtidig gør vi os tanker om, at terapeuten nødvendigvis selv må have et nogenlunde afklaret forhold til egne oplevelser for at agere tryk base, hvilket vi vender tilbage til i afsnit 7.1.1 (Broberg et al., 2010, p. 301). Det er ligeledes interessant at bemærke, at foruden den ovenfor beskrevne ydre sikre base besidder patienten tillige en *indre* fornemmelse af en sikker base, der særligt tages i brug, når den ydre ikke giver tilstrækkelig tryghed. Aktiveringen af den indre base kan ske gennem trøstende tanker, billeder og adfærd, fx beroligende handlinger som varme bade og at

putte sig i sengen⁵³. Mennesker har behov for at opnå en vis grad af tryghed, hvor kompromitterende denne end kan være (Holmes, 2003, p. 24).

6.1.2 Udforskning af egne tilbøjeligheder

Bowlby (2001, p. 154, 2000, p. 154) fastslår ligeledes vigtigheden af at assistere patienten i udforskningen af hans følelser og adfærd samt forventninger til selv og andre og de roller, patienten mestendels spiller i relationers udformning. Terapeuten må således hjælpe patienten med at reflektere over de følelser, der vækkes, når betydningsfulde tilknytningsrelationer aktiveres, ligesom patienten må støttes i at få indsigt i de maladaptive konsekvenser, hans primære relationsmønstre har. Eftersom sådanne følelser og kognitive bias primært er ubevidste, behøver patienten assistance til at afdække dem. Hermed tilstræbes en større selverkendelse af måder at indgå i relationer, herunder ubevidste fordomme, foruden en afdækning af, hvad der er gået galt i forliste forhold. Denne terapeutiske opgave stemmer fint overens med det almenterapeutiske ønske om at skabe større bevidsthed og fremme positive fremtidige forventninger. Uagtet terapiretning omhandler et af de primære mål med terapien netop en sådan omstrukturering af patientens tilgang til andre, for at fremtidige relationer lettere kan indgås og opretholdes (ibid., p. 163; Broberg et al., 2010, p. 278; Davila & Levy, 2006, p. 990; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 407).

6.1.3 Udforskning af den terapeutiske relation

I tråd med tilknytningsteoriens relationelle forankring tilskynder Bowlby terapeuten til sammen med patienten at udforske den terapeutiske relation med henblik på at afdække mulige koblinger til relationer og oplevelser uden for terapien. Relationen er som nævnt terapeutisk, idet: *"Problems that began in very early relational experiences are addressed in a new, therapeutic relationship that, in some respects, replicates the central emotional bonds of childhood, and that is experienced as vitally important to the patient."* (Parish & Eagle, 2003, p. 283). Terapeuten skal bl.a. rette patientens opmærksomhed mod de måder, han typisk opfatter og reagerer på terapeu-

⁵³ Der ses ligeledes patologiske varianter af tryk base-adfærd, fx overspisning, sult, stofmisbrug og forsætlig selvbeskadigelse. Disse typer adfærd kan paradoksalt nok skabe en vis illusion af tryghed, idet personen fx midlertidigt kan beherske sit ønske om at spise og dermed ikke er underkastet sit behov for en tryk base, som hun ikke kan kontrollere. Tiltagende kaos efterfulgt af lindring er fx karakteristisk for destruktive episoder hos mennesker med borderline personlighedsforstyrrelse (Holmes, 2003, p. 24).

ten, da patientens generelle perceptioner, forventninger og tilknytningsrelaterede arbejdsmodeller alle må forventes at præge terapien og følgelig udsige sig om vigtig viden om patientens relationelle vanskeligheder⁵⁴. Når patienten fx misforstår oplevelser med terapeuten, skal han hjælpes til at forstå årsagen til misforståelsen (Bowlby, 2001, p. 154, 2000, p. 154; Sable, 2000, p. 113). Set i en bredere terapeutisk kontekst tilstræbes således en øget opmærksomhed på relationers kvalitet, ligesom der tilbydes en korrektiv emotionel erfaring gennem nye interpersonelle oplevelser (Davila & Levy, 2006, p. 990; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 407). Med tanke herpå konkluderer Yalom (2002, p. 46), at mange patienter finder intimitet problematisk og dermed undgår nære relationer af angst for at blive svigtet. Derfor kan en omsorgsfuld terapeutisk relation, der ikke resulterer i den forventede katastrofe, blive en stærk korrigerende emotionel oplevelse.

6.1.4 Kobling mellem nutidige og fortidige oplevelser

Som psykoterapiens fjerde hovedopgave påpeger Bowlby vigtigheden af at opmuntre patienten til at reflektere over mulige sammenhænge mellem nutidige og fortidige oplevelser for bedre at forstå sin nuværende situation. En sådan indsigt i fortidige påvirkninger kan fx være behjælpelig til at få større forståelse for egne handlinger og følelser. Terapeuten må gøre sig bevidst, at denne type granskning ofte er en smertefuld proces, da patienten vil få afdækket skræmmende og fremmede følelser om afvisende, inkonsekvente og forsømmende tilknytningsfigurer, som hidtil er blevet undertrykt. Afdækningen fordrer derfor, at terapeuten er empatisk sensitiv og respondende. Det er ofte nødvendigt, at patienten forstår, hvordan disse oplevelser har præget hans maladaptive overbevisninger og handlinger, før de kan opdateres og revideres⁵⁵ (Bowlby, 2001, p. 135f, p. 154f, 2000, p. 154f; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 407f). Som eksempel kan nævnes en patient, der erkender, at frygten for at blive forladt af terapeuten bunder i hendes ensomhedsfølelse under moderens depressive perioder i barndommen. Vi vil her understrege, at det ikke handler om at tildele skyld, men snarere at hjælpe patienten med at forstå, i hvor høj grad han fejlopfatter de mennesker, han sætter pris på i dag, på baggrund af de oplevelser han havde i barn-

⁵⁴ Denne opgave er meget lig den psykoanalytiske kerneopgave "*working through a client's transference*" (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 407).

⁵⁵ Patientens reviderede forståelse hjælpes på vej af terapeutens gentagne tolkninger, idet disse bringer ubevidste forestillinger frem og sammenkobler fortid og nutid (Rosenbaum, 2002c, p. 800).

dommens relationer. Herigennem er det ønskelige scenarie at få belyst årsagskæden med henblik på at bryde den eller forbedre konsekvenserne heraf (Bowlby, 2000, p. 157; Broberg et al., 2010, p. 278).

Bestræbelsen på at foretage denne tilbageskuen adskiller den tilknytningsorienterede praktiker væsentligt fra den terapeut, der snarere ser patientens fejlagtige eller forvrængede opfattelser som irrationelle produkter af en autonom og ubevidst fantasi. Fordelen, ved at medtænke et tilknytningsteoretisk perspektiv, er, at terapeuten får nogle andre forklaringsmodeller, fx at karakteristika for utryg tilknytning kan forstås som et almenmenneskeligt behov for tilknytning, der er blevet frustreret, frem for et mere negativt billede af patienten som overafhængig og barnlig (Bowlby, 2001, p. 158; Sable, 2000, p. 105). For vores vedkommende anerkender vi patientens fortid som væsentlig bidrager til vedkommendes relationer, men bliver samtidig nysgerrige omkring det konkrete match mellem patienten og terapeutens tilknytning (Bowlby, 2001, p. 157), hvilket vi diskuterer i afsnit 7.1.2.

6.1.5 Modificering af indre arbejdsmodeller

Endelig tilføjer Bowlby i sin sidste bog "En sikker base" en femte central opgave, der på sin vis sammenfatter målet med de fire øvrige opgaver. Her betones vigtigheden af, at terapeuten søger at udfordre eller afkræfte patientens sædvanlige relationsmåde ved at revidere dennes arbejdsmodeller og opmuntre ham til at føle, tænke og handle på nye måder, der er ulig tidligere oplevelser (Broberg et al., 2010, p. 279; Davila & Levy, 2006, p. 990; Diamond et al., 2003, p. 133). Målet er at få patienten til at tænke i nye baner og frigøre sig fra ubevidste stereotyper ved at anerkende, at de modeller han tidligere har brugt om selv og andre formentlig ikke er hensigtsmæssige i nutidens og fremtidens kontekst. Bowlby gør sig i den forbindelse til talsmand for tilgangen "you know, you tell me", der afspejler en respekt for patientens egen evne til, i samarbejde med terapeuten, at opdage karakteren af sine arbejdsmodeller. Hermed igangsættes en vedvarende proces af realitetstestning. Men hvad fordres for at denne forandringsproces udspiller sig? Vi formoder, at et vist omfang af eksplicit opmærksomhed på forventningsmønstre udgør en forudsætning, men mener samtidig, at den korrektive emotionelle erfaring med terapeuten i høj grad tjener selvsamme formål. For at kunne tilbyde en sådan erfaring må terapeuten skabe et udforskningsmiljø, der udfordrer arbejdsmodellerne, frem for at handle i overensstemmelse

med dem som i patientens tidligere relationer. Interventionen synes på ingen måde ny, da der kan argumenteres for, at en række terapeutiske retninger beskæftiger sig hermed, fx kognitiv terapi gennem et fokus på dysfunktionelle overbevisninger om en selv i relationen med andre samt interessen for maladaptive interpersonelle mønstre i psykodynamisk terapi (Bowlby, 2001, p. 155; Dozier & Tyrrell, 1998, p. 237; Eagle, 2006, p. 1088; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 408; Sable, 2000, p. 112).

6.1.6 Interventioner rettet mod narrativer

Som fremført er vi interesserede i at undersøge, hvorvidt terapeuten kan hjælpe patienten med at modificere sine narrativer for dermed at skabe større sammenhæng i dennes fortælling såvel som selvforståelse. Theilgaard mener (2006, p. 50), at vi skaber og genskaber selvet gennem fortælling, og at selvet dermed eksisterer i kraft af vores evne til at fortælle historier om os selv⁵⁶, hvilket har klinisk anvendelighed, da et ændret narrativ kan implicere nye syn på selv og andre: *"The quest is always for a more elaborated, all-embracing, spontaneous, individualised and flexible story that encompasses a greater range of experience."* (Holmes, 1999, p. 150). Wallin (2007, p. 155) tilslutter sig denne tanke ved at hævde, at terapeutens mål er at gøre patienten i stand til at skabe sammenhængende narrativer, der reflekterer en oplevelse af et kontinuerligt og balanceret syn på sig selv. For at opnå denne bestræbelse mener Holmes, at terapeuten skal fungere som patientens "assistant autobiographer". Hermed menes, at terapeuten kan anvende sine egne narrative kompetencer og tilbyde en anderledes kontekst med nye interaktionsprocedurer med henblik på at hjælpe patienten med at skabe en mere sammenhængende fortælling. Som en opmærksom forælder er den gode terapeut intuitivt opmærksom på, hvornår patienten har brug for hjælp til fortællingens retning, og hvornår patienten selv skal have lov til at undersøge sine følelser uden indblanding. Til tider kan det fx være nok, at terapeuten opsamler og genfortæller sessionens temaer eller afgrænser "historien indtil nu" for at skabe overblik for patienten. Væsentligt er dog, at jo mere terapeuten taler på en måde, der reflekterer patientens oplevelse, des dybere og mere effektivt bliver det terapeutiske arbejde. Ligeledes bør terapeuten ikke blot italesætte patientens narrativ som en defensiv og rigid manøvre, da værdifuld information hermed kan gå tabt, ligesom

⁵⁶ Vores tanker falder her på Sterns begreb *det narrative selv*, som refererende til behovet for at strukturere usammenhængende oplevelser og udlede mening (Theilgaard, 2006, p. 51).

den terapeutiske relation kan svækkes. Som det vil fremgå af følgende afsnit, bør historieskabelsen foregå på væsentligt forskellige måder med forskellige patientgrupper (Holmes, 2003, p. 130f, 1996, p. 18; McCabe et al., 2006, p. 399; Slade, 2008, p. 774).

6.2 Interventioner ved de forskellige tilknytningsmønstre

Efter ovennævnte gennemgang står det klart for os, at Bowlbys terapeutiske opgaver i et vist omfang er overensstemmende med andre ikke-tilknytningsrelaterede beskrivelser og derfor allerede er integreret i andre terapeutiske tilgange, særligt psykodynamiske og interpersonelle⁵⁷. Således er tilknytningsteoriens udfordring at udsige sig om måder, hvorpå netop denne teori kan bidrage til valget af specifikke terapeutiske interventioner med hensyntagen til patienters tilknytningshistorie (Eagle, 2006, p. 1086f). Det er vores klare formodning, at tilknytningsteorien besidder en sådan forklaringskraft, hvorfor vi i det følgende vil beskæftige os med, hvordan de enkelte tilknytningsmønstre bør gribes an ud fra en interventionsmæssig linse, da vi antager, at de imødegås med forskellige typer og vægtning af interventioner (Daniel, 2009, p. 311). Eftersom fri-autonome som udgangspunkt magter at indgå i nære relationer, evner at være alene foruden at de besidder kapacitet til mentalisering, vil vi i tråd med tidligere afgrænsning ikke behandle denne patientgruppe ud fra et interventionsperspektiv (Holmes, 1996, p. 59f). Med henvisning til den anførte viden om, at uklassificerbare patienter ikke kan forstås ud fra et specifikt mønster, men befinder sig i spændingsfeltet mellem de to usikre og det uforløste mønster, anser vi det som en umulighed at udlede konkrete interventionsmuligheder for denne gruppe.

6.2.1 Terapien med den afvisende patient

Wallin (2007, p. 211, p. 214) søger at indfange et essentielt terapeutisk mål med afvisende patienter under overskriften "*from isolation to intimacy*", hvilket fint afspejler deres vanskeligheder med nærhed og tillid, og at terapien følgelig kan udgøre en ny kontekst, hvorunder de kan udvikle sådanne færdigheder. Han fremhæver, at afvisende patienter udgør et kontinuum fra tvangsprægede til narcissister og skizoide, der

⁵⁷ Her tænker vi fx, at terapeuten som sikker base giver associationer til selvpsykologien med Kohut, der omtaler terapeuten som et selvobjekt, der skal skabe optimal frustration. Ligeledes falder vores tanker på objektrelationsteorien med Winnicott og Bion, der taler om henholdsvis holding og containing, der kan siges at henvise til terapeutens vigtige rolle: at skabe det rigtige miljø for at udforskning kan finde sted (Burgaard, 2002, p. 148; Hjulmand, 2002a, p. 301; Møhl, 2002, p. 721f).

alle oplever store vanskeligheder med intimitet og en usædvanlig høj grad af selvstændighed. Wallin mener derfor, at en gavnlig tilgang til afvisende patienter er at tolke deres udprægede modstand som en form for kommunikation, der giver et vigtigt indblik i deres grundlæggende frygt for afhængighed og utilstrækkelighed. Deres kernekonflikt om at behøve hjælp, men ikke få det, har resulteret i en selvbeskyttende arbejdsmodel af dem selv som stærke og kompetente og andre som svage og afhængige. Det lader således til, at de i højere grad bruger dem selv som sikker base, snarere end at have tiltro til at andre kan udfylde denne funktion. Følgelig kan det være vanskeligt at få lov til at hjælpe dem, da en anerkendelse af at modtage hjælp forrykker disse arbejdsmodeller væsentligt, således at den frygtede ubevidste model af selv som hjælpeløs og sårbar træder i forgrunden, hvilket på ny efterlader patienten i en sårbar position for afvisning. Det er derfor vigtigt, at terapeuten udviser stor tålmodighed i mødet med en afvisende patient og dennes rigide defensive stil for at gøre sig forhåbninger om at kunne modificere disse arbejdsmodeller (Fraley, Davis & Shaver, 1998, p. 266; Shorey & Snyder, 2006, p. 9, p. 14).

Som fremgået er der visse udfordringer i det terapeutiske arbejde med afvisende patienter. Fx er denne gruppe mere affejende overfor andre og bruger mindre tid på at diskutere terapeutisk materiale end overvældede patienter. Det er ligeledes vist, at afvisende har tendens til at blive forvirrede efter interaktioner med terapeuten og er væsentligt mindre engagerede i terapien. Som udgangspunkt søger de ikke så ofte terapi, og når de gør, får de ikke altid så meget udbytte heraf, da de afviser terapeuten interventioner. Netop fordi behandlingen udgør en særlig udfordrende kontekst for afvisende, har patienterne stor gavn heraf, når de først åbner op, hvilket underbygges af vores tidligere beskrivelse af, at denne patientgruppe i høj grad udviser store forbedringer efter behandling. Som terapeut er det derfor vigtigt at kunne genkende patienternes distancerende strategier og ubehag i relationen tidligt i behandlingen, da muligheden for at hjælpe og holde dem i terapien højnes (Dozier, Lomax, Tyrrell & Lee, 2001, p. 62, pp. 73-75; Dozier & Tyrrell, 1998, p. 238; Shorey & Snyder, 2006, p. 14).

6.2.1.1 At skabe emotionel kontakt med en afvisende patient

I terapien med en afvisende patient må terapeuten, trods åbenlys modstand og afstandtagen fra patientens side, huske på, at patienten ikke kan slukke sine biologisk

drevne tilknytningsbehov. Det er således disse underliggende behov, terapeuten skal rette sine interventioner imod, samtidig med at interventionernes karakter naturligvis skal tilpasses patientens tilbøjelighed til isolation og distance, hvis der skal være håb om forandring. Vi forestiller os, at terapeuten må anerkende patientens selvtillstrækkelige forsvar foruden at alliere sig med det hengemte behov for relationel tryghed, fx formuleret som: ”Ud fra det, du har fortalt om dine familierelationer, kan jeg godt forstå, du har behov for at klare dig selv, men jeg tænker også, at du kan føle dig vældig ensom og have behov for at være sammen med andre. Er det noget, du kan opleve?”. Som vi løbende har beskrevet, er afvisende patienter uvillige til at være i kontakt med følelser, der tilskynder dem til at søge dybere kontakt med eller støtte fra andre, og de synes at forsvare sig mod følelser. En sådan holdning får selvsagt automatisk folk til at trække sig tilbage og undgå nærmere konfrontation med vedkommende. En primær opgave for terapeuten er i den sammenhæng at gå imod sine umiddelbare fornemmelser om tilbagetrækning eller frygt for at være kommet for tæt på, idet det netop kræver en emotionel kontakt til patienten, for at forandring er en reel mulighed; patienten må trods sine gentagne afvisninger have følelsen af, at terapeuten er vedholdende og tilgængelig. Terapeuten bør, med Winnicotts ord, være bevidst om patientens *fear of breakdown* for at begribe den smerte, patienten oplever som underliggende hans forsvarsorganisering (Brisch, 2002, p. 83; Harris, 2003, p. 74, p. 77; Slade, 2004, p. 191; Wallin, 2007, p. 211; Weiner, 2003, p. 99). I den forbindelse er det essentielt, at ethvert tegn på reel intimitet, gennem anerkendelsen af selv og anden som adskilte, der deler et fælles mentalt rum, bydes velkommen. Idet afvisende patienter kan siges at svæve over deres liv uden nogensinde rigtigt at lande i deres krop, er det vigtigt, at terapeuten er til stede og i kontakt med sig selv såvel som patientens subtile affektive hints gennem dennes kropssprog (fx om øjnene virker blanke, som om han er bevæget, om kæben er spændt som tegn på vrede osv.) for at hjælpe patienten med at forstå sine følelser og skabe relationelle forbindelser. Ydermere kan det, som beskrevet, være relevant at bemærke de følelser, der vækkes i terapeuten, da de kan være udtryk for de følelser, patienten selv er uvillig til at føle. Eftersom afvisende patienter ikke selv formår at mærke deres følelser, kan det ligefrem være en hjælp, hvis terapeuten selv bringer sine vakte følelser op, hvilket muliggør, at patienten lettere kan integrere sine dissocierede følelser. Ved at bruge selvafsløring og italesætte sine fornemmelser kan patienten få oplevelsen af, at terapeu-

ten sætter ord på *hans* følelser, hvilket kan være af stor betydning (Goldberg, 2000, p. 216; Wallin, 2007, p. 212f, p. 222).

Nævnte integration fordrer, at terapeuten kan tilbyde patienten en sikker base, hvilket kræver, at hun betyder noget for patienten, hvilket paradoksalt nok netop er imod den afvisende patients deaktiveringsstrategi. Wallin (ibid., p. 212) beskriver således den terapeutiske udfordring som følger: *"Thus the central challenge is to enable the patient to allow the therapist to matter"*. Terapeuten må dermed bryde patientens fastgroede mønster om afstandtagen, der ikke kun er rettet mod terapeuten, men kan siges at udgøre grundlaget for patientens generelle emotionelle og relationelle vanskeligheder, der oprindeligt har bragt vedkommende til terapien (ibid.).

