

Barndomstraumer og Borderline Personlighedsforstyrrelse - Betydningen af tilknytning og dissociation

**Childhood trauma and Borderline Personality Disorder
- The influence of attachment and dissociation**

Forfattere:

Ida Carlsen (3/10-1991)
Tine Christiansen (4/3-1992)

Vejleder:

Maj Hansen

Sider: 105
Typeenheder: 158.993
Normalsider: 66

Indholdsfortegnelse

Summary	3
1. Indledning	4
1.1. Læsevejledning.....	8
2. Redegørelse	9
2.1. Traumer.....	9
Potentielt traumatiserende hændelser.....	10
Barndomstraumer – fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug.....	11
Psykopatologiske følger ved traumatisering.....	12
2.2. Tilknytning.....	13
Tilknytningsteori.....	14
Empiri og undersøgelsesmetoder.....	15
<i>A Strange Situation</i>	16
<i>Adult Attachment Interview</i>	19
Tilknytning, personlighedsudvikling og psykopatologi.....	21
2.3. Dissociation.....	22
Traumatisk dissociation.....	23
Traumatisk dissociation, tilknytning og personlighedsudvikling.....	24
2.4. Borderline personlighedsforstyrrelse.....	26
Diagnostik.....	27
<i>Uddybning af diagnosekriterierne</i>	28
Associerede træk og komorbide lidelser.....	31
Ætiologi.....	31
<i>Forklaringsmodeller</i>	32
3. Metode	34
3.1 Litterært review.....	34
Inklusionskriterier og udvælgelse af studier.....	35
Tabel 1. Oversigt over inkluderede studier i opgavens review.....	37
4. Analyse og diskussion	43
4.1. Karakteristika ved analysens inddragede studier.....	43
4.2. Forholdet mellem barndomstraumer og BPD.....	46
4.3. Forholdet mellem barndomstraumer, tilknytning og BPD.....	49

4.4. Forholdet mellem barndomstraumer, dissociation og BPD.....	57
4.5. Forholdet mellem barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD.....	63
4.6. Empiriske begrænsninger.....	66
Studiedesigns.....	66
Inklusions- og eksklusionskriterier.....	68
Sample karakteristika.....	70
Statistiske analyser.....	72
Empiriske begrænsninger ved undersøgelse af barndomstraumer.....	75
Empiriske begrænsninger ved undersøgelse af tilknytning.....	77
Empiriske begrænsninger ved undersøgelse af dissociation.....	79
4.7. Overlappende diagnoser – BPD, PTSD eller C-PTSD?	80
4.8. Kritisk perspektiv på anvendt empiri og teori.....	84
Begrænset antal inkluderede studier.....	84
Begrænsninger ved opgavens definition af barndomstraumer.....	85
Sammenhæng mellem barndomstraumer og BPD?	86
Alternative forklaringsmodeller af ætiologien for BPD?	87
5. Konklusion.....	90
6. Perspektivering.....	93
Referencer.....	95

Summary

Childhood abuse (CA) can be extremely traumatic for the individual experiencing it. In case of traumatization following CA the individual can experience numerous long lasting difficulties and psychopathological symptoms, including personality disorders. Personality disorders in general, and especially Borderline Personality disorder (BPD) can be quite difficult to treat. Thus these disorders can constitute significant costs for the well being of the individuals as well as the resources of society. From a theoretically point of view attachment and dissociation are seen as significant factors in the relationship between CA and BPD. Therefore theoretically speaking these factors can explain some source of the relationship. There is a need of understanding this potential relationship better, to help the individuals in the best possible way. This may spare the individual and the society significant costs.