6.2.1.2 Historieopbrydning som en måde at genskabe fortællinger

Som fremført har afvisende patienter svært ved selv at italesætte oplevelser og følelser, hvorfor deres narrativer virker intellektuelle og slettet for emotioner og erindring. Holmes fremhæver i den forbindelse, at en vigtig terapeutisk opgave er at hjælpe patienten med kunsten at *"breaking stories"*, således at fortællingerne åbnes op for følte fornemmelser, og affekter kan opleves og gøres bevidste, hvilket kan være meddeterminerende for patientens forandringsproces. Selvom en patient fx ikke bliver immun over for moderens skuffelser, kan han udvikle et sprog for effekten og dybden af disse skuffelser. Mere specifikt plæderer Holmes for, at patienten skal have hjælp til at omarbejde sine nodale erindringer⁵⁸ i terapien ved at "sprænge" dem og derpå samle dem på ny, hvorved de får et nyt perspektiv. Fx kan terapeuten benytte vendinger som: "kan du huske en episode, som belyser dette?", "når du siger, at du føler dig deprimeret, hvordan føles det så?". Sådanne spørgsmål tjener det formål at gøre overfladiske historier mere levende ved at tilføje eksempler og konkrete erindringer. På den vis kan patienten opleve, at samme historie har mange versioner, hvilket muliggør en ny måde at opfatte sig selv og omsorgspersoner på. Ydermere tyder det på, at de afvisende strategier bryder sammen, når patienten tvinges til at behandle forstyrrende og ubehagelige emner (Fonagy, 2006, p. 165; Holmes, 2003, p. 131, p. 133f; Slade, 2004, p. 187f, p. 190, p. 200). Fish og Dudas (1999, p. 33) taler i sådanne tilfælde for, at terapeuten bestræber sig på at aktivere patientens tilknytningsaffekter i overføringen og tolker vedkommendes underliggende længsel

⁵⁸ Henviser til en repræsentation af koncentrerede antagelser omkring vigtige overgangstidspunkter i livshistorien (Holmes, 2003, p. 133).

efter tilknytning. De beskriver formålet hermed gennem en typisk afvisende patients behov for hjælp til at skabe sammenhæng: *"Much of the work of psychotherapy would involve bringing her generalized attachment story of an ideal family life into alignment with her lived experience of long abandonments and little interaction with her family"*. Holmes (2003, p. 131, p. 133f) mener dog kun, ovenstående er muligt, hvis terapeuten formår at tilsidesætte den underliggende følelse af at blive holdt ude eller nedgjort, uden samtidig at føle sig påtrængende eller respektløs med henblik på de nødvendige grænser. En terapeut beskriver fx den emotionelle udfordring som følger: *"I sometimes felt ridiculously emotional when I was trying particularly hard to reach her."* (Slade, 2004, p. 191).

6.2.1.3 Balancen mellem empatisk afstemning og konfrontation

Med henblik på afvisendes terapeutiske behov har det vist sig særlig gavnligt med en balance mellem empatisk afstemning (attunement) og konfrontation. Mens førstnævnte sikrer, at patienten føler sig forstået, er målet med sidstnævnte at få patienten til at føle, at terapeuten eksisterer, samt at begge parter kan påvirke hinanden. For at nå ind til patienten kan det således være formålstjenligt at lade ham mærke, at han kan nå terapeuten (Wallin, 2007, p. 212).

Begge typer interventioner retter sig mod at hjælpe patienten med at få adgang til affektive oplevelser og erindringer. Hertil er de terapeutiske elementer holding og containing essentielle, idet patienten først kan konfrontere sin indre verden og koble emotionsladede ord på tanker og følelser, når han har oplevelsen af at befinde sig i en tryk, rummende og tillidsfuld relation. Den første emotionelle kontakt i terapien kan ofte komme til udtryk gennem tårer eller vrede (Bowlby, 2001, p. 156; Fonagy, 2006, p. 165; Holmes, 1997a, p. 167; Slade, 2008, p. 774; Wallin, 2007, p. 212). Grundet afvisende patienters behov for emotionel tilgængelighed har de ofte mere gavn af længerevarende psykoterapi, hvor deres selvudforskning støttes adækvat (Fonagy, 2006, p. 45f). Følgende vignette med en afvisende kvindelig patient, der udadtil synes meget kølig og upåvirkelig, viser terapeutens bestræbelser på at være rummende, anerkendende og hjælpe patienten med at vedkende sig og forstå egne følelser frem for at fremmedgøre dem (Slade, 2004, p. 187):

”Speaking directly in the language of attachment, I said:
”Imagine what it must have been like to be frightened, or
worried about what was going to happen, or angry at your
mother’s rages. Who could you turn to, who would hear you,
who would protect you?”” (ibid., p. 189).

For at mindske patientens tendens til at frygte en afvisende og kontrollerende terapeut, kan terapeuten sætte ord på egne empathiske fornemmelser. Samtidig er der paradoksalt nok risiko for, at patienten misforstår den empathiske kommunikation, eftersom han ikke har megen tidligere erfaring hermed, ligesom empatien kan vække en række opfattede trusler associeret med afhængighed og nærhed, hvorfor empatien afvises. I samme tråd må det forventes, at oplevelsen af terapeuten som støttende og hjælpsom kan udløse en umådelig tristhed i patienten, idet det vækker minder om, at tidligere tilknytningsfigurer har været uvillige eller ude af stand til at hjælpe. Trods empatiens grundlæggende potentiale for at skabe en følelse af tryk hos patienten, er denne type intervention således ikke tilstrækkelig (Holmes, 1996, p. 25; Wallin, 2007, pp. 212-214).

Wallin (ibid., p. 213f) mener derfor, ud fra sine terapeutiske erfaringer, at konfrontation kan udgøre et ekstra nødvendigt element. Med dette mener han, at terapeuten med fordel kan kommunikere sin subjektive oplevelse som modtager af patientens kommunikation samt sin oplevelse af deres relation, således at patienten bedre kan tilkobles egne emotionelle oplevelser såvel som opnå en erkendelse af sin påvirkning af andre. Fx kan terapeuten fortælle patienten, at hun bliver irriteret på ham, hvilket ikke er hendes normale reaktion på ham, og at de må forstå, hvad det er, der sker. På den måde brænder terapeuten ikke inde med potentielt modarbejdende følelser, men anvender dem produktivt. I takt med at terapeuten åbner op for egne følelser og tanker, vil den afvisende patient blive bedre i stand til at fornemme terapeutens tilstedeværelse som en særskilt person, hvilket især er gavnligt med patienter, der har oplevet sine tilknytningspersoner som afvisende og emotionelt fraværende, og som følgelig er mere fjerne. Hvis patienten derimod er mere tilstede og engageret, kan det i sig selv være terapeutisk at have terapeuten ved sin side og få hjælp til at mærke dybere efter samt forstå egne oplevelser (ibid., p. 214f). Vi forstår endvidere vigtigheden af konfrontation som indebærende en italesættelse af modstridende udsagn og

adfærd, der er udpræget for afvisende patienter, for at fremme et integrativt og opdateret syn på tilknytningsbehovet (Aagaard, 2002, p. 408f).

6.2.1.4 Et interventionsperspektiv på undergrupper til afvisende patienter

Da vi anerkender, at der er indbyrdes forskelle på patienter fra samme tilknytningsklassifikation, er det spændende at bemærke, at afvisende patienter overordnet bærer præg af et mønster af devaluering, idealisering eller kontrol, hvilke kræver særskilte fokuspunkter fra terapeutens side. *Devaluerende* afvisende beskrives ofte som narcissistiske, idet de er opvokset i en emotionel ørken med narcissistisk devaluerende forældre, hvorfor de har lært at anvende samme type forsvar, hvor de tænker for meget om sig selv og for lidt om andre og undgår afhængighed. Et hyppigt eksempel er patienters udbredte bestræbelse på, at terapeuten ikke må blive for vigtig for dem (Wallin, 2007, p. 216, p. 219). En patient kan give udtryk for, at: "*Therapy, for example, was bound to end, he pointed out, so why would he allow himself to get too personal or close here?*" (ibid., p. 217). Med denne patientgruppe bliver det en terapeutisk kunst at være i stand til at udholde eget ubehag ved risikoen for yderligere devaluering såvel som patientens ubehag ved at føle sig udsat. Hvis terapeuten forstår dette, er det muligt at afdække et essentielt relationsmønster, der troligt influerer samtlige af patientens relationsdannelser (ibid., p. 218).

Idealiserende afvisende har erfaret, at de kan få en smule emotionel tilfredsstillelse ved at imødekomme deres forældres narcissistiske behov: ved at hjælpe forældrene med at føle sig specielle, kan de selv føle sig specielle. Tilsvarende kan patientens idealisering af terapeuten ofte udføres som en obligatorisk og automatisk respons på, hvad patienten oplever som terapeutens narcissistiske behov. Denne type patienter kan således være lige så distancerede som de devaluerende, idet de gemmer deres sande følelser bag en forceret beundring af terapeuten, der stammer fra deres ønske om at bevare relationen, der følgelig kan få præg af en som-om kvalitet. Terapeutisk set er det derfor essentielt at respektere behovet for idealisering og sætte fokus på patientens behov herfor som en måde at beskytte terapeuten mod hans underliggende tvivl om hendes værd, frem for direkte at udfordre patientens idealisering (ibid., p. 218f).

Kontrollerende afvisende er kendetegnede ved hyppigt at gøre den terapeutiske relation til en magtkamp, hvor de føler et stærkt behov for at bevare kontrollen. For-

modentlig har de oplevet deres tilknytningsfigurer som kontrollerende personer, der undertrykte egen vrede og udviste intolerance over for barnets ubehag og vrede. I terapien med disse patienter beskrives ofte, at terapeuten trækkes ind i diskussioner om pris, tider samt arbejdsmetoder, ligesom det kan forventes, at patienterne "glemmer" sine aftaler. Her er det af stor vigtighed, at terapeuten søger at identificere meningen bag disse kampe ud fra en forståelse af, at patienten ser terapeuten som en kontrollerende figur, der handler mod dennes vilje. Terapeuten må således være bevidst om sin tildelte rolle og opmærksom på, at tab af kontrol ofte kan opfattes som underkastelse eller tab af identitet og autonomi, hvorfor man må træde varsomt (Slade, 2004, p. 191; Wallin, 2007, pp. 219-221).

6.2.2 Terapien med den overvældede patient

Som det er fremgået, udgøres den modsatte pol til afvisende på mange måder af overvældede patienter, idet de har ringe tiltro til egne evner og er bange for at blive for uafhængig af andre. Deres frygt for separation, tab, at være alene samt opfattelse af nærhed som det største gode, som løsningen - ikke problemet - giver sig udslag på måder, der resulterer i, at ønsket om nærhed købes for en høj pris og netop bliver problematisk (Wallin, 2007, p. 224f).

6.2.2.1 Om at have tiltro til egne evner

Som beskrevet har den overvældede lært, at tegn på ubehag højner sandsynligheden for omsorgsgivers nærhed og omsorg, hvorfor vedkommende har indtryk af, at andres støtte må opnås ved maksimering heraf på en måde, der ikke kan ignoreres. Dette implicerer en evig hyperopmærksomhed på trusselsrelaterede tanker, følelser og kropsfornemmelser, der kan forstærke deres ubehag. Indeholdt heri er en hypersensitivitet over for tegn på misbilligelse, afvisning og tilbagetrækning, hvad enten disse er reelle eller forestillede. Den overvældede har således brug for en affektregulerende struktur (Slade, 2004, p. 200; Wallin, 2007, p. 225; Weiner, 2003, p. 99). Tilknytningssystemet er permanent aktiveret på bekostning af patientens selvværd, tiltro til andre og emotionelle balance. Bagvedliggende er et stort ønske om autonomi, men forsøg herpå afstås af frygt for, at selvstændighed og tro på sig selv vil resultere i tabet af den sikre base, at andre vil være utilgængelige og ikke acceptere dem. Følgelig er et vigtigt fokus i terapien at styrke den overvældedes autonomi, hvilket kræver, at

patienten oplever, at terapeutens emotionelle tilgængelighed og accept ikke er bundet op på, at patienten udstråler hjælpeløshed, ubehag og kunstigt samarbejde. Det fordrer desuden, at patienten får fornemmelsen af en tryk indre verden og dermed bliver rustet til at stå ved egne behov og aktivt træffe valg. Den overvældedes vrede over for og fastlåsning i vanskeligheder hidrørende tidligere relationer behøver en tryghedsskabende fast og konsekvent struktur indeholdende velmarkerede grænser, udgjort af den terapeutiske ramme, for at kunne udtrykkes. Ved at lade vreden og protesterne over for omsorgsgiverne få frit lejde muliggøres fornemmelsen af autonomi. Denne terapeutiske opgave er dog ingenlunde nem, da den overvældede er overbevist om, at udstråling af usikkerhed er nøglen til andres opmærksomhed og i mere eller mindre ubevidst grad har opfattelsen af, at den indgroede strategi om at maksimere følelser, usikkerhed og mistro til andre forankrer fornemmelsen af, hvem han er. Selvsagt er det noget af en opgave at omgøre denne strategi, hvilket fordrer, at terapeuten tilbyder en relation, der gør hyperaktiveringsstrategien unødigt (Holmes, 1997a, p. 167f, 1996, p. 20; Steele & Steele, 2003, p. 112; Wallin, 2007, p. 225). Den overvældedes tendens til at nære mistro til andres tilgængelighed og angst for at miste vil udspille sig i terapien og bør tages op, når den melder sig. Fx kan forstyrrelser i sessionerne resultere i, at den klyngende adfærd forstærkes, og terapeuten kan her gribe den konkrete episode til at italesætte det naturlige i at opleve separationsangst som respons på adskillelse (Sable, 2000, p. 112). Overordnet går interventionen på at hjælpe den overvældede til at blive mere autentisk tilstede frem for at forsvinde i optagethed omkring andres tilgængelighed. Ved at påpege patientens underliggende vrede, angst og behov bliver vedkommendes selvskadede hyperaktiveringsstrategi åbenbar, og der kan arbejdes med formodninger om, hvordan nærhed opnås, tillige med at vedkommendes benægtede styrker, ambitioner og behov bringes frem. I tråd med vores forståelse af, at der er gradsmæssige variationer mellem patienter inden for samme tilknytningsklassifikation, skelner Wallin (2007, p. 226) teoretisk mellem to identificerbare typer overvældede patienter, der henholdsvis udviser en histrionisk eller borderline stil⁵⁹, hvilke implicerer forskellige terapeutiske interventioner.

⁵⁹ Wallin (2007, p. 226) plæderer for, at overvældede kan placeres på et kontinuum gående fra histrionisk i den ene ende til borderline i den anden. Han anerkender, at denne placering ikke altid er mulig, men interessant for os er hans kliniske vurdering, at det ofte vil være sådan. Han sammenligner de to typer med det ambivalente spædbarns reaktion i Fremmedsituationen: ” *the apparently helpless infant developing the more hysteric style, [and] the infant who oscillates between clinging and angry rejection becoming someone who looks more borderline.*”

6.2.2.2 *Det hjælpeløse, histrioniske mønster*

Den histrionisk-lignende overvældede⁶⁰ udstråler i højere grad hjælpeløshed end vrede og synes at have bedre øje for, hvad der sker i andres sind end i deres eget (Wallin, 2007, p. 226). Fish (1996, p. 250f) giver et eksempel på, hvorledes den overvældede patients adfærdsstrategi over for omsorgsfigurerne kommer til udtryk i overføringen: *"Mrs. B would often focus more on the therapist, to make sure all was safe, than exploring her own issues. It was often hard for Mrs. B to proceed if there was any change in the therapist's schedule or mood."* Patienten er så styret af sin angst for at blive forladt, at vedkommende ikke formår at gøre egne behov gældende og koncentrerer i stedet energien om at behage andre (Wallin, 2007, p. 226f). Det er således nyttigt for terapeuten at være opmærksom på, at patienten i sin iver for at tilfredsstille kan give indtryk af at være villig til at give sig fuldt ud i terapien, foruden i høj grad at være i kontakt med sine følelser, hvorfor man kan foranlediges til at tro, at forløbet vil blive relativt let. Hertil kommer den overvældedes overbevisning om, at den nærhed og tryghed, han kan opnå med terapeuten, er et produkt af hans ubehjælpssomhed, hvorfor dette indtryk følgelig må opretholdes for at sikre nærheden. Terapeuten møder således ofte et modsætningsfyldt billede, idet patienten udtrykker magtesløshed som henholdsvis en måde at håndtere sit ubehag på og som et svar på, hvorfor han har det skidt, samtidig med at terapeuten kan se, at patienten besidder mange psykologiske ressourcer. Udfordringen for terapeuten er at undvige presset til at reagere hjælpsomt i overensstemmelse med patientens billede af sig selv som hjælpeløs (ibid., p. 227). Dette kan være svært, eksemplificeret ved Wallins (ibid., p. 227f) vignette omhandlende en kvindelig patient:

"Early in therapy, she told me that whenever there was a silence in our conversation, it made her acutely anxious. Apparently the last thing I wanted to do was to make this anxiety-ridden patient more anxious. Rather than take up the issue, I got into the habit of filling every silence".

⁶⁰Er tilbøjelig til at være hyperemotional og melodramatisk, hvilket netop karakteriserer navnefællen, om end den overvældedes afhængighedsbehov og reaktioner på manglende imødekomme heraf er mindre ekstreme (Wallin, 2007, p. 226).

Når terapeuten går med på patientens forsvar, mistes den givtige effekt af at se på de bagvedliggende årsager, foruden at hun bekræfter den overvældedes forventning om ikke at kunne håndtere sine følelser. Når hun i stedet er påpasselig med ikke at følge trangen til at "redde" eller blive idealiseret, får patienten mulighed for at se sin frygt i øjnene, og terapeuten kan støtte ham i at blive herre over sit liv. Derforuden kan den overvældede potentielt få oplevelser med en ny måde at relatere sig til andre på (Dossier & Tyrell, 1998, p. 237; Wallin, 2007, p. 227f). Således er det vigtigt, at terapeuten signalerer, at hun venter mere af ham, end han tror sig i stand til og er forventet med i andre relationer, hvorved han kan komme i kontakt med sine ellers gemte og uanerkendte ressourcer. Fx bør man ikke lade ham slippe med svaret "det ved jeg ikke" på spørgsmål om udforskning, men lægge op til, at selvom han ikke umiddelbart kender svaret, så kan han godt gøre sig tanker om det. Terapeuten bør således afholde sig fra at tage patientens negative selvtilskrivning som sandhed og i stedet udforske patientens syn på egne kapaciteter, og hvordan dette syn er opstået. Samtidig er det essentielt, at terapeuten responderer med sensitiv og empatisk støtte uagtet patientens bestræbelse på at tilpasse sig. Herved kan hans selvværd øges, ikke mindst da han mærker og efterhånden stoler på, at han besidder evnen til at skaffe sig andres støtte. Slækkelsen af hyperaktiveringsstrategien er forbundet med en større evne til at opfatte terapeuten som en sikker base, hvilket frigiver mere energi og opmærksomhed til udforskning af egne oplevelser. Overordnet må terapeuten forsøge at tilvejebringe en relation eller interaktion, der opmuntrer patienten til at komme i kontakt med særligt de erfaringer, han ikke tidligere har haft mulighed for grundet hensynet til omsorgsfigurerne tilgængelighed. En anden gavnlig intervention retter sig mod den overvældedes følelsestilgang, der som nævnt har til hensigt at opnå andres opmærksomhed. Her er det vigtigt, at terapeuten er lige emotionelt tilgængelig, hvad enten patienten synes at udtrykke "offentlige" følelser eller ej. Ydermere er det relevant at være meget sensitiv over for den overvældedes "private" følelser, som kun får lov at udtrykkes indirekte, hvorfor kropssprog og andre non-verbale signaler bør tages i brug (ibid., pp. 228-230; Weiner, 2003, p. 103). Det er en svær balancegang at hjælpe patienten til at aktivere sin kapacitet til selvrefleksion, da det fordrer, at man indvier den overvældede i sine tanker omkring de følelser, der vækkes i interaktionen, og derigennem demonstrerer mentalisering. Fx forestiller vi os, at terapeuten kan sige: "Jeg kan mærke, at der er meget spænding i rummet. Jeg tænker, om du

måske føler dig misforstået af mig og derfor bliver vred på mig?'. Sådanne input fra terapeuten bør ske i mindre omfang, da den overvældede drager nytte af et fælles projekt om at skabe mening i hans oplevelser. Når han selv tager aktiv del heri øges troen på egne ressourcer, og det er vigtigt at italesætte, at man er opmærksom på, at det er en svær proces (Wallin, 2007, p. 231).