This thesis investigates whether CA can contribute to the development of BPD in adulthood. Also, it examines the role of attachment and dissociation in this relationship. Thus the thesis puts forward the following theses: A) CA (physical, emotional and sexual abuse), can comprise an etiological factor of BPD, B) the risk of developing BPD is higher if the CA is caused by a caregiver, than by someone outside the household, C) attachment can explain a part of the relationship between CA and BPD, and D) dissociation can explain a part of the relationship between CA and BPD. We made a literary review by using PubMed and PsycINFO databases. The primary inclusion criteria was that samples comprised BPD patients diagnosed with the DSM-IV or DSM-V. 12 studies were included. We found some empirical support for an existing relationship between CA and BPD. Also, we found some empirical support that attachment and dissociation are contributing to the relationship, which is supported by the theoretical framework.

Despite method limitations, we propose a model which illustrates the hypothesized relationship between CA and BPD, with attachment and dissociation as mediating factors. The model needs to be tested empirically. Furthermore, in regard to theoretical framework, etiological factors of BPD including CA, must probably be understood multifactorial. Thus, the proposed model can be seen, as explaining part of the possible relationship between CA and BPD.

1. Indledning

Mennesket har gennem årtusinder været udsat for voldsomme og frygtelige hændelser. Disse hændelser kan være alt fra naturkatastrofer og ulykker, til krig, vold og overgreb. Sådanne hændelser kan være potentielt traumatiske. De kan sætte dybe spor og udvikle sig til et psykisk traume med store konsekvenser for individet. For individer, der ikke er i stand til at bearbejde traumatiske hændelser, kan fortidens rædsel påvirke senere trivsel og medføre alvorlige psykiske senfølger (Friedman, Resick & Keane, 2014).

Inden for psykotraumatologien antages det, at nogle af de sværeste traumer, som mennesker kan udsættes for, opstår i barndommen som følge af handlinger fra de mennesker, individet er mest knyttet til og afhængigt af (Hart, 2011). Disse handlinger kan eksempelvis være fysisk, emotionelt eller seksuelt misbrug. Oldrup, Christoffersen, Kristiansen, og Østergaard (2016) har undersøgt og redegjort for omfanget af misbrug, af børn i Danmark. I deres rapport for Det Nationale Forskningscenter For Velfærd (SFI) undersøgte de 2000 8. klasses elever på 92 forskellige skoler i Danmark. Resultatet af undersøgelsen viste, at ca. 5% havde oplevet psykisk vold fra deres far, mens ca. 4,8% havde oplevet psykisk vold fra deres mor. Samtidig undersøgte de omfanget af unge, som havde været udsat for seksuelle krænkelse i form af blottelser (2,9%), seksuel berøring (1,7%) og samleje (0,6%). Ydermere viste undersøgelsen, at 17% af de unge havde været udsat for fysisk vold én eller flere gange fra én eller begge forældre (Oldrup et al., 2016).

Misbrug i barndommen kan være traumatiserende, og have omfattende betydning for individets livskvalitet og livschancer på både kort og lang sigt. Eksempelvis kan det medføre interpersonelle vanskeligheder, dysfunktionel emotionsregulering, kognitive vanskeligheder, lavt selvværd, selvskaide og selvmordstanker (Cawson, Wattam, Brooker & Kelly, 2000; Christoffersen et al., 2011; McWilliams, Goodman, Raskauskas, &

Cordon, 2014). Herudover ses en sammenhæng mellem misbrug i barndommen og en række psykiske lidelser, herunder posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst, depression og personlighedsforstyrrelser (Armour, Elklit & Christoffersen, 2014; Christoffersen, 2010; Christoffersen, Møhl, DePanfilis & Vammen, 2015; Jørgensen, 2009; Vammen & Christoffersen, 2013).