Som terapeut for denne type overvældede er det godt at være bevidst om, at vedkommende i særdeleshed har tendens til at underkaste og tilpasse sig på en kamæleonagtig vis til andres forventninger for at opnå nærhed og i terapien vinde terapeutens støtte (ibid.). Vi forestiller os det gavnlige i at italesætte disse behov og den bagvedliggende frygt for at blive forladt samt den hengemte vrede, der troligt må følge med fornemmelsen af at skulle underkaste sig og derved miste sig selv for at opnå andres opmærksomhed. Sammen med terapeuten kan patienten opdage sin rolle i interaktionen og dermed, at hans arbejdsmodeller ikke rækker til at forklare terapeutens respons og tilgængelighed som resultatet af andet end tilpasning og opgivelse af egen autonomi. Således er det essentielt, at terapeuten vedbliver at være emotionelt tilgængelig ved tegn på autonomi og anerkender og støtter den overvældede heri.

6.2.2.3 Det vrede, borderline mønster

Wallin (2007, p. 234f, p. 238) påpeger, at til forskel fra den mere hjælpeløse overvældede, er denne overvældedes lignende problematikker ganget op, således at de følelsesmæssige reaktioner er større og mentaliseringsevnen endnu mere begrænset. Borderline patienter kan meget ofte if. forskning siges at være overvældede, men mange kan specificeres til at være frygtomt overvældede af traumatiske begivenheder, hvorfor de ligeledes kan tilskrives uforløst tilknytning. Grundet dette overlap gør han opmærksom på, at interventioner rettet mod den borderline-lignende overvældede ofte også vil være gavnlige for den uforløste patient. Karakteristisk for disse overvældede er fornemmelsen af indre kaos og tomhed, og at livet er én stor krise. De hungrer efter hjælp til behovstilfredsstillelse, samtidig med at de er overbeviste om, at deres behov vil skubbe andre væk, foruden at de er overmåde angste for at være afhængige af andre. Det er selvsagt udfordrende ikke at lade sig skræmme eller skubbe væk i interaktionen med en sådan patient. En helt overordnet intervention retter sig mod at tilbyde patienten oplevelsen af en ny form for tilknytningsrelation,

hvilket kræver, at terapeuten formår at være empatisk og grænsesættende⁶¹. Når patienten føler sig rummet, kan han begynde udviklingen af en indre stabilitet, som de tidlige omsorgsgivere ikke formåede at demonstrere. Relateret hertil er det hensigtsmæssigt at holde sig patientens forhistorie for øje, hvilket letter empatifølelsen, der ellers ofte vanskeliggøres af patientens adfærd, der er svær at tolerere. Empati er netop essentiel, da den overvældede er tilbøjelig til at føle sig alene, ikke set og i værste fald truet eller forrådt, hvis ikke denne kan mærke terapeutens empathiske afstemning: ved at afstemme egen respons efter patientens emotionelle signaler øges sandsynligheden for at respondere i overensstemmelse med hans emotionelle behov, hvilket medfører, at patienten i højere grad vil begynde at se terapeuten som en sikker base. Herved højnes muligheden for at hjælpe og støtte patienten i at modulere og differentiere sine emotionelle oplevelser (ibid., p. 104, pp. 234-237). Ydermere har opmærksomhed på forhistorien den effekt, at det i højere grad er muligt at være bevidst om, når tidligere interaktioner genudspilles i terapien og italesættes det. Herigennem opnås fremskridt, illustreret ved følgende vignet omhandlende en mandlig patient, der, efter en session præget af samarbejde, kommer for sent til næste uden penge og med den holdning, at han er bedre tjent uden terapien. Terapeuten mærker, at:

”[...] I started to feel quite angry. Then it occurred to me that I was being invited to play his angry persecutor, because if I were instead a collaborator, then he would be left alone with the persecutor inside him. Moreover, he might experience me as inviting him to take the foolish [...] risk of trusting me. I wondered aloud if perhaps he was trying to pick a fight rather than feel close. I added that my guess was that a session like the last one in which we had been able to work so close together might very well have made him anxious [...] My interpretation, however, served both of us well. It enabled me to stay with him, rather than feel pushed away. It was also an interpretation he could eventually make

⁶¹ Hvorvidt patienterne har sværest ved autonomi eller intimitet afspejler diskussionen mellem Kernberg og Kohut om vægtningen mellem grænsesætning og tolkning samt empati og accept (Holmes, 1996, p. 27). Det er således et spørgsmål om, at det, man anser som det primære problem, har betydning for valg af interventionsstrategi.

increasing use of as we re-experienced, many times, scenarios very much like this one.” (ibid., p. 236f).

Om end det er svært ikke at mærke negative modoverføringer, må terapeuten, som i eksemplet, forsøge at fastholde sin empati for patientens problematik som hidrørende fra tidligere oplevelser, herved kan patienten begynde at få en empatisk tilgang til sig selv. Foruden empatisk afstemning er grænsesætning en vigtig intervention. Det er givtigt at signalere til patienten, at hans handlinger har konsekvenser, både for at beskytte ham og sig selv og hindre for voldsomme modoverføringer, der umuliggør en empatisk tilgang og fornemmelsen af terapeuten som en sikker base. Terapeuten må dog være villig til at indgå i patientens kampe og besværligheder, således at den overvældede ikke får fornemmelsen af, at han, i overensstemmelse med sin overbevisning, har skubbet hende væk (ibid., p. 237f).

Terapeuten vil opleve, at patienten er i stand til at vække voldsomme følelser gennem sin adfærd. Disse skal ses som patientens måde at kommunikere hans indre verden på og behøver gensvar i terapeutens adfærd. Patientens har stor gavn af at kunne genfinde sig selv som et tænkende og følende væsen i en anden persons velvillige og menneskekærlige sind. Vi tænker, at oplevelsen af at blive repræsenteret som en intentionel og forståelig person kan give den overvældede en begyndende tilsvarende tilgang til sig selv (ibid., p. 237f, p. 240).

Den borderline overvældede kan siges at have internaliseret en ond og truende anden, som kan projiceres ud på personer, der forsøger at hjælpe, hvorfor han i terapien kan opføre sig som om, han er engageret i at beskytte sig mod terapeuten, frem for at anerkende sin afhængighed af hende og det hun tilbyder. Her rådes terapeuten til at agere på en måde lig den sikre forælder, der ser patientens behov, følelser eller tanker bag adfærden og udtrykker empati med dennes lidelse og ubehag foruden at rumme og håndtere, hvad patienten ikke selv formår og finder overvældende. Herved kan patienten hjælpes til at få en begyndende forståelse af sig selv og egne intentioner foruden at få tiltro til, at de truende oplevelser kan håndteres. Som nævnt er den overvældedes forståelse bundet op på fysiske frem for psykiske realiteter. Derfor er det særdeles vigtigt at vise, at man samarbejder med patienten og er på hans side samt har forståelse for ham og kan magte interaktionen. Patienten lægger mere vægt på vores handlinger, end hvad vi siger. I relation hertil er det givtigt at udforske, om

der er noget i den terapeutiske relation, der er medskaber til hans impulsive adfærd (Sable, 2000, p. 113; Wallin, 2007, p. 238f). Den overvældede vil gentagne gange teste terapeuten, og i den forbindelse er det gavnligt at kommentere, når (ikke hvis) man opdager, at man har fejlet testen. Herved får patienten et modstykke til sin ofte sort-hvide tilgang, at fejl kan tolereres og ses som en enkeltstående hændelse, der ikke får lov at farve helheden. Patienten får del i en verden, repræsenteret af den terapeutiske relation, hvor integration er mulig. Det er vores indtryk, at ved at tage udgangspunkt i her-og-nu situationen har arbejdet lettere ved at nå patienten og ikke blive så intellektualiseret, hvilket formodentlig vil være tabt for denne patient (ibid., p. 240; Yalom, 2002, p. 87).

6.2.2.4 Historieskabelse som vejen ud af kaos

Som vi løbende har beskrevet, har den overvældedes narrativer tendens til at være forvirrende, idet de er usammenhængende, mangler struktur og objektivitet med spring til forhistorien, der bliver fortalt, som om det skete dagen forinden. Holmes portrætterer her terapeutens opgave som, modsat ved den afvisende patient, at være ”*story making*” (Harris, 2003, p. 74; Holmes, 1997a, p. 167). Den overvældede er som nævnt i så tæt kontakt med sine følelser og oversvømmet heraf, at han ikke formår at holde et objektivi perspektiv, hvilket er afgørende for, at en fortælling kan fungere. Det er som tilhører svært at få fat i en sammenhængende historie, hvilket troligt afspejler den overvældedes indre. Holmes adviserer terapeuten til ofte at komme med formgivende kommentarer⁶², såsom: ”Vi kommer tilbage til, hvad der skete for dig som barn, om et øjeblik; lad os først høre lidt mere om, hvad der plager dig lige nu”. Bemærkninger af denne type tjener til at skabe struktur, overblik og holde fokus, hvilket volder patienten problemer. På denne vis kan den overvældede begynde at få et sammenhængende billede. Holmes mener desuden, at patienten har nytte af, at terapeuten, som vist i eksemplet, anvender taleformer som: ”Vi kommer...” og ”Lad os...”, hvilke sender signaler til patienten om, at terapeuten og han er sammen om at forfatte en ny historie. Denne fremgangsmåde er begyndelsen til en objektiverende og iagttagende funktion eller et refleksi vt selv, der kan være opmærksom på og modulere sine følelser (Holmes, 2003, p. 112, p. 130f). Holmes anser dannelsen af en historie som den narrative version af den tryghedsskabende omsorgs-

⁶² Herunder forestiller vi os kommentarer, der har til hensigt at markere, hvad der hører sammen, og hvad der skal skilles ad.

figurs lydhørhed. For at højne dette udfald må terapeuten være opmærksom på ikke at følge det hyppigt forekomne modoverføringspres til at forklare og definere patientens historie for ham. Denne trang er forståelig, når man bliver konfronteret med den overvældedes intense og umodulerede affekter og høje niveauer af desorganisering og fragmentationsfornemmelser, hvilket vækker behovet for at hjælpe og stoppe patientens kaos. Men dette er at gøre patienten en bjørnetjeneste, da det vil bidrage til hans fornemmelse af ikke selv at formå at skabe mening og styrke behovet for at søge den udefra, som en form for erstatning for en hårdt tjent autentisk integration. Derimod er det for den overvældede gavnligt, at terapeuten kommer med sammenfattende bemærkninger med henblik på at afgrænse historien, som den er indtil nu, og stille patienten over for en narrativ konstruktion, som vedkommendes råmateriale kan vejes op imod. Disse bemærkninger kan være af deskriptiv karakter: ”Da du talte om dit forhold til din mand, virkede du helt apatisk og opgivende, men da du begyndte at fortælle mig om dine børn, blev du helt ivrig!”, eller være mere generelle: ”Du synes at være sikker med hensyn til dit forhold til kvinder, herunder din mor og dine veninder, men føler dig meget mere usikker, når du snakker om mænd”. Følgelig er det vigtigt, at terapeuten søger at være sig bevidst om tidsperspektiv, patientens fortalte minder og sammenhæng og derved danne bro til tænkning (ibid., p. 112, p. 130f, 1996, p. 54; Slade, 2004, p. 200f). For at dette skal kunne lade sig gøre, må terapeuten formå at tænke sine egne tanker og ikke blive suget ind i patientens overvældende emotionelle verden.

6.2.3 Terapien med den uforløste patient

Foruden den uforløste tilknytning kan disse patienter tilskrives et af de forudgående mønstre med eller uden alvorlige psykologiske problemer. Det er derfor først og fremmest vigtigt at afdække, om der figurerer meget smertefulde oplevelser i patientens forhistorie. Det essentielle er, hvorvidt der forekommer en mangel på bearbejdning af de smertefulde oplevelser, hvilket som nævnt giver sig udslag i nedbrud i dennes narrativer ved omtale heraf (Wallin, 2007, p. 242), illustreret ved følgende: *”Whereas earlier in hour she had seemed engaged and emotionally available, she now spoke about her discovery of the murder in flat tones that conveyed an eerie [uhyggelig; sælsom] detachment.”* (ibid., p. 243). Er dette tilfældet, vil traumet og dissociering i høj grad gøre sig gældende i terapien, hvor integration vil være det

centrale omdrejningspunkt, og den terapeutiske relation kan siges at udgøre terapien. Da patienten ofte har været del af en traumatiserende tilknytningsrelation, vil en oplevelse af at have en tryk og pålidelig relation, hvor forstyrrelser kan tages op og reparerer, være enormt effektiv. Den terapeutiske relation bør sigte mod at udvikle patientens ressourcer, heriblandt dem der kræves for at kunne håndtere traumat. Det er givtigt at vide, at trods patientens bevidste ønske om at lindre sine kvaler kan han ubevidst udspille den tidligere traumatiserende interaktion, hvor der hverken var plads til hjælp eller håb om bedring, og når denne relation er genskabt, umuliggøres forløsningen af patientens uløste traume (Holmes, 1997b, p. 243; Wallin, 2007, pp. 242-244).

6.2.3.1 At hjælpe den uforløste med at overkomme sin angst for tryghed

Den uforløste patient har paradoksalt nok svært ved at udholde en tryk relation til en empatisk afstemt terapeut, hvilket farver terapien på den måde, at dannelsen af en tryk relation både er målet for terapien og en betingelse for, at den rigtigt kan begynde. Samtidig er den trykke relation nært forbundet, endog sammenvævet, med en konfrontation med traumat. Den uforløstes anvendelse af primitive forsvar højner udspilningen af hans skræmmende indre verden i relationen til terapeuten. For at ændre patientens oplevelse af relationen må terapeuten derfor arbejde med disse forsvar, hvilket, som hos overvældede, kræver empatisk afstemning og markering af grænser. Med udviklingen af en fornemmelse af tryghed følger etableringen af en ny arbejdsmodel, der står i konkurrence med dem, der hører traumat til. Derved opstår muligheden for at konfrontere traumat mere direkte. Denne proces vil hyppigt vække følelser associeret med traumat, foruden at drøftelsen heraf angiveligt kan give udslag i mistro, tilbagetrækning eller vrede (Wallin, 2007, p. 244f). Fornemmelsen af tryghed og terapeuten som omsorgsgiver kan være vanskelig for uforløste, idet de kan tendere til selv at ville påtage sig omsorgsgiverrollen for ikke at komme i kontakt med forvirringen ved at være modtager af kaotisk, inkonsekvent og misbrugende omsorg. Terapeuten må derfor være opmærksom på patientens behov for at se efter hende og må modstå patientens trang hertil uden at bagatellisere eller afvise vigtigheden af omsorg som et forsvar (Holmes, 1997b, p. 243).

Wallin (2007, p. 245) understreger, at de sammenvævede opgaver, at frembringe tryghed for at kunne konfrontere traumat, gentages gennem terapien med den uforlø-

ste. Da patienten anvender forsvar, der ofte genskaber den smertefulde fortid, er en udfordring for terapeuten at respondere herpå på en fast men empatisk måde, der giver patienten glimt af en mulig tryk relation, der kan udholdes. Følgende eksempel viser den terapeutiske synergi mellem empatisk afstemning og grænsesætning. Terapeuten har, gennem en anerkendelse af egen modoverføring kombineret med viden om patientens forhistorie, opfattet, at hans mandlige patient udagerer sin angst for at genopleve at blive droppet - her af terapeuten - som han blev det af sine forældre, ved at true med at forlade terapien.

“[...] I told him that if I were to be able to really hold him and not drop him, then I needed to insist that he try to allow himself to be held. I wasn’t at all sure he could do this, I added, but for my part, I was going to try to help: Specifically, I was not going to agree that it was okay for him to stop therapy or, for that matter, to keep coming so late that we had sometimes less than half hour an hour to be together. In the future, if he were more than 20 minutes late, I said, I wouldn’t meet with him, but I would charge him. He didn’t protest and he began to show up for our sessions more punctually. Importantly, I had established a limit that enable me to feel less angry, less like dropping him. I suspect the same limit helped Casey to feel less ”bad”, less unmanageable, and more effectively held.”

(ibid., p. 251).

Ved at lade patienten mærke sin empatiske afstemning kan denne føle sig set, følt og forstået, foruden at grænsemarkeringen tjener til at beskytte dem begge, da terapeuten bliver bedre i stand til at bibeholde sin empatiske forståelse for patienten (ibid., p. 252).

Begge betydninger af dissociering, som disintegration af ubærlige oplevelser og en ændret, trancelignende bevidsthedstilstand, udgør en betydelig rolle i terapien. Mangel på integration, splitting og et oversimplificeret og ustabilt syn på selv og andre, samt forveksling af dele med helheden udspiller sig i den uforløstes opfattelse af mennesker som enten helte eller onde, fjende eller offer. Disse tendenser gør relationen til terapeuten ustabil. Den uforløstes arbejdsmodeller er dissocieret for at håndte-

re de uhåndterlige smertefulde oplevelser (ibid., p. 247f). Hertil kommer patientens hyppige brug af projektiv identifikation, hvor de fraspaltede oplevelser, erindringer, repræsentationer og følelser finder et hjem i terapeuten, hvorved patienten i hende forsøger at vække, hvad han ikke selv formår at udholde. Derfor er det yderst vigtigt, at terapeuten bliver opmærksom på sin modoverføring, således at hun ikke agerer i overensstemmelse hermed, men rummer den. Når dette lader sig gøre, kan patienten netop få fornemmelsen af en relation, der er væsentligt forskellig fra hans tidligere. I den forbindelse rådes terapeuten til at betragte sin patient ud fra dennes arbejdsmodeller af selv og andre, der kan karakteriseres ved op til fire forskellige oplevelser. Dersom den traumatiske oplevelse rummer negligering eller misbrug, medbringes en model af ham selv som offer. Såfremt patienten oplevede sig selv som ansvarlig for det skete, resulterende i vrede evt. kombineret med en identificering af sig selv med krænkeren, medbringer han en model af sig selv som krænkeren/forfølgeren. Har patienten oplevet at skulle agere forælder i relation til omsorgsgiver, har han tillige en model af sig selv som redningsmand. Endelig kan patienten have et billede af sig selv som inkompetent eller forvirret grundet den hyppige brug af dissociering. Disse modeller vil influere samspillet med terapeuten, således at de skiftevis er i spil, og terapeuten kan finde sig selv i alle roller: som patientens offer, krænker, redder eller nyttesløse hjælper (ibid., pp. 249-251). Wallin (ibid., p. 250) giver til eksempel:

“[...] I continually found myself feeling compelled to rescue Casey, probably very much as he had felt compelled – by fear – to rescue his parents. Meanwhile, Casey appeared in our interactions to be as uninvolved in his own care as he felt his parents had been in theirs. [...] I could as easily occupy the countertransference role of his angry or abandoning parent, while Casey – understandably distrustful of such a figure – approached me warily if at all, and then invariably withdrew.”

Når terapeuten kan frigøre sig selv fra disse udlevelser og betragte dem, vil deres nytte som interventionsvejledere være synlig for hende, og hun kan handle på en empatisk og grænsemarkerende måde tilpasset den specifikke patient, som illustreret i det tidligere eksempel (ibid., p. 251). Ikke desto mindre vil der være gentagne runder

med afstemning efterfulgt af misafstemning og reparation heraf, førend den uforløste tør tro på terapeuten og den nye relations emotionsregulerende potentiale. Når det lykkes terapeuten at bibringe patienten en ny relation, dementerer hun således dennes forventninger, overføringer, arbejdsmodeller og styrker fornemmelsen af at have en sikker base i den terapeutiske relation. Det er givtigt at være opmærksom på, at terapeutens forsøg på at hjælpe den uforløste til at bære smertefulde følelser kan opleves som uhjælpsomt og endda som en kontrollerende, invaderende og misafstemt adfærd eller, som illustreret, en risiko for at blive droppet. Disse forventninger eller måder at opfatte terapeutens hjælp på hidrører ofte fra implicite minder om oplevelser med tilknytningsfigurerne og deres inadækvate affektreguleringsmåder foruden traumatiske oplevelser med dem. Patienten vil, som antydnet, sjældent være sig bevidst, at han udlever et minde. Derfor er de gentagne episoder med opdagelse af forstyrrelser i interaktionen og reparation heraf essentielle, da de medbragte forventninger hermed bliver gjort til skamme som fortsat brugbare, og han kan begynde at betragte terapeuten som pålidelig og kilde til tryghed samt se sin tendens til gentagelse i øjnene. Hjælp til affektregulering ligger desuden i at sætte ord på patientens følelser og placere dem i en kontekst. En begyndende fornemmelse af tryghed sammen med terapeuten vil medvirke til traumets opløsning, hvorved patienten tillige efterhånden kan ophøre med at opleve relationen til andre som en truende gentagelse af smertefulde oplevelser (Holmes, 1997b, p. 243f; Wallin, 2007, p. 245, p. 252).