Der hersker således ingen tvivl om, at misbrug af børn og eventuel medført psykisk traumatisering bør afhjælpes. Børn udgør ressourcen for et fremtidigt samfund og det er derfor vigtigt, at udvide den generelle viden om børns udvikling og fejludvikling, for at forebygge psykopatologi. Således vil man sandsynligvis kunne blive bedre i stand til at hjælpe de individer, som har været udsat for misbrug i barndommen (Hart, 2011). Dette vil både være til gavn for det enkelte individ, hvis livskvalitet øges, og på et samfundsmæssigt plan (Jørgensen, 2009). Senfølger af misbrug i barndommen er omfattende, og noget der koster samfundet dyrt, både på det forsørgende og på det sundhedsmæssige plan. Eksempelvis vil mennesker med alvorlig psykopatologi, såsom personlighedsforstyrrelser, ofte være overladt til offentlig forsørgelse i en kortere eller længere periode. Endvidere vil en del af disse mennesker have behov for betydelig hjælp fra sundhedsvæsenet og det sociale system (Jørgensen, 2009). Som eksempel har Bender og kolleger (2001) undersøgt omfanget af brugen af det psykiatriske behandlingssystem. De fandt, at personlighedsforstyrrede patienter i højere grad end andre patienter, havde gjort brug af næsten alle dele af behandlingssystemet, såsom individuel terapi, gruppeterapi, indlæggelse og medikamentel behandling. Ydermere viste resultaterne, at patienter med Borderline Personlighedsforstyrrelse (BPD) havde modtaget mere behandling end både depressive patienter og patienter med andre personlighedsforstyrrelser (Bender et al., 2001). BPD er blandt andet karakteriseret ved dysfunktionel affektregulering, impulsivitet, selvskadende adfærd og ustabile relationer

til andre mennesker (American Psychiatric Association, 2013). Således udgør BPD en særlig udfordring, på det individuelle og samfundsmæssige plan, hvorfor vi i nærværende opgave vil have fokus på netop denne lidelse.

Vi ønsker at bidrage til en udvidelse af den generelle viden omkring, hvordan barndomstraumer i form af fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug, kan påvirke individets personlighedsudvikling og udgøre en ætiologisk faktor for BPD. Vi vurderer det relevant at anskue personligheds- og psykopatologisk udvikling ud fra et tilknytningsteoretisk perspektiv, da særligt tilknytningen lader til at påvirkes negativt i forbindelse med tidlig traumatisering. Tilknytning til andre, er et fundamentalt og eksistentielt medfødt behov hos mennesket (Wennerberg, 2011). Børn er tæt knyttede til og afhængige af deres primære omsorgspersoner. Kvaliteten af denne tilknytning kan spille en stor rolle for barnets personlighedsudvikling. God og kvalificeret omsorg fra barnets primære omsorgspersoner, kan føre til, at barnet udvikler en grundlæggende sikker tilknytning. Omvendt kan ukvalificeret omsorg, herunder misbrug af barnet, føre til, at barnet udvikler en grundlæggende usikker tilknytning til sine omsorgspersoner. En usikker tilknytning kan være en risikofaktor for at udvikle psykopatologi i voksenlivet (Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth & Ziv, 2006; Main, 2000). Tilknytningsteorien betragter psykopatologi, som et resultat af uhensigtsmæssig udvikling, på baggrund af tab og traumer i barndommen (Rechenbach, 2003a; Rechenbach 2003b). I tråd med dette ser man, at individer med BPD ofte har en opvækst, som er karakteriseret ved brud, tab og traumer (Aarkrog, 1985). Særligt potentielt traumatiske hændelser, i form af fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug, sættes i flere studier i sammenhæng med BPD (Ball & Links, 2009; Belsky et al., 2012; Bornovalova et al., 2013; MacIntosh, Godbout & Dubash, 2015). Samtidig finder flere studier en sammenhæng mellem forældrestil og individets senere udvikling af BPD. Herunder en sammenhæng med affektive faktorer

såsom forældrenes kølighed, afvisning, utilfredshed, fjendtlighed, hårde disciplin og afstraffelse (Crawford, Cohen, Chen, Anglin & Ehrensaft, 2009; Reinelt et al., 2014; Stepp, Keenan, Hipwell & Krueger, 2014; Winsper, Zanarini & Wolke, 2012). På baggrund af ovenstående, anses tilknytningsteorien som et velegnet bud på en forklaring af ætiologien og symptomatologien ved BPD.

Et væsentligt begreb i feltet mellem barndomstraumer, tilknytning og BPD er dissociation. Dissociation defineres som en forstyrrelse af de almindelige integrerede funktioner for bevidsthed, hukommelse eller perception af sig selv og omgivelserne (American Psychiatric Association, 2013). I forbindelse med traumer kan dissociation være en måde, hvorpå individet bevidst eller ubevidst manipulerer med sin bevidsthed således, at individet kan håndtere ubærlig psykisk smerte (Dorahy & van der Hart, 2011; Hart, 2011). Dissociation kan være tæt forbundet med tilknytning. En forstyrret tilknytning forårsaget af misbrug fra barnets primære omsorgspersoner, kan være en særlig risikofaktor for at udvikle dissociation. Ligeledes kan dissociation forstyrre barnets personlighedsudvikling, idét personligheden tilsyneladende splittes. Herved er barnet ikke i stand til at integrere de sanser, følelser og tanker, der relaterer sig til traumet. Konsekvensen kan være, at selvet ikke integreres, som ved en normal personlighedsudvikling (Hart, 2011; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

Som det fremgår af ovenstående, lader der til at eksistere en kompleks sammenhæng mellem de beskrevne fænomener, som udgør barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD. Nærværende opgave ønsker at belyse denne sammenhæng, for at bidrage til en bedre identificering og håndtering af omtalte problematiske fænomener hos BPD patienter. Vi ønsker ikke, at fokusere på specifikke behandlingsmetoder, men snarere bidrage til en bedre forståelse af fænomenernes indbyrdes samspil og betydning for udviklingen af BPD. Ved en bedre forståelse af

omtalte fænomener antager vi, at omkostningerne på individuelt og samfundsmæssigt plan, kan reduceres. Således undersøger nærværende opgave, gennem et litterært review, følgende problemformulering:

Hvordan kan barndomstraumer, i form af fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug, medvirke til udviklingen af Borderline Personlighedsforstyrrelse i voksenlivet, og hvilken rolle spiller tilknytning og dissociation for denne sammenhæng?

Vi fremsætter følgende hypoteser, som skal bidrage til at besvare ovenstående problemformulering:

- A) Barndomstraumer, i form af fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug, kan udgøre en ætiologisk faktor for BPD.
- B) Risikoen for at udvikle BPD er større, hvis misbruget forårsages af en omsorgsperson, frem for en person uden for familien.
- C) Tilknytning kan forklare en del af forholdet mellem barndomstraumer og BPD.
- D) Dissociation kan forklare en del af forholdet mellem barndomstraumer og BPD.

1.1. Læsevejledning

Opgavens afsnit 2 udgør opgavens redegørelse. Her vil vi gennemgå og redegøre for centrale begreber og teorier, som anvendes i opgaven. I afsnit 2.1 defineres og gennemgås anvendte begreber, der omhandler traumer, samt psykopatologiske følger og virkninger. Dernæst vil vi i afsnit 2.2 redegøre for tilknytningsbegrebet og tilhørende tilknytningsteori, samt undersøgelsesmetoder. Herefter når vi frem til

opgavens afsnit 2.3, hvor vi vil redegøre for begrebet dissociation, samt den teoretiske sammenhæng mellem dissociation, tilknytning og personlighedsudvikling. Ydermere vil vi i afsnit 2.4 redegøre for BPD, samt dertilhørende diagnostik, associerede træk, ætologi og forklaringsmodeller.

I opgavens afsnit 3 beskrives opgavens anvendte metode. Her beskrives udarbejdningen af det litterære review og tilhørende litteratursøgning, samt inklusionskriterier og udvælgelse af de anvendte studier. Dernæst når vi frem til opgavens analyse og diskussion i afsnit 4, hvor vi vil analysere og diskutere empiriske og teoretiske sammenhænge mellem de undersøgte fænomener samt empiriske begrænsninger. Ydermere vil vi rette et kritisk blik på den anvendte metode, empiri og teori, samt diskutere alternative teoretiske overvejelser. Endeligt når vi frem til opgavens konklusion i afsnit 5, og perspektivering i afsnit 6, hvor vi vil perspektivere opgavens fund til praksis-sammenhæng.