6.2.3.2 Vigtigheden af at sætte ord på smertefulde oplevelser

En essentiel intervention med de fleste uforløste patienter retter sig mod at hjælpe dem med at genkalde sig deres ubærlige oplevelser og sætte ord på dem. Sidstnævnte giver en fornemmelse af magt, som den uforløste har savnet, og tjener til at ”genopleve” traumet på en måde, der ikke får patienten til at føle sig retraumatiseret (Wallin, 2007, p. 253f). Holmes (2003, p. 138, p. 155, p. 158f) beretter om, at traumatiserede har brug for at blive holdt i en så høj grad, at de har mod til at risikere at genkalde sig traumet, hvilket vækker enorm emotionel smerte. Han mener desuden, at narrativet vil bære præg af fraværet af en sådan holding og betoner vigtigheden af at etablere en sikker base for patienten, hvorfra han kan begynde at genvinde og reellaborere sin forhistorie. Således anskuer patienten i terapien nu det skete sammen med en klogere og/eller stærkere person og mærker trygheden heri, foruden at han aner-

kender tids- og kontekstperspektivet: at traumet har fundet sted og ikke er hverken gældende, eller noget der vil ske. Herved kan minderne om de enormt smertefulde oplevelser ændres. I denne proces er det nyttigt, at terapeuten er behjælpelig med at afdække fortidens konsekvenser i den nutidige interaktion, herunder trække tråde mellem hvad den uforløste har oplevet, og hvad han frygter i dag (Holmes, 1997b, p. 243f, 1996, p. 30; Wallin, 2007, p. 253f).

At sætte ord på inkluderer at identificere følelser og kropsfornemmelser i relation til traumet, foruden at gøre de implicitte minder eksplicitte. Terapeuten tilbyder en reflekterende tilgang til det skete, der tillader den uforløste at træde tilbage fra den umiddelbare overvældende oplevelse, fx frygt, og forsøge at begribe den. Herved opnås en større fornemmelse af kontrol over følelser og adfærd, og begge gøres mere meningsfulde og forudsigelige, hvilket igen skaber en større fornemmelse af tryghed, som den uforløste ellers mangler. Desuden ansøres patientens kapacitet til mentalisering via den fælles udforskning og meningsberigende afdækning af, hvad der ligger til grund for hans handlinger. Han får således mulighed for at opleve, observere og mestre sine følelser og reaktioner i relation til terapeuten. En måde at opnå ro i et ellers overvældet og kaotisk sind er desuden at henlede patientens opmærksomhed på kropsfornemmelser, særligt åndedrættet, og derved hæmme dissociering, panik og automatiske responser. Således er en øget opmærksomhed på, hvad patienten har søgt at undvige, fx at sætte ord på følelser og kropsfornemmelser, en måde hvorpå evnen til mentalisering kan støttes og på længere sigt udgøre en stor hjælp ift. kommende oplevelser (Holmes, 2003, p. 159, 1997b, p. 243f, 1996, p. 30; Wallin, 2007, p. 253f). Over tid kan patienten få en nuanceret tilgang til sine oplevelser gennem kombinationen af at blive repræsenteret i terapeutens sind og se sig selv gennem hendes øjne samt indgå i interaktioner, der afkræfter hans forventninger (ibid. p. 245f).

6.3 Opsamling

Retrospektivt finder vi det utrolig givtigt at have opbygget et grundigt kendskab til, hvordan de enkelte mønstre spottes i terapien, hvilket giver os mulighed for i praksis at matche vores interventioner med patienternes tilknytning og dermed højne deres udbytte af terapien. Det giver os en tryghed at have kendskab til generelle terapeutiske interventioner, foruden dem, der er møntet på de enkelte mønstre. Groft sagt har

vi fundet, at afvisende patienter især har fordel af en balance mellem empati og konfrontation, at overvældede patienter primært har brug for empati og grænsesætning, mens uforløste patienter i særlig grad har behov for tryghed og støtte til at sætte ord på ubearbejdede, traumatiske oplevelser. Således har vi udledt, at alment nyttige terapeutiske strategier går igen på tværs af mønstrene, om end de tilsyneladende må vægtes i overensstemmelse med patienters tilknytningsstil og beror på forskellige behov, foruden at de enkelte mønstre behøver øvrige unikt tilrettede interventioner. Det kan være vanskeligt at udføre disse tilpasninger bevidst i praksis, ligesom det særligt for nyuddannede kan være en svær kunst, hvorfor det er yderst vigtigt at have indgående kendskab til mønstrenes enkelte interventionsbehov (Slade, 2008, p. 775). Retrospektivt vurderer vi, at det ville have været gavnligt for os at anvende de beskrevne interventioner i vores tidligere klientforløb. Vi ønsker i den forbindelse at pointerer, at vi betragter interventionerne som vejledende frem for rigide og ufleksible: *"[...] an understanding of the nature and dynamics of attachment informs rather than defines intervention and clinical thinking."* (Eagle, 2006, p. 1087).

7 Diskussion

Efter den spændende og informative afdækning af, hvorledes tilknytningsteoretisk viden kan anvendes i identificeringen af patienters tilknytningsmønstre og som guide i interventionsprocessen, mener vi at have besvaret vores problemformulering på tilfredsstillende vis. Vi sidder dog tilbage med en nysgerrighed efter at belyse yderligere aspekter, der er affødt af vores hidtidige behandling. Vi ønsker således først at se nærmere på, hvordan terapeutens eget tilknytningsmønster og matchet med patientens tilknytning kan forventes at indvirke på terapien. Dernæst vil vi forholde os til tilknytningsteoriens paralleller til beslægtede teoretiske formuleringer foruden at se på dens bidrag til vores motivation: hvordan terapi kan have gavn af viden om tilknytningsteorien. Herefter behandler vi et aspekt, der løbende har haft vores interesse, men først nu naturligt lader sig inddrage. Det drejer sig om afsløringen af eventuelle sammenhænge mellem tilknytningsmønstrene og udviklingen af psykopatologi. Endelig perspektiverer vi til den positive vinkel, at begrebet resiliens giver håb for børn med ugunstige opvækstvilkår.

7.1 Betydningen af terapeutens tilknytning

I den hidtidige behandling af muligheden for at identificere patientens tilknytningsmønster samt intervenere hensigtsmæssigt i overensstemmelse hermed, har vi beskæftiget os med patientens andel. Vi anerkender dog samtidig, at vi som terapeuter uundgåeligt spiller en markant rolle i den terapeutiske interaktion, hvilket medfører visse fordele og begrænsninger i det tilknytningsrelaterede arbejde med patienten (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 421; Romano et al., 2008, p. 495). Således forestiller vi os, at terapeuten, som udtryk for hendes egen tilknytning, kan have tendens til at bemærke noget specifikt som grundlag for identificeringen af patientens tilknytningsstil, ligesom hun kan være tilbøjelig til at intervenere på bestemte måder.

Hvad angår interventionsmuligheder udtaler Harris (2003, p. 85f), at terapeutens fri-autonome tilknytning kan give hende de nødvendige ressourcer til at respondere sensitivt og passende på patienten og skabe en god arbejdsalliance, selv med en svær patient. Herimod formodes det, at utrygge terapeuter vanskeliggør denne proces og responderer mindre empatisk, hvilket stemmer fint overens med forskning forestået af Black, Hardy, Turpin og Parry (2005), der fandt, at fri-autonome terapeuter rapporterede om stærkere terapeutiske alliancer end deres utrygge kolleger. Modsat kan præsenteres det overraskende fund, at terapeutens utrygge tilknytning kan forbedre alliancen. Dette faktum synes dog ingenlunde vedvarende, da det formentligt bedst kan forstås som udtryk for, at utrygge terapeuter i terapiens startfase ihærdigt forsøger at få patienten til at synes om og føle sig forbundet til hende, hvilket kan give udslag i en kortvarig positiv effekt. Dermed må man gøre sig bevidst, at terapeutens kontinuerlige evne til at besidde rollen som tryghedsforsørger i udbredt grad er en funktion af hendes egen tilknytningsorientering (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 421f; Romano et al., 2008, p. 495; Slade, 2008, p. 768).

Med henblik på interventionsstil er det interessant, at Dozier og Tyrrell (1998, p. 238f) har fundet, at trygge og utrygge terapeuter træffer væsentligt forskellige beslutninger om interventioner. De pointerer videre, lig Harris, at fri-autonome terapeuter besidder indre ressourcer, der tillader dem at respondere på måder, der er udfordrende for patientens relateringsstrategi, uagtet at disse interventioner kan opleves som ubehagelige af dem selv. Således er de fx bedre i stand til at intervenere i dybden med deaktiverende patienter (frem for at lukke ned) og mindre i dybden med hyperaktiverende patienter (frem for at blive indviklede), hvilket troligt fremmer et po-

sitivt udbytte. Utrygge terapeuter har modsat tendens til at handle i overensstemmelse med patienters aktiveringsstrategi og dermed intervenserer mere på et overfladeplan, hvorved de mislykkes i at give patienten en korrektiv oplevelse. På den måde er utrygge terapeuter tilbøjelige til at forstærke patienters utrygge tilknytning, mens fri-autonome terapeuter troligt afhjælper deres vanskeligheder (Diamond et al., 2003, p. 133; Dozier & Bates, 2004, p. 173; Dozier & Tyrrell, 1998, p. 238f; Slade, 2008, p. 768). Tilsvarende virker det plausibelt, at fri-autonome terapeuter bedre formår at håndtere brud i relationen med tålmodighed, hvorimod utrygge terapeuter kan have svært herved grundet deres dominerende frygt for afvisning. Fri-autonome terapeuter har angiveligt ligeledes lettere ved at indtage en fleksibel tilgang til hver enkelt patient og forstå samt tolerere patientens negative respons på deres anstrengelser⁶³ (Diamond et al., 2003, p. 133; Meyer & Pilkonis, 2002, p. 375f).

7.1.1 Styrker og vanskeligheder relateret til terapeutens tilknytning

Interessant er det, at Ligiéro og Gelso (2002, p. 10) modsat har påvist, at terapeutens tilknytning i højere grad influerer relationen til en romantisk partner og nære venner, og at den stort set ikke er relateret til arbejdsalliancen med en patient. Vi finder umiddelbart denne udtalelse uforståelig, da det ville afspejle det forhold, at terapeutens egne tilknytningsoplevelser kan frakobles i relationen med patienten. Forskerne argumenterer for den manglende relation ud fra antagelsen om, at terapeutens tilknytningsmønster ikke aktiveres i mødet med patienter, da de ikke anses for tilknytningsfigurer. Denne forklaring kan vi genkende fra egenterapi såvel som egne klientforløb, hvor vi har oplevet, at måden at knytte sig på afhænger af, om man er klient eller terapeut. Vi tænker, at terapeutens tilknytning alligevel kommer i spil i det omfang, at dennes arbejdsmodeller reflekterer vedkommendes tilknytningsstil og disse vil gøre sig gældende, også over for personer, der ikke betragtes som tilknytningsfigurer. Endnu en overvejelse går på, at forskning på området mestendels er baseret på ensartede undersøgelsesgrupper, hvorfor der mangler en større spredning i tilknytningsklassifikationer for på troværdig vis at fastslå de præsenterede fund. Fx kan nævnes, at Tyrrell, Dozier, Teague og Fallots undersøgelse (1999), af patienten og

⁶³ På baggrund af vores opnåede viden om fri-autonome personer giver det god mening, at de som terapeuter umiddelbart har bedre betingelser for nævnte kvaliteter, grundet deres sædvanlige udviklingssti med hertilhørende ressourcer, herunder bedre mentaliseringsevne og fornemmelse af sikker base.

terapeutens tilknytnings indvirkning på bl.a. arbejdsalliancen, baserer sig på et udvalg, hvor hele 90% af behandlerne klassificeres som fri-autonome, mens 83% af patienterne blev tilskrevet den utrygge gruppe⁶⁴. Ikke desto mindre vil vi fastslå, at den begrænsede variabilitet er udtryk for patienter og terapeuters *primære* strategier, hvorfor der sagtens kan være betydelig variation i deres sekundære strategier. Vi ønsker derfor kritisk at diskutere, *hvordan* terapeutens tilknytningsmønster influerer patientarbejdet. I den forbindelse mener vi, at vores solide viden om tilknytningsteorien ikke blot kan komme os til gode i identificeringen af patientens, men tillige vores eget tilknytningsmønster. Derimod tænker vi, at en manglende forståelse af egen tilknytningsstil gør det vanskeligt for terapeuten at blive opmærksom på, hvordan hun er tilbøjelig til at behandle patienter. Det kan ligeledes postuleres, at uagtet tilknytning kan en forståelse heraf sandsynligvis gøre terapeuten bevidst om at vælge at respondere på patientens underliggende behov frem for åbenbare ønske (Dozier & Tyrrell, 1998, p. 239f; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 422f; Shorey & Snyder, 2006, p. 16; Slade, 2008, p. 768).

Fri-autonome terapeuters evne til at skabe den fornødne distance til patientens dominerende forsvar indbefatter, at de i højere grad formår at holde fokus på patientens problem og ikke blive overvældet af eget ubehag. Hermed bliver det angiveligt lettere at jonglere med en række kompetencer, alt fra at bevare passende øjenkontakt og følge patientens narrativ til at skabe en nær terapeutisk relation. Ydermere synes fri-autonome bedre at kunne reflektere over indre tilstande og genkende egne modoverføringsfølelser. I tråd hermed er det fundet, at særligt kombinationen mellem fri-autonom tilknytning og lang erfaring er fordelagtig, når terapeuten skal bevæge sig i det vanskelige spændingsfelt mellem på den ene side at tilpasse sig patientens relationsmåde, for ikke at kompromittere alliance, og på den anden side udfordre selv-samme relationsstil. Modsat kan det postuleres, at afvisende terapeuter kan have sværere ved at tilbyde omsorg og fremme emotionelle bånd med patienter og lettere føle sig krænket og følgelig agere defensivt. Herimod kan overvældede terapeuter opleve et markant indre ubehag, et ønske om at smelte sammen med og fjerne grænserne til

⁶⁴ Alle patienterne i undersøgelsen havde svær psykopatologi. Vi er derudover opmærksomme på, at flere undersøgelser, inklusive denne, bruger anvendelsen case manager frem for terapeut. Hvorvidt disse betegnelser dækker over præcis det samme, fremgår ikke tydeligt (Farber & Metzger, 2009, p. 66). Daniel (2006, p. 978) gør ligeledes opmærksom på, at ikke alle undersøgelser er udført under egentlige terapeutiske rammer, hvorfor den økologiske validitet mindskes. Således er det ikke givet, at alle fund ukritisk kan overføres til den psykoterapeutiske kontekst.

patienten samt vanskeligheder med at regulere følelser, hvilket selvsagt forstyrrer graden af objektivitet og opmærksomhed på patientens problem (Broberg et al., 2010, p. 290; Mikulincer & Shaver, 2007, p. 422, p. 426, p. 429; Slade, 2008, p. 768). I overensstemmelse med vores hidtidige erfaring, fremgår det ikke, hvilken betydning terapeuters uforløste tilknytning kan have i terapien. Vi formoder, at de dårligst fungerende uforløste personer ikke finder vej til en profession, der domineres af gentagen eksponering for andres vanskeligheder og eventuelle traumer. Herimod tænker vi, at de uforløste terapeuter, der på den ene eller anden måde har formået at leve med deres traumatiske oplevelser, kan opleve vanskeligheder i mødet med patienter, der præsenterer lignende oplevelser, hvilke angiveligt vil vække terapeutens ubearbejdede følelser. Ligeledes tænker vi, at det kan være lettere for terapeuten at arbejde med en afvisende end overvældet patient, da denne troligt inviterer til en mere overfladisk og distanceret relation, hvor følelsesmæssigt belastende oplevelser ikke nævnes direkte. Vi gør os overvejelser om, at der overordnet må være væsentlig forskel på, om der er tale om én begivenhed, gentagne oplevelser eller et decideret traumatisk opvækstmiljø, foruden tilrådeværende ressourcer, som pågældende besidder.

7.1.2 Matchet mellem patientens og terapeutens tilknytning

Vi har nu medtænkt betydningen af såvel patientens som terapeutens tilknytning i den tilknytningsrelaterede identificerings- og interventionsproces. Da denne proces fordrer, at de to parter indgår i en nær gensidig relation, finder vi det ligeledes berigende kort at beskæftige os med deres indbyrdes samspil. Fx må det antages, at uagtet terapeutens tilknytningstryghed isoleret set, vil forskellige patienter udløse forskellige tilknytningsrepræsentationer og vice versa (Slade, 2008, p. 768).

Som bekendt forbindes terapeuter med en primær fri-autonom tilknytning som udgangspunkt med de bedste terapiforløb sammenlignet med utrygge terapeuter, der kan opleve vanskeligheder med effektive interventioner uagtet patientens tilknytning. En forklaring kan være, at utrygge patienter tenderer til at danne mere usikre relationer til deres terapeut og har svært ved at anse denne som en sikker base uanset terapeuten adfærd. Fri-autonome terapeuter har med deres større ressourcer formentlig bedre forudsætninger for at bryde og udholde denne tendens, hvorfor megen tilknytningslitteratur tager udgangspunkt i, at disse klarer sig bedst. Når det er sagt, er det

spændende, at der er bred enighed blandt tilknytningsteoretikere om, at uagtet terapeutens primære tilknytningsmønster, bør den tilknytningsmæssige sammensætning mellem patient og terapeut mere specifikt være af komplementær karakter. Således er det mest hensigtsmæssigt, når terapeuten adskiller sig fra sine patienter, hvad angår graden af deaktivering og hyperaktivering, hvilket antyder, at utrygge terapeuter, ved at mobilisere en modsat strategi end deres patient, kan have lige så gode forudsætninger som fri-autonome terapeuter. Studiet af Tyrrell og kolleger (1999) uddyber det fordelagtige ved sammensætningen, idet de har fundet, at mindre deaktiverende behandlere former stærkere alliancer med mere deaktiverende patienter, mens mere deaktiverende behandlere skaber svagere alliancer med mere deaktiverende patienter. Denne ulige konstellation har vist sig at resultere i det bedste behandlingsudfald og den bedste alliance, da terapeuten bedre formår at udfordre patientens karakteristiske interpersonelle stil samt regulering af affekter og ubehag (Daniel, 2006, p. 978; Diamond et al., 2003, p. 133; Meyer & Pilkonis, 2002, p. 376; Slade, 2008, p. 767). Ud fra vores hidtidige viden om, at patienters arbejdsmodeller bør afkræftes og modificeres, giver det fin mening, at en kontrær tilknytning samt interventionsstrategi fremmer fleksibilitet og forandring. Det virker plausibelt, at en sådan type intervention forekommer lettere for en terapeut, der ikke oplever tilknytningsmæssige vanskeligheder lig patientens, hvilket uundgåeligt højner den fordelagtige distance.

7.1.2.1 En diskussion af forskellige patient-terapeut konstellationer

Dozier og kolleger (1994) fremhæver, at fri-autonome terapeuter til eksempel er bedre til at opfange og reagere på afvisende patienters afhængighedsbehov og mindre sårbare over for intens modoverføring grundet deres relativt robuste selvforfølelse. Derimod kan utrygge terapeuter blive så u hensigtsmæssigt involveret i patienter, at de reagerer på deres åbenlyse frem for bagvedliggende behov og dermed fx indgår i en følelsesbetonet, dyb samtale med hyperaktiverende patienter, der ikke tilgodeser deres behov for bl.a. styrkelse af autonomifølelse (Fonagy, 2006, p. 165; Holmes, 2000, p. 165). Wallin (2007, p. 216, p. 218, p. 232f) uddyber fremførte vanskeligheder ved utrygge terapeuters alliancedannelse, idet han hævder, at afvisende terapeuter i samspil med afvisende patienter let kan blive kolde, distancerede eller kontrollerende. Overvældede terapeuter med samme patientgruppe kan opleve det som umuligt ikke at vise, hvor sårede og ramte de føler sig, eller de kan flygte ind i vrede. Til ek-

sempel kan nævnes undergruppen devaluerende afvisende patienter, der kan forventes at vække en tilsvarende devaluerende og vred modoverføring hos den afvisende terapeut, hvor den overvældede terapeut føler sig sårbar og udsat og følgelig responderer, som om patientens devaluering retfærdiggøres af terapeutens egen utilstrækkelighed. I mødet med en overvældet patient, mener Wallin derimod, at afvisende terapeuter kan opleve vanskeligheder grundet deres markant modsatte relateringsstrategi, hvor deres frygt for følelser og nærhed kan udløse ubehag over patientens intense affekter og trang til sammensmeltning. Herimod kan overvældede terapeuter have lettere ved at føle empati med en overvældet patient grundet overlappende strategier, om end terapeutens egen frygt for afvisning og forladthed paradoksalt nok gør det vanskeligt at udvise andet end empati. Hvorledes afvisende og overvældede terapeuter kan forventes at agere sammen med en uforløst patient fremgår desværre ikke ved kildesøgning. Vi tænker umiddelbart, at afvisende terapeuter kan føle ubehag som modtager af patientens dissocierede materiale og ønske at beskytte sig og holde distance, hvilket kan problematisere målet om at agere sikker base og direkte italesætte de traumatiske oplevelser. Herimod antager vi, at overvældede terapeuters tendens til sammensmeltning og manglende følelsesregulering kan være hindrende for patientens gennearbejdning af traumet, og at disse tendenser kan opleves som en form for overgreb for patienten. Hvad angår fri-autonome patienter, tænker vi, at utrygge og uforløste terapeuter kan få en følelse af jalousi eller vanskeligheder med empati grundet en indbyrdes sammenligning af vanskeligheders omfang. Vi mener hermed ikke, at alle terapeuter, der kan karakteriseres som utrygge eller uforløste, vil opleve de fremstillede scenarier, da tendensen til afvisning fx må forventes at variere indenfor afvisende terapeuter; blot kan det være hensigtsmæssigt at være opmærksom på egen tilknytningsstil, så risikoen herfor anerkendes og kan bearbejdes.

Endelig vil vi inddrage Holmes (1997a, p. 159, p. 168f), da han præsenterer den spændende pointe, at matchet mellem patienten og terapeutens tilknytningsmønster og den forventelige afslutning ofte er negligeret. Han mener, at afslutning af terapien kan finde sted for tidligt eller for sent. For at imødegå denne problematik kræves, at terapeuten er opmærksom på bevæggrunden for at tilendebringe terapien: er dette udtryk for en parathed som det næste led i den terapeutiske proces eller et overførings-modoverføringsforhold? Holmes er således opmærksom på, at terapiens afslutning reflekterer forholdet mellem patientens ubevidste konflikter, der driver dennes

behov for afslutning eller vedblivelse i terapien, og opsnapningen og udlevelsen af terapeutens. Ydermere kan terapeutens handling bero på patientens projektion af ønsket om at stoppe eller blive. På baggrund af viden om mønstrene og Rackers differentiering mellem komplementære og konkordante modoverføringer, konstruerer Holmes nogle hyppige udfalds-muligheder. Han mener således, at et forløb formentlig afsluttes for tidligt med en afvisende patient og en terapeut, der betoner struktur på bekostning af empatisk afstemning. Derimod antager han, at forløb afvikles for sent med en overvældet patient samt en terapeut, der evner at udvise empati men ikke indbefatte struktur. Som fremhævet består sammensætningens værdi således i, at terapeuten primært formår at møde en overvældet patient med struktur og en afvisende patient med empatisk afstemning: således er der ikke tale om vidt forskellige interventionsstrategier, men mere et spørgsmål om vægtning.

7.2 Skæringspunkter med psykoanalytiske teoridannelser

Vores fundament, forståelses- og analyseredskab i specialet udgøres af tilknytningsteorien ud fra en forventning om og anerkendelse af dens anvendelighed. Vi er gennem behandlingen blevet opmærksomme på, at denne tilgang har skæringspunkter med forudgående og samtidige psykologiske teorier og finder det informativt og spændende at undersøge, hvori disse punkter nærmere består.

Forståelsen af relationers essentielle betydning for personlighedsdannelsen og måden at agere på var ikke givet ved psykologiens begyndelse. Den psykoanalytiske teori med Freud havde som bekendt oprindeligt de intrapsyriske processer som fokus, hvor inddragelsen af relationelle aspekter først kom til senere. Vægtningen af relationens betydning for dannelsen af indre repræsentationer af selv og andre, samt tilbøjeligheden til at anskue nye oplevelser ud fra tidligere erfaringer, blev fremført af den tilkomne objektrelationsteori⁶⁵. Således arbejdes inden for denne tradition med overføringer af et objektrelationsforhold (Jacobsen & Kjølbjerg, 2009, p. 37f, p. 44f, p. 47). Vi mener, at tilknytningsteoriens videreførelse af denne forståelse af såvel reelle som oplevede aspekter ved relationer, i form af arbejdsmodeller, er givtig, idet de er at betragte som konstrueret på grundlag af barnets reale samspil, som med tiden er blevet stabile og determinerende for personens relationelle adfærd. Sandler er inde på

⁶⁵Med udgangspunkt i Fonagys bemærkning (2006, p. 102f), om den kleinianske psykoanalytiske teoris vægtning af fantasier og aggression samt ligegyldighed over for reale oplevelser, medtænkes den ikke her.

noget tilsvarende, idet han taler om, at samspillet mellem to personer er baseret på, at den enes indvirkning på den anden resulterer i fremkaldelsen af bestemte roller i sinde hos den påvirkede. På denne vis kan barndomsrelationer genudspilles afhængig af den andens *rollelydhørhed*. Sandler opererer desuden med eksistensen af en medfødt bestræbelse efter en baggrund af sikkerhed som motiv bag spædbarnets adfærd, hvilket synes analogt til tilknytningsteoriens vægtning af en medfødt tilbøjelighed til tilknytning samt behov for fornemmelsen af en sikker base (Fonagy, 2006, pp. 90-92).

Blandt øvrige spændende berøringspunkter kan nævnes, at Bowlbys begreb tilknytning korresponderer med begreber fra hans psykoanalytiske rødder⁶⁶, teoretikere indenfor den uafhængige skole. Således anvender Balint (1952) *primær kærlighed* som dækkende over det primære forhold til omgivelserne samt en længsel og aktiv stræben efter at blive elsket og kunne elske. Ligeledes opererer Fairbairn (1952) med begrebet *objektsøgen*, der henviser til, at individet stræber efter en ønsket relation for relationens frem for driftstilfredsstillelsens skyld. Desuden bemærker vi, at Winnicott synes på linje med tilknytningsteorien, idet han med sit begreb *holding* vægter objektets afgørende betydning for en sund udvikling, og at moderens adækvate respondering fører til barnets jegstyrke. Anerkendelsen af objektets vigtighed kommer ligeledes til udtryk gennem hans beskrivelse af *overgangsobjektet*. Winnicott anerkender dog, i modsætning til Bowlby, at drifter og objektrelationer er nært forbundne (Balint, 1994, p. 72, p. 145f; Fonagy, 2006, pp. 105-108, p. 116; Olsen, 2002a, p. 432; Winnicott, 1971, p. 15). Ydermere bringer den sikre tilknytning associationer til psykolog Erik Eriksons (1902-1994) begreb om *grundlæggende tillid*, hvor barnet har tillid til moderens tilbagekomst og modtager og anerkender, hvad det får fra hende. Herimod er mistillidsformerne at sammenstille med de usikkert tilknyttedes måde at agere på. Den ambivalente har svært ved at anerkende trøst og omsorg, og den undgående finder det problematisk at tage imod selvsamme. Disse overensstemmelser kan bero på, at Erikson og Bowlby studerede de samme adfærdsfænomener, det gensidige forhold mellem spædbarn og omsorgsgiver, om end fra hver sit teoretiske perspektiv (Fonagy, 2006, p. 71f, p. 195; Mortensen, p. 225). Hertil kommer, at psyko-

⁶⁶Om end han følte, at han gik videre end dem ved at fundere sin teori på et biologisk og evolutionært grundlag (Fonagy, 2006, p. 107).

analytiker Anna Freuds (1895-1982)⁶⁷ oprindelige arbejde med forsvar peger på, at tilknytningsmønstre kan anskues som forsvarsmekanismer, vanemæssige relationsmåder iværksat for at håndtere omsorgsgiveres uhensigtsmæssige adfærd over for barnet med henblik på at mindske angst og maksimere tilpasning ift. samspillet. Børnepsykiater og psykoanalytiker Magaret Mahler (1897-1985) nærmer sig tillige tilknytningsmønstrenes eksistens, idet hun med sit begreb *ambitendens* benævner observationen af adfærd hos børn, der følger deres mor som en skygge kombineret med enten at løbe væk fra eller klynge sig til hende samtidig med forsøg på at skubbe hende væk. Hun forklarer fænomenet ud fra tilstedeværelsen af et ønske hos barnet om at blive genforenet med kærlighedsobjektet samtidig med en angst for at blive opslugt af det (Fonagy, 2006, p. 80f, p. 84).

Fænomenet en sikker base synes ligeledes at have en parallel til begrebet arbejdsalliance, der jo netop bygger på et positivt emotionelt forhold præget af tillid. Indeholdt heri at patienten har tiltro til terapeuten, som en der kan hjælpe. Relateret til terapien er tilhængere af den uafhængige skole opmærksomme på, at terapeuten må fungere som et nyt objekt, der kan internaliseres som støtte for mangelfulde intrapsykeiske strukturer (Gabbard, 2005, p. 42; Holmes, 1997b, p. 246). Dette går igen i tilknytningsteoriens tanke om, at terapeuten bør fungere som en sikker base, der kan internaliseres og dermed tages med fremadrettet efter terapiens ophør.

Som det fremgår, er der væsentlige overlap mellem objektrelationsteori og tilknytningsteori, hvilket Bowlby anerkender. Men der forefindes indbyrdes forskelle af betydning for terapien. Således ses patientens konflikter, ud fra et tilknytningsperspektiv, som omhandlende en konflikt mellem egne behov og forventninger til andre, hvor objektrelationsteori if. Fairbairn har fokus på konflikten mellem ens behov og egne afvisninger og foragt herfor, hvilket beror på idéen om, at man internaliserer omsorgsgivers attituder og adfærd som del af en selv. Således er det ikke blot et spørgsmål om at føle sig uværdig og uelskelig, fordi man er blevet afvist af ens omsorgsgiver, men også et spørgsmål om, at man har internaliseret disse oplevelser og har foragt tilovers for egne tilknytningsbehov. Eagle ser det givtige i, at man i fremtiden vil forsøge at integrere de to teorier (2006, p. 1095).

⁶⁷Har erklæret sig som klar modstander af tilknytningsteorien, men i sine observationer og redegørelser af krigsbørns adskillelse fra omsorgsgivere, kommer hun pudsigt nok til at beskrive tilknytningsadfærd (Fonagy, 2006, p. 196).

7.2.1 At indfange patientens adfærd via en fleksibel brug af begreber

Ud fra vores ønske om at forstå patienters tilknytningsbehov i klinisk praksis og hjælpe dem bedst muligt, finder vi det spændende, at vi kan kombinere viden om tilknytning med andre tilrådeværende begreber, der udsiger sig om patienters funktionsniveau, og hvad de følgelig har brug for. Således er vi tillige interesserede i at drage paralleller til Kleins begreber om *paranoid-skizoid position* (bange for at blive skadet af andre) og *depressiv position* (bange for at skade andre - skyld - ønsker at reparere). Positionerne kan anses som oplevelsesmodi, måder hvorpå vi genererer oplevelser og relaterer os til selv og andre, og gør sig gældende livet igennem (Gabbard, 2005, p. 40; Jacobsen & Kjølbye, 2009, p. 50f). Vi ser på linje med Fonagy og Holmes en mulig overlapning mellem beskrivelsen af disse positioner og tilknytningsteoriens skelnen mellem sikker og usikker tilknytning. Den depressive position indebærer, at omsorgsgiver betragtes som et helt objekt, der således både besidder gode og onde aspekter. Den fri-autonome formår netop at integrere disse dele samt at balancere mellem at elske og hade omsorgsfiguren foruden at acceptere dennes ufuldkommenhed, hvorfor en parallel mellem den depressive position og fri-autonom tilknytning synes reel. Anerkendelse af egen andel i interaktionen med omsorgsgiver er desuden til stede, og personen i den depressive position kan indbefatte en forståelse af omsorgsgiver som et tænkende og følede væsen, hvilket stemmer overens med tidligere nævnte pointe om, at tilknytningstryghed er relateret til kapaciteten til fleksiv funktion. Hertil kommer, at den, der har nået den depressive position, formår at knytte sig til en anden og løsrive sig fra vedkommende med adækvat frihed og fleksibilitet foruden at tåle tab, aspekter der alle er forbundet med en tryk selvfor-nemmelse. Herimod præges den usikres indre og fremstilling af narrativer af en form for splitting, således at nogen idealiseres og tildeles al godhed, hvorimod andre tilskrives ubehagelige og smertefulde aspekter og anses som forfølgere. Disse tilskrivninger kan fremstå modstridende, således som det er gennemgået i de tidligere afsnit, foruden at de usikres problemer med nærhed giver sig udslag i spaltninger af selvet⁶⁸. Overordnet ses således en pendant til den paranoide-skizoide position (Fonagy, 2006, p. 96f, p. 156f, p. 196f; Holmes, 2000, p. 165f).

⁶⁸For den overvældedes vedkommende som nævnt i form af opgivelsen af autonomi og aggression, hvilket medfører et klyngende falsk selv, hvorimod den afvisende åbenlyst klynger sig til sig selv (Fonagy, 2006, p. 157).

Vi finder desuden en sammenligning mulig mellem Balints beskrivelse af to forsvarsstrategier, benævnt *oknofili* og *filobatisme*, ift. at håndtere angst, og henholdsvis det overvældede og afvisende mønster. Således beskriver filobatisme barnet, der søger afstand til andre og frygter intimitet. Det overbesætter egne jeg-funktioner resulterende i færdigheder, der gør vedkommende i stand til at klare sig selv med ingen eller ringe hjælp fra dets objekter. Oknofili henviser derimod til barnet, der klynger sig til andre, introjicerer dem og frygter adskillelse, da det ellers føler sig utryk og fortabt. Følgelig kan det siges at overbesætte sine objektrelationer. Endelig kan en psykoanalytisk tilgang, med beskrivelsen af den projektive identifikationsproces, ligeledes tjene til at udvide vores forståelse, idet vi er opmærksomme på, at desorganiseret tilknytning, som udtrykt ved kontrollerende adfærd, kan forstås som barnets eksternalisering af internaliserede forvirrende og fjendtlige billeder af omsorgsfiguren, som det ikke magter at integrere. For at skabe en fornemmelse af et sammenhængende selv er barnet nødsaget til at skille sig af med de fremmede aspekter af selvet, som det ikke kan assimilere. Ved at være kontrollerende i adfærden over for omsorgsfiguren, sikres opfattelsen af, at de fremmede dele er i det ydre (Balint, 1994, p. 75; Fonagy, 2006, p. 198f; Holmes, 2003, p. 85, 2000, p. 165; Weiner, 2003, p. 93).

7.3 Hvordan kan tilknytningsteorien bidrage til terapien?

Foruden påvisningen af vakte associationer til andre teoretiske formuleringer, ønsker vi her at eksplicitere de fordele tilknytningsteorien tillige besidder ift. klinisk praksis. Disse mener vi er berigende for os at kende til og anvende i praksis, ligesom de med fordel kan integreres i psykoanalytisk teori.

7.3.1 Integration af konfronterende og støttende interventioner

For os er det blevet evident, at en tilknytningsteoretisk tilgang til terapi afspejler vægtningen af de overordnede interventionsholdninger, støttende og tolkende, som med den norske psykolog Bjørn Killingmo (f. 1927) særligt er blevet omdiskuteret og ekspliciteret⁶⁹. Da de er så essentielle i psykologien, ønsker vi at afdække, hvordan vi kan gribe disse to holdninger an med et tilknytningsteoretisk perspektiv.

⁶⁹Killingmo tiltænkte oprindeligt konfrontation og støtte til henholdsvis niveauerne konflikt og deficit. Vi er som nævnt opmærksomme på, at visse funktionsmåder har særlig gavn af en fremhævelse af den ene frem for den anden tilgang.

I de gennemgåede tilknytningsteoretiske interventioner fremgår det, at de formår at benytte begge holdninger, hvorved dikotomien mellem de to poler opløses (Eagle, 1997, p. 226). Indeholdt heri er diskussionen om, hvad der er forandringsberigende, om det er indsigt gennem tolkning, eller om en korrektiv emotionel oplevelse gennem empatisk og støttende respons fra terapeuten tillige besidder forandringspotentiale. Vi finder, at de tilknytningsteoretiske principper vægter begge dele, om end de advokerer for en bestemt rækkefølge. Således anses etableringen af en sikker base som forudsætningen for efterfølgende udfordringer og tolkninger (Holmes, 2003, p. 100; Sable, 2000, p. 83f, p. 112): *"... unless a therapist can enable his patient to feel some measure of security, therapy cannot even begin."* (Bowlby, 1993, p. 140). Holmes (2010, p. 42) uddyber med, at uden fornemmelsen af terapeuten som en sikker base, kan selv præcise tolkninger ikke finde vej til patienten og give ny indsigt. Ved at tilbyde patienten en accepterende og rummende relation, får vedkommende oplevelsen af at få imødekommet sine tidligere fornægtede behov, hvilket bringer en revidering af hidtidig adfærd, strategier og selv billede med sig. Hertil kommer vigtigheden af et mere eksplicit arbejde i forbindelse med trusler mod relationen, fx brud, præmatur afslutning grundet oplevelsen af en skræmmende tilknytning samt negativ overføring. Tilknytningsteoriens fokus på terapeuten som sensitivt respondende åbner op for en frihed til at vælge den intervention, der passer i et givent øjeblik, til tider på en meget støttende facon og til andre tider på en mere konfronterende måde. Relateret til sidstnævnte vægtes tillige opmuntring af en fælles udforskning samt styrkelse af patientens evne til selvrefleksion. Ligeledes bør det bemærkes, at tolkningers terapeutiske effekt ikke blot beror på den øgede indsigt, men snarere på deres potentiale til at få modtageren til at føle sig forstået og fornemme terapeutens affektive resonans (Eagle, 2003, p. 46f; Harris, 2003, p. 81; Pines & Marrone, 2003, p. 45; Sable, 2000, p. 83f).

Vi anser det som konstruktivt, at tilknytningsinspireret terapi giver plads til begge poler og dermed muliggør en fleksibel tilgang i terapien, der givetvis øger patientens udbytte, idet terapeuten i højere grad kan tilpasse interventioner til den enkelte. Tilknytningsteoriens identificering af tilknytningsmønstre er et væsentlig redskab til at opnå denne tilpasning, da den terapeutiske relation og vigtigheden af selvudforskning varierer afhængig af, hvilket mønster der primært gør sig gældende. Således har den afvisende patient øjensynligt ikke gavn af tolkninger omhandlende tilknytningsrela-

terede følelser og oplevelser forinden, at de er bragt i kontakt med disse⁷⁰ (Eagle, 1997, p. 226).

7.3.2 Det relationelle udtrykt ved arbejdsmodeller og sikker base

Tilknytningsteorien giver et vigtigt teoretisk grundlag for at forstå koblingen mellem kvaliteten af arbejdsalliancen og et givtigt terapiudbytte (jf. 4.2). Relationen som et centralt fokus for det terapeutiske arbejde, hvor misforståelser og andre forstyrrelser tages hånd om, er for os en spændende og givtig interventionsmåde (Holmes, 1997b, p. 246). Relationens potentiale som forandringsberigende synes i god tråd med Balints pointering af nye oplevelsers vigtighed i terapien. Kun ved terapeutisk regression til grundbristens⁷¹ niveau muliggøres en ny start (Weiner, 2003, p. 103). I forbindelse hermed finder vi, at anerkendelsen af et fænomen som arbejdsmodeller giver terapeuten en forståelse af patientens tidligere oplevelser og affødte forventninger, og hvordan interaktionen imellem terapeut og patient kan forstås. Hermed er tilknytningsteorien på linje med andre teoretiske retninger, såsom den uafhængige skole og selvpsykologien, der vægter overføring som udtryk for et internaliseret samspilmønster, og den bidrager dermed til at fastslå, at patientens måde at relatere sig til terapeuten på afspejler et tidligere relationsmønster (Gabbard, 2005, p. 58). Vi har selv erfaret vigtigheden af at anerkende sådanne internaliseringer for at forstå den nuværende relation med vores klienter. Ved at være opmærksom på, hvorledes patientens modeller tager sig ud og agere på en ny måde, der tilkendegiver tilgængelighed og bekymring for patienten, kan denne opnå at se terapeuten som et nyt objekt. Holmes (2003, p. 114f) er desuden inde på, at den korrektive emotionelle oplevelses effekt kan bero i terapeutens udvisning af elementer, der hører en tryk tilknytning til, herunder afstemning, spejling, håndtering af protest, lydhørhed m.fl. Relateret hertil er tilknytningsteoriens vægtning af tilvejebringelsen af en sikker base, der kan internaliseres, en interessant tilføjelse til eksisterende interventionsbud og en måde at integrere relationens betydning i terapien såvel som udenfor. Det giver for os mening, at der

⁷⁰ Anerkendelsen af en terapeutisk integration af både tolkning og konfrontation samt støtte og relationens betydning synes meget udbredt på tværs af teoretiske retninger, om end vores indtryk er, at megen litteratur fremstiller vægtningen vældig polariseret. Således præsenteres Kernbergs formuleringer forholdsvist ensidigt med henblik på konfrontation og tolkning, selvom han naturligvis også medtænker vigtigheden af støtte (Gabbard, 2005, p. 75).