2. Redegørelse

2.1. Traumer

Selve traumbegrebet kan have adskillige betydninger alt afhængigt af, hvilken kontekst det benyttes i. I ordets rene forstand betyder traume sår eller skade. Et psykologisk traume kan dermed opfattes som et psykisk sår, som følge af en traumatisk hændelse (Wennerberg, 2011). I nærværende opgave anvendes begrebet *traumatiserende*, om en psykologisk efterreaktion, som opstår på baggrund af en traumatisk hændelse. Van der Hart og kolleger (2006) beskriver, hvilke mekanismer der spiller ind på menneskers adfærd i situationer, der kan opleves som traumatiserende. Det psykologiske forsvarssystem er beregnet til at beskytte organismen, når noget opfattes som en trussel. Dette forsvarssystem indbefatter nogle undersystemer, som mennesker har tilfælles med

andre pattedyr. Undersystemerne består af reaktioner, som årvågenhed, kamp-, flugt- og frys-reaktioner og fuldkommen underkastelse med total smertebedøvelse. Reaktionen aktiveres oftest i ovenstående rækkefølge, efterhånden som trusselsniveauet øges, og alt afhængigt af, om individet slipper væk og kommer i sikkerhed fra truslen (van der Hart et al., 2006). Ifølge Herman (1995) sætter traumereaktionen ind, når det menneskelige forsvarssystem nedbrydes. Traumatet er således ikke den traumatiske hændelse i sig selv, men selve traumereaktionen, der udgør resultatet af hændelsen (Allen, 2001).

Når vi taler om traumatiske hændelser, er det vigtigt at fremhæve, at det der kan opleves som traumatiserende for ét individ, ikke nødvendigvis opleves således for et andet. Traumereaktionen kan derfor tage sig meget forskelligt ud. I nogle tilfælde vil der end ikke forekomme en reaktion (Friedman et al., 2014). Hvorvidt hændelser opleves som traumatiserende for det enkelte individ, afhænger af tilstedeværende risiko- og beskyttende faktorer. Disse faktorer kan eksempelvis være medfødt sårbarhed, evne til at bearbejde stressende oplevelser og tilstedeværelsen af psykologisk og social støtte fra omgivelserne. Individet, der oplever traumatiske hændelser, udvikler derfor ikke nødvendigvis langvarige posttraumatiske problemer (Friedman et al., 2014).

Potentielt traumatiserende hændelser. Da det er forskelligt fra individ til individ, hvad der opleves som traumatiserende, taler man inden for psykotraumatologi om *potentielt traumatiserende hændelser* (Allen, 2001). Allen (2001) fremhæver hvordan potentielt traumatiserende hændelser kan inddeles i tre kategorier. Kategorierne afhænger af graden af interpersonel indblanding. Den første kategori er *upersonlige traumer*, som eksempelvis trafikuheld og naturkatastrofer. Den anden kategori omfatter *interpersonelle traumer*, som er traumer forårsaget af andre mennesker. Det kan for eksempel være røveri, voldtægt eller mishandling. Den tredje kategori er *tilknytningstraumer*, som er

traumer, der forekommer i tilknytningsrelationer. Risikoen for traumatisering øges, når hændelserne står på over tid og forårsages af et andet menneske. Ligeledes er risikoen for traumatisering større, jo tættere en følelsesmæssig relation offeret har til krænkeren, hvorfor tilknytningstraumer ofte medfører de sværeste følgevirkninger (Allen, 2001; Herman, 1995). Således kan man betragte tilknytningstraumer, som skader på selve tilknytningssystemet (Allen, 2001). Tilknytningstraumer kan medføre flere komplekse former for posttraumatiske symptomer. Dette skyldes, at de rammer barnet i løbet af den følsomme udvikling, hvor blandt andet barnets personlighed formes (Herman, 1995).