⁷¹ Balint opdagede et fællestræk ved sine patienter: at de syntes at mangle noget. Dette forhold benævnes grundbristen og skyldes if. ham moderens manglende respons på barnets grundlæggende behov (ibid., p. 41).

må være en vis form for tillid til og positiv opfattelse af terapeuten som støttende og opmuntrende, før selvudforskning kan finde sted (Bowlby, 2000, p. 154; Eagle, 2003, p. 27). Indbefattet i fornemmelsen af en sikker base er oplevelsen af at blive repræsenteret i en andens sind og føle dennes forståelse. Disse tanker er inspirerende, idet de på en empatisk måde indbefatter menneskets behov for andre, og den enorme indflydelse de har for dennes selvfølelse og adfærd. Denne viden gør dynamikker i terapien mere meningsfulde, idet fx patientens behov for forståelse og accept som nævnt kan udspille sig i form af en fjælsom adfærd hos patienten (ibid., p. 38, p. 41; Jacobsen & Kjølbjerg, 2009, p. 37).

Vi ser overordnet det givtige i at medtænke, at en øget fornemmelse af en andens tilgængelighed faciliterer patientens kapacitet til selvudforskning. Dette medfører en lempelse af billedet af terapeuten som neutral og uden andel i interaktionen, hvilket vi har behandlet i forrige afsnit. Følgelig anerkender vi tilknytningsteoriens potentiale til at hjælpe med at skabe mening i den gensidige indflydelse, patienter og terapeuter har på hinanden og tjene til at guide terapeuten i dennes interventioner og fokus i terapien (Eagle, 1997, p. 226; Wallin, 2007, p. 169).

7.3.3 Tilknytningsstil som interventionsvejledende

Gennem arbejdet med at forstå og anvende tilknytningsteorien er det blevet evident for os, at det er meningsløst ikke at medtage tilknytningsaspekter i det terapeutiske arbejde, idet disse spiller en afgørende rolle for personlighedsudviklingen, tilgangen til andre, perception og adfærd generelt. Dermed tænker vi, at det er essentielt at medtænke tilknytningens betydning i terapien i opmærksomheden på arbejdsalliancen og overføringsforholdet. Vi vurderer, at vores udgangspunkt: ”kan viden om patientens tilknytningsmønster guide terapeuten valg af interventioner?” i høj grad er sand, og at tilknytningsstilen i sig selv er interventionsbehøvende, uagtet om patienten besidder andre væsentlige karakteristika. Således er træk, der godtgør en diagnose, ikke at betragte som eneste grundlag for, hvordan behandlingen bør udformes.

Et gennemgående tema, som tilknytningsteorien påkalder terapeutens opmærksomhed på, er angsten for separation, at miste eller blive afvist. Således kan terapien betragtes som udspillelsen af tilknytning og separation samt opnåelsen af en god balance mellem autonomi og intimitet (Holmes, 1997b, p. 240). I forsøget på at forstå patientens reaktioner i terapien kan det være givtigt at betragte dem som en måde at

opnå tryghed på samt forholde sig til angsten for separation, hvilket afhænger af patientens tilknytningsstil. I forbindelse med praksis har vi til eksempel oplevet, at en klient glemte at komme til de næstsidste sessioner efter et ellers stabilt forløb, hvilket gav mening ud fra vedkommendes forhistorie, der i høj grad bar præg af angst for at miste eller blive afvist. Således var en strategi at tilbagetrække interessen for den person, vedkommende stod i fare for at blive separeret fra. Ydermere kan en patients tilbagefald forklares ud fra tanken om, at bedring forbindes med separation fra terapeuten, der forhåbentlig er blevet opfattet som en sikker base, hvorfor fremgang sættes overens med at miste den sikre base.

I terapien er man ligeledes opmærksom på modstand, som traditionelt forstås som et behov for at holde noget ude fra bevidstheden; årsagen er udelukkende intrapsykisk. Ud fra et tilknytningsteoretisk perspektiv har modstand tillige interpersonel mening. Således kan patientens sene ankomst til en session ansues som en reaktion på terapeuten manglende afstemning til denne. Ved at være opmærksom på, hvad terapeuten selv kan have gjort, der har bidraget til patientens modstandsprægede handling, kan nye interventionsmuligheder opstå. Fx kan denne tilgang indgyde patienten mod til at udforske, hvad der har vakt hans modstand (Wallin, 2007, p. 179). Overordnet kan patientens reaktioner i terapien givetvis have hold i behovet for at opretholde en fornemmelse af en sikker base, uanset om denne er uhensigtsmæssig. Fx kan den overvældedes fornemmelse af en sikker base, som indebærende opgivelsen af autonomi og dermed benægtelse af selvaspekter, komme til udtryk som modstand mod at forholde sig til egne kapaciteter. Således kan sikker base begrebet give modstand et nyt skær; når noget bliver utrygt, vil patienten gøre, hvad han kan for at fastholde fornemmelsen af en sikker base. I terapien med den afvisende kan det, der umiddelbart ses som modstand mod at indgå i en dialog med terapeuten, også være udtryk for frygt for at komme i kontakt med tilknytningsrelaterede følelser og oplevelser foruden angst for at knytte sig til terapeuten. Vi finder, at den tilknytningsteoretiske indfaldsvinkel anlægger et empatisk syn på patienten, hvis adfærd gives mening, ikke blot som intrapsykeiske konstruktioner men tillige på baggrund af tilpasninger til ugunstige betingelser for at imødegå medfødte behov for tilknytning og tryghed. Således er opmærksomheden på patientens arbejdsmodeller, som nogle der influerer tolkninger af verden og måden, hvorpå patienten indgår i relationer. Overordnet kan tilknytningsteorien bidrage med en sammenhængende teori om den tera-

peutiske relation, som primært domineret af patientens behov for at opnå en trykbase-figur (Holmes, 2003, p. 33).

7.4 Afrunding

Muligheden for at sammenstille de nævnte begreber peger på, at de fænomener, tilknytningsteorien beskriver, kan genkendes i begreber af forskellige teoretikere. Disse overlap er spændende, da de tilbyder alternative vinkler på de mekanismer, der kan forklare individuelle forskelle i tilknytningsmønstre. Derfor må vi som terapeuter kunne spænde fleksibelt over en stor mængde viden i praksis (Fonagy, 2006, p. 197f; Holmes, 2000, p. 165).

Endelig er det værd at bemærke, at konstruktioner af teorier altid er præget af samtiden. Bowlby (2001, p. 42) knytter selv nogle kritiske og velovervejede kommentarer til sin teori, idet han er opmærksom på, at tilrådeværende begreber i samtiden sætter sit præg på, hvad man kan konstruere. I forlængelse heraf opfordrer han til (2000, p. 31f), at man ikke stiller sig tilfreds med nuværende viden, men er opmærksom på forekomsten af aspekter, man på aktuelle tidspunkt er uvidende om. Teori er så at sige relativ, idet den er begrænset af, at der altid vil være forhold, der endnu ikke er indfanget, da man ikke har kendskab hertil. Følgelig kan der i fremtiden opstå muligheder for at anskue og klassificere mennesket på nye måder, der bør indplace-res i vores anvendte teori, på samme måde som Bowlby selv lod sig inspirere til at finde nye forståelsesrammer og underbygge dem empirisk. Med tanke herpå har vi fundet et essentielt supplement til Bowlbys terapeutiske opgaver hos Holmes m.fl., der advokerer for, at terapien indbefatter narrativt rettede interventioner, der har til formål at skabe sammenhæng og anskue begivenheder i et nyt lys. Denne narrative tilgang har været spændende og meget informativ både ift. at opnå viden om patienters personlighedsudvikling, som den er dannet i en tilknytningsmæssig kontekst, samt for mønsterspecifikke interventioner (Fonagy, 2006, p. 160f; Holmes, 2000, p. 167).

Vi finder ligeledes, at Fonagys videreførelse af en tilknytningsbaseret psykoanalytisk tilgang, i form af mentaliseringsbaseret terapi, er en givtig interventionsmåde, der yder endnu et vigtigt bidrag til Bowlbys oprindelige opgaver i terapien. Denne metode har vakt bred klinisk interesse og er netop med til at bringe tilknytningsteoretiske idéer ind i det 21. århundrede (Fonagy et al., 2008, p. 783). Overordnet kan det

narrative såvel som mentaliseringsorienterede fokus åbne op for nye måder at begribe patientens problematikker samt tjene til at afdække fremgang i terapien, noget der ellers kan være svært at måle.

7.5 Øvrige grænseflader

Gennem specialet har vores primære interesse for en almenmenneskelig forståelse og anvendelse af tilknytning i praksis domineret. Vi er dog løbende blevet opmærksomme på, at de enkelte tilknytningsmønstre sandsynligvis kan relateres til bestemte diagnoser og lidelser, hvilket har vakt vores nysgerrighed. Denne interesse underbygges af Daniels påstand om (2006, p. 972), at der er sket en øgning af studier, der peger på en forbindelse mellem usikre tilknytningsmønstre, psykologiske problemer og psykopatologi. Et sådant link kan være brugbart i praksis, da viden om patientens tilknytningsmønster kan kobles og give adgang til viden om vedkommendes sandsynlige lidelse og omvendt, hvilket troligt giver en bredere vifte af relevante interventionsmuligheder.

7.5.1 Det negative udfald af ugunstige vilkår: Tilknytning og patologi

Som det kan udledes af afsnit 3.2, har fri-autonome individer en række fordele over de utrygt tilknyttede i form af en beskyttelsesfaktor mod psykopatologi som følge af deres indre ressourcer forbundet med en række sundere personlighedstræk, så som socialitet, positiv selvfølelse og lavere angstniveau. Ydermere gør deres tillid til andre dem i stand til at søge omsorg og hjælp, når behovet opstår, ligesom emotionelt ubehag har tendens til at opleves relativt mildt og kortvarigt. Den modsatte tendens gør sig gældende for utrygt tilknyttede, der ofte vokser op med omsorgsgivere med ineffektive forældreevner. Børn er bedre rustede til at håndtere udefrakommende trusler og farer, mens de svigt, der stammer fra de personer, de samtidig søger tilknytning hos, har særdeles stor indvirkning på deres udvikling. Undersøgelsesresultater har påvist, at disse børn er tilbøjelige til humørsvingninger, dårlige relationer samt symptomer på depression, angst og aggression i ungdommen. Som voksne tenderer de til at indgå i relationer, der ikke er støttende og nemt påvirkes i en negativ retning (Broberg et al., 2008, p. 279; Egeland & Carlson, 2004, p. 31, p. 39; Fonagy, 2006, pp. 41-43, p. 58). Blatt og kolleger har fremsat den hypotese, at der forefindes en dialektik mellem to udviklingspres, henholdsvis behovene for en fornemmelse af

relatering og en fornemmelse af autonom identitet, og at det er manglen på balance, der kan medføre psykopatologi (ibid., p. 45).

Noget tyder således på, at personer med forskellige tilknytninger fra barnsben af er prædisponerede til at bevæge sig i forskellige udviklingsretninger, hvis de ikke formår at løsrive sig fra deres tilknytningsmæssige arv⁷² (jf. 6.7). Med inddragelse af Broberg og kolleger (2010, p. 255f), bliver det underbygget, at utrygt tilknyttede i højere grad figurerer i statistikken, når det gælder forekomsten af psykopatologi, men ligeledes at fri-autonomes beskyttelse ikke er at forveksle med immunitet. Således præsenterer de et studie af van Ijzendoorn og Bakermans-Kranenburg (1996), der viser, at kun 8% af patienter er fri-autonome (mod 56% i normalpopulationen), samt at hele 40% kan betegnes uforløste (mod 18% i normalpopulationen). Herudover viser det sig, at de to former for utryg tilknytning er væsentligt overrepræsenteret i de kliniske grupper, med 26% afvisende (mod 15% i normalpopulationen) og 25% overvældede (mod 10% i normalpopulationen). Selvom usikker tilknytning langt fra er synonym med psykopatologi, tyder forskning således på, at disse klassifikationer er associeret med en højere forekomst af mentale lidelser (Sable, 2000, p. 343). Som de angivne procenttal viser, er der meget, der taler for, at der hos uforløste eksisterer en særlig høj risiko for senere psykiske lidelser. Fonagy (2006, p. 40) fremfører ligefrem, at de øvrige tre mønstre, modsat uforløst tilknytning, ikke synes at have nogen stærk relation til senere grader af fejltilpasning. Denne påstand bakkes op af studier, der har fundet, at antallet af uforløste personer i visse risikogrupper er nået helt op på 80%. Fund har afsløret, at mønstret er forbundet med en større forekomst af udagerende adfærd, såsom aggressivitet, trods og manglende hensyn, der skaber problemer i omgivelserne. En sådan sammenhæng er søgt beskrevet ud fra disse personers dårlige evne til selvregulering, fx af negative følelser (Broberg et al., 2010, p. 139, p. 195f).

⁷² Som ved andre psykologiske forhold er der naturligvis ikke tale om en enkel årsagskæde fra et bestemt tilknytningsmønster til en bestemt psykisk lidelse. Når alt kommer til alt udvikler de færreste voksne med utryg tilknytning alvorlige psykiske lidelser. Vores interesse for at påvise en potentiel øget risiko beror snarere på en vished om, at anerkendelsen af muligheden herfor kan være behjælpelig i at forstå nogle patienter i et større udviklingsbillede (Broberg et al., 2010, p. 221, p. 255).

7.5.1.1 Utryg og uforløst tilknytning som forløber til patologisk udvikling?

Trods blandede forskningsfund, angående de mere specifikke udviklingslinjer hos utrygt tilknyttede, lader der til at være spændende tendenser i materialet, hvoraf vi her kun vil nævne få eksempler for illustrationens skyld. Af interesse for vores løbende behandling af patienters arbejdsmodeller er det generelt beskrevet, at foruden reelle tabsoplevelser kan megen psykopatologi netop forstås som et produkt af brugen af forældede, fastlåste eller konflikterende arbejdsmodeller (Mortensen, 2006, p. 220f; Sable, 2000, p. 77, p. 358). Fx er usikre personer ofte i besiddelse af arbejdsmodeller om sig selv, der er udtryk for en negativ tænkning om, at de ikke fortjener omsorg og kærlighed, hvilket minder om depressives tankegang. Man forudser således, at utryg tilknytning fremmer en tilbøjelighed til negativ tænkning og følelser af hjælpeløshed og håbløshed, der kan medvirke til udviklingen af depression. Tendensen forstærkes yderligere, hvis barnet har oplevet såvel tidligt tab af omsorgsgiver som afbrudt eller manglende omsorg. Fri-autonome er i højere grad beskyttet mod denne udvikling i kraft af deres bedre evne til metakognition, hvilket bl.a. indebærer, at de lærer at acceptere, rumme og tale om vanskelige følelser (Broberg et al., 2010, p. 216; Egeland & Carlson, 2004, p. 40; Holmes, 1993, p. 185). Endnu et eksempel på en mulig kobling ses i forbindelse med angstlidelser. Barnet med inkonsekvente omsorgsgivere udvikler en konstant vagtsomhed og ængstelse, der medfører, at tilknytningssystemet aktiveres for hurtigt med det resultat, at barnet fx klynger sig til den voksne og dermed hæmmes i sin udforskning. Denne konstante ængstelse kan brede sig til adskillige angstkilder og således disponere personen til udviklingen af en egentlig angstlidelse (Broberg et al., 2010, p. 211f; Egeland & Carlson, 2004, p. 38).

Groft skitseret tyder det på, at overvældede patienter har øget risiko for at udvikle agorafobi, depression, suicidal adfærd, borderline personlighedsforstyrrelse samt spiseforstyrrelser og gå under betegnelser som overafhængig, umoden og histrionisk. Herimod er afvisende patienter angiveligt særligt sårbare for depression, forstyrrede sorgprocesser, psykosomatiske symptomer, personlighedsforstyrrelser af tvangs-, skizoid- eller narcissistisk karakter samt alkoholmisbrug og suicidal adfærd i mødet med stressfyldte livsomstændigheder, hvilket bl.a. kan forstås som konsekvens af, at deres påståede tiltro til sig selv beror på et vaklende grundlag (Sable, 2000, p. 3, pp. 60-62, p. 70, p. 343).

Denne korte gennemgang afslører visse indbyrdes koblinger mellem tilknytning og psykopatologi, om end det samtidig står klart for os, at bestemte lidelser langt fra er forbeholdt bestemte tilknytningsmønstre. Dette forhold viser sig fx gældende i vores tidligere beskrivelse af, at borderline patienter oftest siges at tilhøre gruppen af overvældede *eller* uforløste patienter. Ligeledes anser vi det for nødvendigt at være opmærksom på den høje komorbiditet, der eksisterer for en række psykiske forstyrrelser, hvilket selvsagt vanskeliggør en enkel sammenhæng mellem et tilknytningsmønster og en given psykisk lidelse (Fonagy, 2006, p. 43f). Endelig er det interessant at medtænke Fonagy og kollegers tanke (1996, p. 29f) om, at det vigtigste ikke er at lave en direkte kobling mellem tilknytningsmønstrene og en specifik diagnose, da der ikke er tale om et simpelt forhold. Mennesket er for komplekst af natur, til at man kan udtale sig om kausalitet, hvorfor vi ikke kan gå ud fra, at tilknytningsklassifikationen er uafhængig af patientens øvrige symptombillede. Derfor kan tilknytningsstilen ikke alene betragtes som en generel risikofaktor for udviklingen af en bestemt lidelse. For at kunne fastslå den prædiktive værdi efterspørger de flere længdesnitsundersøgelser. Som primær opgave betoner de derimod vigtigheden af at sammenstykke personens tilknytningshistorie (Sable, 2000, p. 107). Vi er meget enige i denne betragtning, da vi tænker, at ovenstående viden mestendels kan anvendes som guideline i det praktiske arbejde, men bestemt ikke bør erstatte et mere helhedsorienteret syn på patienten, der medtænker dennes historie, opvækst, personlighed, temperament osv.

7.5.2 Hvordan kombineres viden om tilknytning med viden om diagnoser?

Hvis det forholder sig således, at en patient kan kendetegnes ved et bestemt tilknytningsmønster såvel som diagnose, bliver vi som snart praktiserende psykologer interesserede i at undersøge, med hvilket fokus vi i så fald mest hensigtsmæssigt kan intervenere. Er der tale om forenelige eller forskellige anvisninger, alt efter hvilket perspektiv vi anlægger i terapien? Vi vil ud fra vores hidtil præsenterede viden anskue svaret herpå som af integrerende karakter, idet vi finder det nødvendigt og givende at kombinere vores viden om de enkelte tilknytningsmønstre med andre aspekter af patientens livshistorie, som det psykopatologiske, da vi ikke finder det tilstrækkeligt at søge en forståelse af patienten udelukkende på baggrund af dele af dennes fremfærd eller funktion.