Barndomstraumer - fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug. Som beskrevet ovenfor, kan traumer begrebsliggøres på flere måder. I nærværende opgave har vi valgt at afgrænse til, at benytte begrebet *barndomstraumer*. Vi vil beskæftige os med barndomstraumer, som er opstået på baggrund af fysisk, emotionelt eller seksuelt misbrug. Vi vil som udgangspunkt beskæftige os med misbrug, som er forårsaget af barnets omsorgspersoner. Fysisk misbrug defineres i nærværende opgave som fysisk vold eller afstraffelse. Dette kan eksempelvis være lussinger, slag, spark eller smerte påført med genstande. Emotionelt misbrug forstås i denne sammenhæng som et fænomen, der kan sidestilles med psykisk vold. Emotionelt misbrug indebærer således trusler samt nedgørelse af tanker, følelser, opfattelser og personlighed. Seksuelt misbrug forstås i denne sammenhæng, som ufrivillig seksuelt samvær af enhver karakter. Det kan eksempelvis være kys, genital berøring og penetration. Både fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug kan variere i sværhedsgrad, hvorfor der er tale om brede definitioner. I nærværende opgave inddrager vi disse tre subtyper af misbrug, da særligt disse lader til at udgøre potentielt alvorlige risikofaktorer, for senere psykopatologi (se f.eks. Ball & Links, 2009; Bornovalova et al., 2013).

Psykopatologiske følger ved traumatisering. En traumatisk hændelse kan medføre senere psykopatologiske problemer. Traumatiserede individer er i risiko for at udvikle de problemer og symptomer, som samlet betegnes som PTSD (Friedman et al., 2014). PTSD er en diagnostisk kategori, der benyttes til at beskrive en bestemt gruppering af posttraumatiske problemer. Disse problemer kan eksempelvis være genoplevelse af traumat, dissociative symptomer og undgåelse af steder, mennesker eller situationer, der minder individet om traumat (American Psychiatric Association, 2013). I forbindelse med PTSD antages traumat at have ramt en allerede integreret personlighed, som efter traumat splittes i en tilsyneladende normal del og en emotionel del, der omfatter hele individets forsvarssystem (van Der Hart et al., 2006; Wennerberg, 2011).

Ved mere langvarig relationel traumatisering, især når det forekommer i barndommen, opstår der, hvad man kalder komplekse former for posttraumatiske symptomer (Wennerberg, 2011). Disse symptomer forbindes med traumerelateret BPD, samt den forstyrrelse, som Herman (1995) betegner som kompleks PTSD (C-PTSD). Her antages det at personligheden splittes i en tilsyneladende normal del og to eller flere emotionelle dele, som er baseret på tilknytningssystemet eller forskellige forsvarende undersystemer (van Der Hart et al., 2006). Ifølge Herman (1995) kendetegnes C-PTSD ved dybdegående forandringer af personlighedsstrukturen. Symptomerne indebærer blandt andet dysfunktionel affektregulering, ændret selvopfattelse og ændring af relationer til andre mennesker. Udover PTSD, BPD og C-PTSD kan traumatisering generelt medføre adskillige andre senfølger. Disse kan eksempelvis være angstlidelser, depression og adfærdsvanskeligheder (Dyregrov, 2011).

Således kan flere psykiske lidelser være relateret til traumatiserende hændelser. Vi har i nærværende opgave valgt, at undersøge hvordan barndomstraumer kan medvirke

til BPD. Vi har således valgt, at afgrænse fra C-PTSD. Dette skyldes blandt andet, at C-PTSD endnu ikke er en del af anvendte diagnosesystemer, men et forslag, som forventes at blive en del af WHO's International Classification of Diseases-11, når denne udgives i 2018 (Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson & Bryant, 2014). Ydermere ses væsentlige diagnostiske forskelle mellem BPD og C-PTSD. Eksempelvis har individer med BPD ofte et symptombillede som varierer over tid, hvorimod man forventer et mere kronisk og stabilt symptombillede ved C-PTSD (Cloitre et al., 2014). På baggrund af dette vil vi i nærværende opgave som udgangspunkt betragte BPD som en diagnostisk enhed, der kan adskilles fra andre traumerelaterede lidelser som PTSD og C-PTSD. I det følgende afsnit vil vi redegøre for tilknytning og tilknytningsteori, da netop dette lader til, at spille en væsentlig rolle i udviklingen af BPD, på baggrund af barndomstraumer.