I den forbindelse falder vores tanker på Kernbergs (1981, p. 169f) strukturelle interview som endnu en måde at skabe sig indsigt i patienters funktionsniveau⁷³. Groft beskrevet plæderer Kernberg for, at terapeuten skal holde øje med patientens niveau af 1) identitetsintegration vs. identitetsdiffusion 2) konstellation af avancerede eller primitive forsvarsoperationer og 3) tilstedeværelsen eller fraværet af realitetstestning, for at kunne udsige sig om vedkommendes overordnede intrapsyriske organisering. Alt efter den pågældendes funktionsniveau skelner Kernberg mellem neurotisk, borderline og psykotisk organisering. Han postulerer, at de strukturelle kriterier kan supplere den ordinære beskrivelse af patienter og øge præcisionen af de enkelte diagnoser, hvilket vi er enige med ham i. Et af Kernbergs væsentlige bidrag er at anerkende vigtigheden af overføringstolkninger, hvormed han, med bl.a. fokus på patientens forsvar, søger at tolke i den nuværende relation mellem patient og terapeut med paralleller til patientens fortid (Gabbard, 2005, p. 75). Med tanke på Kernbergs relationelle fokus, vil vi postulere, at viden om patienters tilknytning på lignende vis kan supplere hans formuleringer omkring patientens virkemåde samt have interventions-tilrettende betydning. Hermed mener vi, at tilknytningsteorien har lært os, at det ikke er ligegyldigt, hvilken tilknytningsstil den diagnostiske patient har, og at denne stil kan være forståelsesberigende som en yderligere klassificering, der giver indblik i, hvornår og hvordan fx tolkning bør udføres. Fx har vi argumenteret for, at borderline forstyrrede ikke blot er borderline forstyrrede, men rent faktisk kan tilskrives to forskellige tilknytningsmønstre, henholdsvis overvældet og uforløst. Ved at inddrage viden om typiske karakteristika samt fordelagtige interventioner ved hver af disse tilknytninger antager vi, at vi bedre kan begribe, hvad der kan forventes ved de forskellige typer borderline, ligesom vi bedre kan vurdere, hvornår en borderline patient mere specifikt har brug for fx støtte og konfrontation. Som nævnt forestiller vi os, at både overvældede og uforløste borderline patienter har behov for en støttende og rummende terapeut såvel som en konfronterende og tolkende tilgang, men at varigheden, hyppigheden og måden at tolke på bør tage sig ud på forskellig vis. Denne forskel kan bl.a. bero på de forskellige behov hos de overvældede og uforløste, hvor

⁷³ Vi kunne her medtænke en række andre måder at forstå patienter på, men vælger Kernberg som eksempel, da vi har anvendt hans formuleringer i vores praktikforløb og har indtryk af, at hans skelnen mellem forskellige strukturelle niveauer er velanset og udbredt. Vi er opmærksomme på, at vores pladsmangel ikke yder Kernbergs omfattende arbejde fuld retfærdighed, men ikke desto mindre tager vi os den frihed blot at skitsere de af hans pointer, vi vurderer som mest brugbare til vores aktuelle brug.

overvældede mangler afgrænsning og selvautonomi, der angiveligt kan mødes med en mere fast hånd. Med tanke på vores klienterfaring overvejer vi, hvordan behovet hos en overvældet kan imødekommes. Fx har den ene af os oplevet en klient, der i sin barndom fik frataget egne valgmuligheder og som følge heraf opøvede en udpræget hjælpeløshed, der i terapien kom til udtryk ved et behov for hjælp til at tro på egne evner. Her erfarede terapeuten, at målrettede og direkte tolkninger kunne leveres, så længe de fandt sted i en empatisk og forstående atmosfære, hvorimod selvsamme tolkninger til tider faldt til jorden, hvis klienten ikke følte sig forstået eller var mistroisk og skeptisk indstillet. Nævnte eksempel udgør et muligt scenarie for leveringen af tolkninger hos en overvældet og skal ikke ses som et generaliserende billede. Da vi ikke har personlige erfaringer med uforløste borderline patienter, kan vi ikke udtale os om deres konkrete reaktioner på tolkninger, men grundet deres særlige sårbarhed overfor en evt. retraumatisering tænker vi, at terapeuten med fordel kan anvende mere indfølelse og påpasseligt leverede tolkninger efter en lang periode med grundig og empatisk afdækning samt italesættelse af det ubearbejdede. Hvis vi for illustrationens skyld holder fast i beskrivelsen af borderline, underbygges behovet for at medtænke patientens tilknytning, idet borderline betegnelsen ingenlunde kan siges at udgøre en enkel og entydig diagnose grundet mangeartede symptomer (Sable, 2000, p. 250). Når det er sagt, er vi samtidig opmærksomme på, at billedet tillige mudres af vores anerkendelse af, at tilknytningsklassifikationer heller ikke er entydige. I den forbindelse ønsker vi at påpege, at selvom borderline patienter hyppigt kan tilskrives en overvældet tilknytning, betyder det naturligvis ikke, at en anden overvældet person kan diagnosticeres som værende borderline (Eagle, 2006, p. 1092). Således anerkender vi Sables postulat (2000, p. 344): *"It is important to realize that there are variations within categories, and that classifications alone cannot be expected to define the complexity of human experience"*. Alligevel formoder vi, at indsigt i flere markører for patientens funktionsniveau højner vores evne til fleksibel interventionsudvælgelse.

7.6 Perspektivering: Resiliens – det positive udfald af ugunstige vilkår

Gennem specialet har vi fået øjnene op for, at der er børn, der klarer sig væsentligt bedre end deres opvækstvilkår umiddelbart synes at give mulighed for. Vi er interesserede i at inddrage dette perspektiv, da vi fascineres af, at sådanne børn, også kaldet

resiliensbørn, er i stand til at udvise en utrolig modstandskraft trods dårlige betingelser. Resiliens kan defineres som: *"the ability to adapt effectively in the face of threats to development"* (Berk, 2006, p. 10). Dette faktum vidner om de nævnte beskyttelsesfaktorer: at adgangen til at kunne dele tanker og følelser med og få støtte og omsorg fra en anden end omsorgsgiver(ne) kan fungere som en buffer over for stress og belastninger (Holmes, 1993, p. 181; Sable, 2000, p. 77). Et interessant billede på sammenhængen mellem belastninger og barnets modstandskraft gives af Broberg og kolleger (2008, p. 280f), der trækker en parallel til vaccinationer; små doser modgang, der kan håndteres af barnet, rustet det til større doser senere i livet. Resiliens beskrives således som en proces, men omtales desuden som et personlighedstræk, benævnt jeg-resiliens, som vi forstår som en evne hos personen. Det giver for os god mening, at der er et gensidigt samspil mellem ydre og indre ressourcer (Fonagy, 2006, p. 40; Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2008, p. 91). Det er spændende at indskyde, at det ikke udelukkende er barnets egentlige problematiske erfaringer, der medvirker til negative udfald, fx patologi, men ligeledes dets oplevelse af belastninger samt ressourcer. Personer, karakteriseret som fri-autonome, har ikke nødvendigvis oplevet en problemfri barndom, men har været i stand til nuanceret at vurdere og forholde sig til såvel problemer som egen mulighed for håndtering og mestring. Således har disse personer gerne lettere ved at opnå en forståelse af deres fortid, der gør dem bedre i stand til at reflektere over *både* positive og negative kvaliteter (Holmes, 1993, p. 182, p. 187). Kort fortalt: *"Life is not a matter of holding good cards, but of playing a poor hand well"* (R. L. Stevenson citeret i Werner & Smith, 2001, p. 1). Følgelig kan personer, der har fået en utilstrækkelig tilknytningsmæssig start, alligevel finde indre og ydre ressourcer til at klare sig bedre end forventet.

Det er således vores indtryk, at resiliens opstår i samspillet mellem modgang og beskyttende faktorer udgjort af personlighedstræk, herunder biologiske, psykologiske og sociale, samt ydre omstændigheder, omhandlende personens miljø og kontakt til støttende personer. Dermed kan der argumenteres for, at resiliens mestendels dannes i den påvirkelige barndom, men også potentielt kan skabes eller generhverves senere hen (Nissen, 2004, p. 68).

8 Konklusion

Specialet tager afsæt i en interesse for at undersøge, hvorledes tilknytningsteoretisk tænkning kan være behjælpelig i at identificere patienters tilknytningsmønstre i klinisk praksis, med særligt henblik på utrygge og uforløste patienter. Dermed er vores ønske at forstå deres reaktioner og adfærd i terapien, og i særdeleshed at kunne anvende denne viden i tilpasningen af terapeutiske interventioner til patienters unikke behov. Vores bestræbelse på at få stillet denne nysgerrighed udmundede i følgende problemformulering: *Hvordan kan vi ud fra tilegnelsen af en solid tilknytningsteoretisk forståelse identificere patientens primære tilknytningsmønstre og herudfra lade os guide i valget hensigtsmæssige interventionsstrategier?* For at nærme os en forståelse heraf fandt vi det nødvendigt og givtigt at danne os et overblik over, hvad teorien kan bidrage med til vores fokus, herunder dens kernebegreber: tilknytningsmønstre, arbejdsmodeller og forsvar samt forventelige udviklingsstier. Vi fandt herigenem, at de enkelte tilknytningsmønstre dannes som konsekvens af tilknytningsfigurers evne til at give omsorg og tryghed samt respondere adækvat. Mønstrene tenderer til at være ved og påvirker bl.a. evnen til socialitet, hvormed vi mener, at de har bestemte udtryksmåder i samspillet med andre. Disse udtryksmåder er konstitueringen af erfaringer og oplevelser af samspillet med omsorgsgiver, der har manifesteret sig i bestemte arbejdsmodeller, der influerer synet på selv og andre. Relateret hertil konstaterede vi, at de to usikre mønstre gør brug af henholdsvis deaktiverende og hyperaktiverende strategier for at maksimere fornemmelsen af tryghed under ugunstige forhold.

Denne grundlæggende viden muliggjorde vores udforskning af, at patientens tilknytningsmønster i høj grad påvirker essentielle elementer i terapien, som den terapeutiske alliance og overføring-modoverføringsdynamikker. Således fremgik det, at afvisende patienter fx har vanskeligt ved at indgå i følelsesmæssigt dybe interaktioner, ligesom de kan forekomme kolde og distancerede, hvilket har betydning for kvaliteten af arbejdsalliancen og kan vække terapeutens fornemmelse af at blive afvist og være alt for emotionel. Herimod er overvældede patienter meget klyngende, opmærksomheds- og omsorgskrævende i retning af et mor-barn forhold samt udtrykker et turbulent emotionelt indre, hvilket kan bevirke, at terapeuten føler sig overvældet af de mange følelser og har svært ved at bevare en reflekterende distance. Overordnet kan det således forventes, at utrygt tilknyttedes forsvarsstrategier generelt skævvrider

terapeuten i retning af kognitive interventioner med afvisende patienter og affektive med overvældede patienter. Hvad angår uforløste patienter er det blevet evident, at de har omfattende problemer, der lægger beslag på deres opmærksomhed, hvorfor de har svært ved at holde fokus, om end der har vist sig at eksistere begrænset viden om, hvordan disse patienter mere specifikt påvirker terapien og terapeuten.

Fremførte indsigt bibragte grundlaget for den efterfølgende udforskning af, hvordan tilknytningsmønstrene kan identificeres i den kliniske praksis. Til dette formål viste inddragelsen af tilknytningsinterviewet samt narrativ opmærksomhed sig særlig givtig. Vi fik øjnene op for, at fx huller i patientens fortælling røber noget om dennes mønster såvel som problematikker. Til eksempel er afvisendes narrativer kortfattede, uden emotioner samt præget af dåsesnak, klicheer, idealisering og normalisering. De overvældedes narrativer er kendetegnet ved at være usammenhængende og springende samt bære præg af uintegrerede billeder af positive og negative erindringer. Disse patienter synes indvævet i fortællinger om fortiden og har følgelig vanskeligt ved at holde fokus på terapeutens spørgsmål. Endelig bevirker uforløste patienters dissociale tendens, at deres fortælling er forvirrende og mangler logik og tidsperspektiv, ligesom de kan tale vældig indforstået. Foruden vigtigheden af at bemærke patientens narrative stil har det vist sig fordelagtigt at være opmærksom på, om patientens kropssprog underbygger eller modsiger det sagte. Ligeledes er opmærksomhed på, at terapeutens modoverføringsfølelser varierer afhængig af patientens tilknytning, nyttig i identificeringsprocessen. På linje hermed kan patientens manglende evne til mentalisering være en stærk indikator for, at personen er utrygt tilknyttet, om end en sammenstilling til de enkelte oplevelsesmodi mere er et spørgsmål om patientens generelle funktionsniveau end tilknytningsstil. Summarisk har vi erfaret adskillige træk, implicite såvel som eksplicite, der kan støtte terapeuten i at danne sig et helhedsbillede af patientens tilknytningshistorie og dominerende tilknytningsmønstre.

Med henblik på vores drivkraft i specialet, at kunne intervenere i overensstemmelse med patientens tilknytningsmønstre, har vi fundet Bowlbys fem terapeutiske opgaver gavnlige. Særlig interessant finder vi idéen om terapeuten som en sikker base og som støtte i at modificere patientens fastlåste arbejdsmodeller. I takt med vores øgede forståelse, af at interventionsmuligheder bør tilpasses de enkelte mønstre, er det åbenbart for os, at man ikke kan undlade at tænke tilknytningsaspekter ind i terapien. Mere specifikt har vi erfaret, at afvisende patienter særligt har brug for en em-

patisk terapeut for at føle sig set og forstået, foruden en konfronterende tilgang for at fornemme terapeuten som en særskilt person, der kan påvirke patienten og ligeledes blive påvirket af denne. I den forbindelse er det gavnligt, at terapeuten sætter ord på sin subjektive oplevelse af at være sammen med patienten, så denne kan få indblik i, hvordan han indvirker på andre. Generelt mangler patienterne hjælp til at opbryde deres narrativer for at åbne op for og komme i kontakt med tilhørende følelser og opnå et nyt perspektiv på generaliserede fremstillinger. Terapeuten kan således med fordel spørge ind til eksempler og uddybninger for at gøre historien levende og konkret. Herimod har overvældede patienter nytte af en empatisk og grænsesættende terapeut, der kan fremme en følelse af autonomi og tiltro til egne evner, samtidig med en oplevelse af terapeuten som en tilgængelig og støttende base, der opmuntrer til autentisk nærvær frem for at bekymre sig om, hvordan omsorg opnås og afvisning undgås. Hermed bliver en terapeutisk opgave at tilbyde en affektregulerende struktur. Ydermere bør terapeuten hjælpe patienten med at skabe sine historier med henblik på at danne et sammenhængende billede. Således er fokuserende, struktur- og formgivende bemærkninger yderst givtige foruden at fremme en iagttagende tilgang. For at styrke selvstændighed er det vigtigt at få patienten til at indgå aktivt i den fælles udforskning og historieskabelse. I terapien med uforløste patienter er det essentielt at danne en tryk relation som forudsætning og mål for terapien, da tryghedsoplevelser udfordrer patientens arbejdsmodeller, hvorved det bliver muligt at konfrontere patientens traume direkte. Derfor må terapeuten være påpasselig med ikke at indtage roller, der giver mindelser til de traumatiske oplevelser, hvilket vanskeliggøres af patientens forsvar, der lægger pres på terapeuten til at indgå i selvsamme roller. Det er væsentligt at hjælpe patienten med at genkalde sig samt italesætte de ubærlige oplevelser, hvorved denne på kontrolleret vis kan genopleve traumet uden at føle sig re-traumatiseret. Opsamlende anerkender vi det gavnlige i ovennævnte terapeutiske vejledninger og mener at kunne konkludere, at: *"Attachment theory offers a broad and far-reaching view of human functioning that has the potential to change the way clinicians think about and respond to their patients, and the way they understand the dynamics of the therapeutic relationship."* (Biringen, 1994, p. 577, citeret i Weiner, 2003, p. 93). Samtidig er vi blevet bekræftet i, at de beskrevne undergrupper indikerer, at hver tilknytningsklassifikation indbefatter en bred vifte af patienter, hvorfor de

vejledende interventionsstrategier bør ansues som et lovende udgangspunkt, snarere end en egentlig manual.

Som videre refleksion over vores problemformulering har vi fundet, at terapeutens evne til at tilbyde patienten en sikker base er forbundet med eget tilknytningsmønster, og at fokus på egen tilknytning kan mindske dennes potentielt uheldige indflydelse på relationen. Ydermere har vi udledt, at indbyrdes komplementære aktiveringsstrategier mellem terapeut og patient indvirker positivt på terapien, da terapeuten derved bedre formår at skabe den ønskelige distance og rette sine interventioner mod patientens bagvedliggende behov frem for åbenlyse ønske. Medtagelsen af associationer til beslægtede begreber har gjort det muligt at sætte vores tilknytningsteoretiske viden i en større kontekst. Vi har fx argumenteret for en overensstemmelse mellem Kleins begreber paranoid-skizoid og depressiv position og de utrygge og trygge tilknytningsmønstre, hvilket antyder værdien af en videnskombination i vores bestræbelse på at tilrettelægge de bedste terapiforløb. Af særlig relevans har vi tillige kunnet påpege tilknytningsteoriens bidrag til terapien, herunder vægtningen af det relationelle udtrykt gennem den sikre base og arbejdsmodeller samt tanken om, at tilknytningsmønstre er interventionsbehøvende uagtet patientens øvrige karakteristika og symptomer. Som følge heraf reflekterede vi over, hvordan vores påviste sammenstilling mellem psykopatologi og utryg og uforløst tilknytning kan begribes i en helhedsorienteret forståelse af patienten. Hertil fremførte vi, at Kernbergs strukturelle interview med fordel kan inddrage tænkning om patienters tilknytning, idet hans personlighedsorganiseringer spænder over et bredt udsnit af patienter, som bedre kan opdeles og indfanges med forståelse for øvrige af deres kendetegn. Endelig er vores nysgerrighed blevet vakt for at perspektivere til fænomenet resiliens, da vi finder det opmuntrende, at der ikke er et ensidigt forhold mellem ugunstige vilkår og udvikling af utryg eller uforløst tilknytning og i værste fald patologi.

I forhold til problemstillingen kan vi summarisk konkludere, at tilknytningsteorien besidder betydelig klinisk forklaringsværdi i forståelsen af patienter og udvælgelsen af hensigtsmæssige interventioner tilpasset den enkelte.

11 Referenceliste

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. (pp. 59-63, p. 315). – 6 sider.
- Ammaniti, M., Dazzi, N. & Muscetta, S. (2008). The AAI in a Clinical Context: Some Experiences and Illustrations. In H. Steele and M. Steele (Eds.), *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 236-269). New York: The Guilford Press. (pp. 237-239, p. 257f) – 5 sider.
- Atkinson, L. & Goldberg, S. (2004). Applications of Attachment: The Integration of Developmental and Clinical Traditions. In L. Atkinson and S. Goldberg (Eds.), *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (pp. 3-25). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum. (pp. 7-9) – 3 sider.
- *Balint, M. (1994). *Grundbristen: Terapeutiske aspekter af regression*. Ibsen, K. and Bonnevie, A. (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag, (pp. 71-75, p. 145f) – 7 sider.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse: En praktisk guide*. Nake, B. (Transl.). København: Akademisk Forlag. (p. 40f, p. 107) – 3 sider.**
- *Berk, L. E. (2006). *Child Development* (7. ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon. (p. 10) – 1 side.**
- Bernth, I. (2003). En etologisk tilgang til personlighedsudvikling – Bowlby-Ainsworths tilknytningsteori. *Psyke & Logos*, 24(2), (pp. 485-528). København: Psykologisk Forlag. – 44 sider.
- Blatt, S. J. & Levy, K. N. (2003). Attachment Theory, Psychoanalysis, Personality Development, and Psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), (pp. 102-150) – 48 sider.

Bleichmar, H. (2003). Attachment and intimacy in adult relationships. In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 382-405). London: Whurr. (pp. 392-396) – 5 sider.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), (pp. 252-260) – 9 sider.

Bouchard, M., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L., Schachter, A. & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), (pp. 47-66) – 20 sider.

**Bowlby, J. (2001). *En sikker base: Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*.
Nake, B. (Transl.). Frederiksberg: Det lille Forlag. (pp. 7-200) – 194 sider.**

Bowlby, J. (2000). *At knytte og bryde nære bånd: Tilknytning og tab, selvtillid og sorg*. Nake, B. (Transl.). Frederiksberg: Det lille Forlag. (pp. 7-183) – 177 sider.

Bowlby, J. (1998b). *Attachment and Loss, Volume 3: Loss: Sadness and Depression*. London: Pimlico. (p. 441f) – 2 sider.

Bowlby, J. (1998a). *Attachment and Loss, Volume 2: Separation: Anxiety and Anger*. London: Pimlico. (p. 11f; pp. 236-240) – 7 sider.

Bowlby, J. (1997). *Attachment and Loss, Volume 1: Attachment*. London: Pimlico. (pp. xi-xvi; p. 207f; pp. 336-338; p. 371) – 10 sider.

Bowlby, J. (1993). *A secure base: clinical application of attachment theory*. London: Routledge. (pp. 123-126; pp. 138-146) – 13 sider.

Bowlby, J. (1988). Developmental Psychiatry Comes of Age. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), (pp. 1-10) – 10 sider.

Bretherton, I. & Munholland, K. A. (1999). Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 89-111). New York: The Guilford Press. (pp. 89-94) – 6 sider.

Brisch, K. H. (2002). *Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy*. Kronenberg, K. (Transl.). New York: The Guilford Press. (pp. 7-53; p. 83) – 48 sider.

Broberg, A., Mothander, P. R., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2010). *Tilknytning i praksis: Tilknytningsteoriens anvendelse i forskning og klinisk arbejde*. Thornye, O. (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 135-141; pp. 172-179, p. 182f; pp. 195-197; pp. 204-207; p. 211f; p. 216; p. 221; pp. 224-227; p. 231f; pp. 255-257; p. 263; pp. 267-281; pp. 289-291; p. 301; pp. 337-342) – 63 sider.

Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Mothander, P. R. (2008). *Tilknytningsteori: Betydningen af nære følelsesmæssige relationer*. Thornye, O. (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 49-51; pp. 115-141; pp. 168-175; p. 187f; pp. 201-203; pp. 235-237; pp. 255-257; pp. 276-281) – 55 sider.

Collins, N. L., Guichard, A. C., Ford, M. B. & Feeney, B. C. (2004). Working Models of Attachment: New Developments and Emerging Themes. In W. S. Rholes and J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 196-239). New York: The Guilford Press. (pp. 196-205) – 10 sider.

Cortina, M. (2003). Defensive processes, emotions and internal working models: a perspective from attachment theory and contemporary models of the mind. In

M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 271-306). London: Whurr. (pp. 288-291) – 4 sider.

Cortina, M. & Marrone, M. (2003). Attachment theory, transference and the psychoanalytic process. In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 27-41). London: Whurr. – 15 sider.

Crowell, J. A., Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (1999). Measurement of Individual Differences in Adolescent and Adult Attachment. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 434-465). New York: The Guilford Press. (p. 453) – 1 side.

Daniel, S. I. F. (2009). The developmental roots of narrative expression in therapy: contributions from attachment theory and research. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), (pp. 301-316) – 16 sider.

Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(8), (pp. 968-984) – 17 sider.

Davila, J. & Levy, K. N. (2006). Introduction to the Special Section on Attachment Theory and Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), (pp. 989-993) – 5 sider.

Della Selva, P. C. (2001). *Intensiv dynamisk korttidsterapi – Teori og teknik*. Weltzer, C (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 237-239) – 3 sider.

Diamond, N. (2003). Attachment, trauma and the body. In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 409-429). London: Whurr. (p. 409) – 1 side.

Diamond, D., Clarkin, J. F., Stowall-McClough, K. C., Levy, K. N., Foelsch, P. A., Levine, H. & Yeomans, F. E. (2003). Patient-Therapist attachment: impact on the therapeutic process and outcome. In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 127-178). London: Whurr. (pp. 127-133) – 7 sider.

Diamond, D. & Blatt, S. J. (1994). Internal Working Models and the Representational World in Attachment and Psychoanalytic Theories. In M. B. Sperling and W. H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp. 72-97). New York: The Guilford Press. (pp. 78-85) – 8 sider.

Dozier, M & Bates, B. C. (2004). Attachment State of Mind and the Treatment Relationship. In L. Atkinson and S. Goldberg (Eds.), *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (pp. 167-180). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum. – 14 sider.

Dozier, M., Lomax, L., Tyrrell, C. L. & Lee, S. W. (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment & Human Development*, 3(1), (pp. 62-76) – 15 sider.

Dozier, M., & Tyrrell, C. (1998). The Role of Attachment in Therapeutic Relationships. In J. A. Simpson and W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 221-248). New York: The Guilford Press. – 28 sider.

Dozier, M. & Lee, S. W. (1995). Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology*, 7(1), (pp. 217-226). (p. 224f) – 2 sider.

Dozier, M. & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in Attachment Interviews: Converging Evidence for Deactivating Strategies. *Child Development*, 63(6), (pp. 1473-1480) – 8 sider.

- Eagle, M. N. (2006). Attachment, Psychotherapy, and Assessment: A Commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), (pp. 1086-1097) – 12 sider.
- Eagle, M. (2003). Clinical Implications of Attachment Theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), (pp. 27-53) – 27 sider.
- Eagle, M. (1997). Attachment and Psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 70(3), (pp. 217-229) – 13 sider.
- Farber, B. A. & Metzger, J. A. (2009). The Therapist as Secure Base. In J. H. Obegi and E. Berant (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 46-70). New York: The Guilford Press. – 25 sider.
- Fish, B. & Dudas, K. (1999). The relevance of attachment research for adult narratives told in psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 27(1), (pp. 27-40) – 14 sider.
- Fish, B. (1996). Clinical implications of attachment narratives. *Clinical Social Work Journal*, 24(3), (pp. 239-253) – 15 sider.
- Fonagy, P. Gergely, G. & Target, M. (2008). Psychoanalytic Constructs and Attachment Theory and Research. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2. ed.) (pp. 783-810). New York: The Guilford Press. – 27 sider.
- Fonagy, P. (2006). *Tilknytningsteori og psykoanalyse*. Nake, B. (Transl.). København: Akademisk Forlag. (pp. 9-58; pp. 70-72; p. 80f; p. 84f; pp. 90-92; p. 96f; p. 102f; pp. 105-108; p. 147; pp. 155-166; p. 171f; p. 177; pp. 195-199) – 86 sider.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), (pp. 679-700); (690-692) – 3 sider.

- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), (pp. 22-31) – 10 sider.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the Reflective Self, and Borderline States: The Predictive Specificity of the Adult Attachment Interview and Pathological Emotional Development. In S. Goldberg, R. Muir and J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (pp. 265-268) – 3 sider.
- Fraley, R. C., Davis, K. E. & Shaver, P. R. (1998). Dismissing-Avoidance and the Defensive Organization of Emotion, Cognition, and Behavior. In J.A. Simpson and W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 249-279). New York: The Guilford Press. – 30 sider.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (4. ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc., (pp. 39-42, pp. 57-59, pp. 74-78) – 11 sider.
- Goldberg, S. (2000). *Attachment and development*. London: Arnold. (pp. 43-46; p. 215f) – 6 sider.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and Psychopathology in Childhood. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 469-496). New York: The Guilford Press. (p. 471f) – 2 sider.
- Harris, T. (2003). Implications of attachment theory for developing a therapeutic alliance and insight in psychoanalytic psychotherapy. In M. Cortina and M.

Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 62-91). London: Whurr. – 30 sider.

Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 395-433). New York: The Guilford Press. (pp. 395-398, p. 422f) – 6 sider.

Holmes, J. (2010). *Exploring in Security: Towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy*. London: Routledge. (pp. 31-42; pp. 65-77) – 23 sider.

**Holmes, J. (2003). *På sporet af den sikre base: Tilknytningsteori og psykoterapi*.
Nake, B. (Transl.). Frederiksberg: Det lille Forlag. (pp. 7-12; pp. 20-38; pp. 49-55; p. 85; pp. 97-101; pp. 112-114f; pp. 130-134; pp. 137-139; pp. 154-159; pp. 212-217) – 61 sider.**

Holmes, J. (2000). Attachment theory and psychoanalysis: A rapprochement. *British Journal of Psychotherapy*, 17(2), (pp. 157-172) – 16 sider.

Holmes, J. (1999). Narrative, attachment and the therapeutic process. In Mace, C. (Ed.), *Heart and Soul: The therapeutic face of philosophy* (pp. 147-161). London: Routledge. – 15 sider.

Holmes, J. (1997a). “Too early, too late”: Endings in psychotherapy - An attachment perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 14(2), (pp. 159-171) – 13 sider.

Holmes, J. (1997b). Attachment, autonomy, intimacy: Some clinical implications of attachment theory. *British Journal of Medical Psychology*, 70(3), (pp. 231-248) – 18 sider.

Holmes, J. (1996). *Attachment, Intimacy, Autonomy: Using Attachment Theory in Adult Psychotherapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson. (pp. 11-13; p. 17f; pp. 20-30; p. 54; p. 59f; pp. 69-71; pp. 82-84) – 25 sider.

- Holmes (1995). "Something There is That Doesn't Love a Wall": John Bowlby, Attachment Theory, and Psychoanalysis. In S. Goldberg, R. Muir and J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 19-43). Hillsdale, NJ: The Analytic Press. – 25 sider.
- Holmes, J. (1994). The Clinical Implications of Attachment Theory. *British Journal of Psychotherapy*, 11(1), (pp. 62-76) – 15 sider.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. London: Routledge. (pp. 2-10; pp. 29-31, pp. 67-70; p. 72; pp. 103-106; p. 143f; pp. 180-188) – 32 sider.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press. – 33 sider.
- Høyer, M. (2000). Fra objektrelation til tilknytning. *Psyke og Logos*, 21(2), (pp. 564-580). København: Dansk Psykologisk Forlag. – 17 sider.
- Jacobsen, C. H. & Kjølbye, M. (2009). Det teoretiske grundlag for den relationelle psykiatri. In H. Rex (Ed.), *Fokus på relationer. Psykiatri i praksis* (pp. 37-74). København: Hans Reitzels Forlag. – 38 sider.
- Juri, L. J. (2003). Revisiting Freud in the light of attachment theory: Little Hans' father – oedipal rival or attachment figure? In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 227-241). London: Whurr. (p. 227f) – 2 sider.
- Jurist, E. L. & Meehan, K. B. (2009). Attachment, Mentalization, and Reflective Functioning. In J. H. Obegi and E. Berant (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 71-93). New York: The Guilford Press. (p. 73f) – 2 sider.

- Jørgensen, C. R. (2003). Tilknytningsteoretisk funderet forståelse af personlighedsforstyrrelser. *Psyke & Logos*, 24(2), (pp. 638-676). København: Psykologisk Forlag. (pp. 654-658) – 5 sider.
- Karen, R. (1994). *Becoming Attached: First Relationships and How They Shape Our Capacity to Love*. New York: Oxford University Press. (pp. 191-198; pp. 202-206; pp. 220-226) – 20 sider.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural Interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), (pp. 169-194). – 26 sider.**
- *Killingmo, B. (1971). *Den psykoanalytiske behandlingsmetode: Prinsipper og begreper*. Oslo: Universitetsforlaget. (p. 144f) – 2 sider.
- Klohn, E. C. & John, O. P. (1998). Working Models of Attachment: A Theory-Based Prototype Approach. In J.A. Simpson and W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 115-140). New York: The Guilford Press. – 26 sider.
- Kvale, S. (2005). *InterView: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Næse, B. (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag. (p. 49) – 1 side.**
- Ligiéro, D. P. & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), (pp. 3-11) – 9 sider.
- Liotti, G. (1995). Disorganized/Disoriented Attachment in the Psychotherapy of the Dissociative Disorders. In S. Goldberg, R. Muir and J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 343-363). Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (pp. 343-348) – 6 sider.

- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). Attachment Disorganization: Unresolved Loss, Relational Violence, and Lapses in Behavioral and Attentional Strategies. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 520-554). New York: The Guilford Press. (pp. 531-533) – 3 sider.
- Madsen, S. A. (2000). *Bånd der brister – bånd der knyttes: Intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spædbarn-relation*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 83-86) – 4 sider.
- Main, M., Hesse, E. & Goldwyn, R. (2008). Studying Differences in Language Usage in Recounting Attachment History: An Introduction to the AAI. In H. Steele and M. Steele (Eds.), *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 31-68). New York: The Guilford Press. – 38 sider.
- Main, M. (1995). Recent Studies in Attachment: Overview, with Selected Implications for Clinical Work. In S. Goldberg, R. Muir and J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (pp. 437-441) – 5 sider.
- Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of Response to Reunion With the Parent at Age 6: Predictable From Infant Attachment Classifications and Stable Over a 1-Month Period. *Developmental Psychology*, 24(3), (pp. 415-426) – 12 sider.
- Mallinckrodt, B., Daly, K. & Wang, C. D. C. (2009). An Attachment Approach to Adult Psychotherapy. In J. H. Obegi and E. Berant (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 234-268). New York: The Guilford Press. – 34 sider.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L. & Coble, H. M. (1995). Attachment Patterns in the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), (pp. 307-317) – 11 sider.

- Marrone, M. & Cortina, M. (2003). Introduction: reclaiming Bowlby's contribution to psychoanalysis. In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 1-24). London: Whurr. – 24 sider.
- McCabe, A. , Peterson, C. & Connors, D. M. (2006). Attachment security and narrative elaboration. *International Journal of Behavioral Development*, 30(5), (pp. 398-409) – 12 sider.
- Meyer, B. & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment Style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 367-382). New York: Oxford University Press. – 16 sider.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press. (p. 251f; pp. 405-432; pp. 417-430, pp. 467-470) – 47 sider.
- Mikulincer, M. (1998). Attachment Working Models and the Sense of Trust: An Exploration of Interaction Goals and Affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), (pp. 1209-1224). – 16 sider.
- Mortensen, K. V. (2006). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser: Psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi* (2. ed.). København: Gyldendal. (pp. 36-39; pp. 199-230; pp. 232-244) – 48 sider.**
- Møhl, B. (2003). Attachment – En Introduktion. *Psyke & Logos*, 24(2), (pp. 477 - 484). København: Psykologisk Forlag. – 8 sider.
- *Nissen, D. R. (2004). *Resiliens i et kulturelt perspektiv: Specialeafhandling i psykologi*. Institut for kommunikation, Aalborg Universitet. (p. 68) – 1 side.

- Parish, M. & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), (pp. 271-286) – 16 sider.
- Pines, M. & Marrone, M. (2003). Empathy and sensitive responsiveness. In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 42-61). London: Whurr. – 20 sider.
- Rechenbach, A. (2003a). Attachmentbegrebet, dets historik og aktualitet. *Psyke & Logos*, 24(2), (pp. 529-546). København: Psykologisk Forlag. – 18 sider.
- Rechenbach, A. (2003b). Tilknytningsforstyrrelser og psykopatologi. *Psyke & Logos*, 24(2), (pp. 621-637). København: Psykologisk Forlag. – 17 sider.
- Rechenbach, A. & Cashman, B. (1999). Tilknytningsteorien og dens anvendelse i klinikken. *Nordisk Psykologi*, 51(1), (pp. 16-41) – 26 sider.
- Rholes & Simpson (2004). Attachment Theory: Basic Concepts and Contemporary Questions. In W. S. Rholes and J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 3-14). New York: The Guilford Press. – 12 sider.
- Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E. & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and Self-Reports of Attachment Style: An Empirical Rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), (pp. 678-697); (pp. 678-680) – 3 sider.
- Romano, V., Fitzpatrick, M. & Janzen, J. (2008). The Secure-Base Hypothesis: Global Attachment, Attachment to Counselor, and Session Exploration in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), (pp. 495-504) – 10 sider.
- Rothbard, J. C. & Shaver, P. R. (1994). Continuity of Attachment across the Life Span. In M. B. Sperling and W. H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults:*

Clinical and Developmental Perspectives (pp. 31-71). New York: The Guilford Press. (pp. 42-45) – 3 sider.

Sable, P. (2000). *Attachment and Adult Psychotherapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson. (p. 3; pp. 21-26; pp. 55-89; p. 97f; pp. 101-114; p. 226; p. 250; pp. 327-359) – 94 sider.

Sable, P. (1992). Attachment theory: Application to clinical practice with adults. *Clinical Social Work Journal*, 20(3), (pp. 271-283) – 13 sider.

Samstag, L. W., Muran, J. C. & Safran, J.D. (2002). Defining and Identifying Alliance Ruptures. In D. P. Charman (Ed.), *Core processes in brief psycho-dynamic psychotherapy: advancing effective practice* (pp. 187-214). Mahwah: Lawrence Erlbaum. – 28 sider.

Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1994). *Patienten og analytikerens: Psykoanalysens kliniske struktur* (2. ed.). Aagaard, S. (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag. (p. 52f; p. 56f; pp. 100-102; p. 105f; p. 109f) – 11 sider.

Schibbye, A. L. (2005). *Relationer- Et dialektisk perspektiv: Terapeutisk arbejde med individ, par og familie*. Thornye, O. (Transl.). København: Akademisk Forlag. (pp. 105-108) – 4 sider.

Sepping, P. (1999). Narrative and interpretation. In Mace, C. (Ed.), *Heart and Soul: The therapeutic face of philosophy* (pp. 164-178). London: Routledge. – 15 sider.

Shaver & Mikulincer (2004). What Do Self-Report Attachment Measures Assess? In W. S. Rholes and J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 17-54). New York: The Guilford Press. (pp. 22-26, pp. 44-46) – 8 sider.

- Shorey, H. S. & Snyder, C. R. (2006). The Role of Adult Attachment Styles in Psychopathology and Psychotherapy Outcomes. *Review of General Psychology*, 10(1), (pp. 1-20) – 20 sider.
- Slade, A. (2008). The Implications of Attachment Theory and Research for Adult Psychotherapy: Research and Clinical Perspectives. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2. ed.) (pp. 762-782). New York: The Guilford Press. – 21 sider.
- Slade, A. (2004). Two Therapies: Attachment Organization and the Clinical Process. In L. Atkinson and S. Goldberg (Eds.), *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (pp. 181-206). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum. – 26 sider.
- Slade, A. (1999). Attachment Theory and Research: Implications for the Theory and Practice of Individual Psychotherapy with Adults. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 575-594). New York: The Guilford Press. – 20 sider.
- Smith, L. (2003). *Tilknytning og børns udvikling*. Nake, B. (Transl.). København: Akademisk Forlag. (pp. 15-20; p. 22f; pp. 49-58; pp. 81-83) – 22 sider.**
- Steele, H. & Steele, M. (2008). Ten Clinical Uses of the Adult Attachment Interview. In H. Steele and M. Steele (Eds.), *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 3-30). New York: The Guilford Press. (pp. 9-11, pp. 38-40) – 5 sider.
- Steele, H. & Steele, M. (2003). Clinical uses of the Adult Attachment Interview. In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 107-126). London: Whurr. (pp. 107-112) – 6 sider.

Stern, D. N. (2005). *Spædbarnets interpersonelle verden: Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv*. Nake, B. (Transl.) (3. ed.). København: Hans Reitzels Forlag. (p. 21f, p. 186f) – 4 sider.

Theilgaard, A. (2006). Sprogets rolle i tilknytningsprocessen og i psykoterapien. In Jacobsen, C. H., Thorgaard, L. & Lanken-Petersen (Eds.), *Tilknytning, tab og tilblivelse – i psykodynamisk belysning: Et festskrift til adjungeret professor, cand.psych., dr.pæd. Karen Vibeke Mortensen i anledning af 70-års-dagen den 14. maj 2006* (pp. 39-55). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag. – 17 sider.

Thompson, R. A. (1999). Early Attachment and Later Development. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 265-286). New York: The Guilford Press. – 22 sider.

Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002). Goal Consensus and Collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 109-125). New York: Oxford University Press. – 17 sider.

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press. (p. xif, pp. 9-42, p. 103f; pp. 133-137; pp. 155-157; p. 169; p. 179; pp. 206-255; pp. 262-270) – 107 sider.

Weiner, S. (2003). The significance of the exploration of the patient's attachment history for psychoanalytic psychotherapy. In M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 92-106). London: Whurr. – 15 sider.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B. & Carlson, E. (2008). Individual Differences in Infant-Caregiver Attachment: Conceptual and Empirical Aspects of Security. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2. ed.) (pp. 78-101). New York: The Guilford Press. (p. 90f) – 2 sider.

- *Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife – Risk, Resilience, and Recovery*. New York: Cornell University Press, (p. 1) – 1 side.
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C. & Bradley, R. (2006). Clinical Assessment of Attachment Patterns and Personality Disorder in Adolescents and Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), (pp. 1065-1085) – 21 sider.
- *Winnicott, D. W. (1971). *Playing & Reality*. London: Tavistock Publications. (p. 15) – 1 side.
- Woodhouse, S. S., Schlosser, L. Z., Crook, R. E., Ligiéro, D. P. & Gelso, C. J. (2003). Client Attachment to Therapist: Relations to Transference and Client Recollections of Parental Caregiving. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), (pp. 395-408) – 14 sider.
- Yalom, I. D. (2002). *Terapiens essens*. Thornye, O. (Transl.). København: Gyldendal. (p. 46f; pp. 87-89) – 5 sider.

Opslagsværk

- Burgaard, L. (2002). Container. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (p. 148). København: Gyldendal. – 1 sider.
- Egidius, H. (2005). *Psykologisk Leksikon* (2.ed.). Fink, H. C. (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hjulmand, K. (2002a). Holding. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (p. 301). København: Gyldendal. – 1 sider.
- Hjulmand, K. (2002b). Som-om-personlighed. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (p. 749f). København: Gyldendal. – 2 sider.

- Møhl, B. (2002). Selvobjekt. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (p. 721f). København: Gyldendal. – 2 sider.
- Olsen, O. A. (2002a). Kærlighed. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (p. 432). København: Gyldendal. – 1 side.
- Olsen, O. A. (2002b). Biografier. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (p. 872). København: Gyldendal. – 1 side.
- Rosenbaum, B. (2002a). Modoverføring. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (pp. 489-491). København: Gyldendal. – 5 sider.
- Rosenbaum, B. (2002b). Overføring. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (pp. 563-567). København: Gyldendal. – 5 sider.
- Rosenbaum, B. (2002c). Tolkning. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (p. 800f). København: Gyldendal. – 2 sider.
- Aagaard, S. (2002). Konfrontation. In O. A. Olsen (Ed.), *Psykodynamisk leksikon: Den psykodynamiske psykologi fremstillet i 548 encyklopædiske artikler og 313 kortere biografier* (p. 408f). København: Gyldendal. – 2 sider.

12 Bilag – Oversigt over tilknytningsmønstrene

John Bowlby	Mary Ainsworth	Mary Main
Sikker/Tryg <i>Secure</i>	Sikker/Tryg <i>Secure (B)</i>	Fri-autonom <i>Secure/autonomous (F)</i>
Tvangsselvtilid <i>Compulsive self-reliance</i> Ængstelig-undvigende <i>Anxious avoidant</i>	Usikker ængstelig-undgående <i>Anxious-avoidant (A)</i>	Afvisende <i>Dismissing (Ds)</i>
Ængstelig-ambivalent/ Ængstelig-modstræbende/ Ængstelig-klæbende <i>Anxious-ambivalent/ Anxious resistant</i>	Usikker ængstelig-ambivalent <i>Anxious-resistant/ Anxious-ambivalent (C)</i>	Overvældet <i>Preoccupied (E)</i>
Følelsesmæssig frakobling <i>Emotional detachment</i>		Desorganiseret/ desorienteret <i>Disorganized/ disoriented (D)</i> Uforløst <i>Unresolved (U)</i>
Tvangs-omsorgsgiveren <i>Compulsive caregiving</i>		
		Uklassificerbar Unorganized/ "Cannot classify" (CC)

Opsummering og sammenstilling af de i specialet anvendte betegnelser for tilknytningsmønstrene.

Markeringen indikerer, at betegnelsen ikke længere anvendes.