2.2. Tilknytning

Mennesker er relationelle væsener og er fundamentalt styret af to grundlæggende eksistentielle behov: behovet for at være relateret til andre og behovet for at definere sig selv (Wennerberg, 2011). Den menneskelige eksistens er på mange måder defineret af denne stræben efter, både at komme andre mennesker nær, samt at skille sig ud fra mængden, som et individuelt subjekt (Safran & Muran, 2000). Behovet for tilknytning og behovet for selvdefinition er uløseligt forbundet, men kommer uundgåeligt i konflikt med hinanden. Uden selvdefinition er ingen virkelig relation mulig, og uden relationer og nærhed til andre, bliver selvdefineringen indholdsløs og en fornægtelse af egen afhængighed af andre. Menneskets centrale udviklingsopgave i barndommen er derfor, at definere sig selv i relation til andre (Wennerberg, 2011).

Tilknytningsteori. Den generelle psykologiske tilknytningsteori omhandler menneskets tilbøjelighed til at knytte stærke følelsesmæssige bånd til andre signifikante personer. Teorien voksede gradvist frem i 1930'erne og 1940'erne og udspringer fra diskussioner og observationer af institutionsanbragte børn (Rechenbach, 2003a; Wennerberg, 2011). Der var dengang en stor kritik af institutioner, som havde hyppigt personaleskift og stort fokus på hygiejne, frem for personlig omsorg og interesse for de anbragte børn. Dette gav inspiration til at undersøge, hvilken indflydelse anbringelsen havde på børnenes udvikling (Rechenbach, 2003a).

John Bowlby anses som værende den store pioner på tilknytningsområdet. I nærværende opgave anvendes hans teori, da den inddrager tab og traumas betydning for tilknytning og personlighedsudvikling. Endvidere udgør Bowlbys teori fundamentet for megen nyere forskning på tilknytningsområdet (Rechenbach, 2003a). Bowlby var læge med speciale i psykiatri og interesserede sig for tilknytningens betydning for barnets udvikling (Rechenbach, 2003a). På baggrund af observationer af hospitals- og institutionsanbragte børn, beskrev han, børnenes sorgreaktioner og tidlige uhensigtsmæssige tilknytningsstile (Bowlby, 1996). Bowlby (1996) anlagde et biologisk og evolutionært perspektiv på tilknytningssystemet. En central tanke i dette perspektiv er, at tilknytningssystemet har til hensigt at øge barnets chancer for overlevelse. I tilfælde af fare har barnets gråd til hensigt, at fremkalde en adfærd fra omsorgspersonen, som opretholder en fysisk nærhed mellem barnet og dets omsorgsperson (Bowlby, 1996). Barnet vil, eftersom det er biologisk programmeret til det, søge omsorg hos dem, det er knyttet til. Barnet vil gøre alt hvad der kræves, for at opretholde en relation til sine omsorgspersoner, også selvom disse er årsag til frygt. I sidste ende må barnet tilpasse sig relationens unikke omstændigheder (Wennerberg, 2011). Barnet tilegner sig på den vis

tidlige erfaringer med tilknytning, som rodfæstes og bliver en særlig måde, hvorpå barnet forholder sig til sig selv og andre. Disse erfaringer udgør en indre konstruktion, som Bowlby betegner *indre arbejdsmodeller* (Bowlby, 1973). De indre arbejdsmodeller er senere beskrevet af flere teoretikere. Eksempelvis beskriver Stern (1991) indre arbejdsmodeller som *generaliserede interne relationer*, hvilket er summen af barnets repræsentationer af tilknytning. Disse lagres i barnets hukommelse og ligger til grund for barnets måde, at forholde sig til omverdenen på (Stern, 1991). Bretherton, Birringen, Ridgeway, Maslin og Sheerman (1989) beskriver indre arbejdsmodeller, som en ubevidst konstruktion, der dannes i barnets præverbale periode og lagres i barnets hukommelse. Barnet udvikler forventninger om beskyttelse, som interfererer med omsorgspersonens adfærd. Et individs indre arbejdsmodeller er karakteristisk for netop dét individ og beskriver derfor en væsentlig del af personlighedsstrukturen (Bretherton et al., 1989). Ydermere har Fonagy (2003) beskrevet *Interpersonal Interpretive Mechanism* (IIM). IIM defineres som komplekse processer, der opstår i forbindelse med spædbarnets tilknytning og forventninger til omsorgspersonen. Således er der foreslået flere forskellige betegnelser for dette fænomen. Vi vil i nærværende opgave benytte betegnelsen, indre arbejdsmodeller.

Empiri og undersøgelsesmetoder. Tilknytningsteorien betragtes i dag, som en af de mest empirisk velfunderede teorier indenfor psykologien. Det skyldes blandt andet, at nyere neuroaffektiv og neurobiologisk forskning støtter tilknytningsteoriens betragtninger (Rechenbach, 2003a). Her har især Schore (1994) været banebrydende, idet han har kunne påvise, at tidlige erfaringer med tilknytning afspejles i hjernens neurale baner. Spædbarnets hjerne har fra fødslen meget umodne strukturer, men disse påvirkes med årene af aflejringer fra hormonale- og biokemiske stoffer. Ifølge Schore (1994) vil disse

aflejringer stimuleres eller hæmmes af interaktionen mellem barnet og den primære omsorgsperson. De sociale og affektive udvekslinger mellem spædbarn og den voksne fører til endokrine forandringer og modning af nervebaner i barnets limbiske system (Schore, 1994). Samtidig er der inden for tilknytningsteorien udviklet særlige undersøgelsesmetoder, herunder specielt *A Strange Situation* og *Adult Attachment Interview*. Begge undersøgelsesmetoder kræver uddannelse og certifikat for at kunne anvendes (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Main, Hesse & Goldwyn, 2008). Vi ønsker i det følgende, at redegøre for *A Strange Situation* og *Adult Attachment Interview*, da vi finder det relevant for nærværende opgave, at redegøre for en grundlæggelse forståelse for klassificeringen af tilknytningsstile hos både børn og voksne. *A Strange Situation* og *Adult Attachment Interview* er endvidere foregangsmetoder, for flere af de undersøgelsesmetoder der benyttes i dag. Vi ønsker at pointere, at der på tværs af de nyere undersøgelsesmetoder, kan forekomme forskellige kategoriseringer af tilknytningsstile, men de vil som minimum kunne kategoriseres som enten sikre eller usikre.

A Strange Situation. *A Strange Situation* blev udviklet af den canadiske psykolog Mary Ainsworth og bygger på John Bowlbys tilknytningsteori (Ainsworth et al., 1978). Testen indebærer, at det 12 måneder gamle barn anbringes i et fremmed miljø, som er hyggeligt indrettet med legetøj. Rummet har til formål at aktivere barnets udforskningsadfærd. Barnet udsættes her for en kort adskillelse fra moderen på op til 3 minutters varighed. Barnet efterlades i rummet både alene og sammen med en fremmed (Ainsworth et al., 1978). Testen består i at iagttage barnets reaktioner. Når barnet genforenes med moderen, bliver det klart hvordan barnet forholder sig til hende. Barnets tilknytningssystem aktiveres af de faresignaler, som testen indebærer: at blive efterladt

alene med en fremmed i et ukendt miljø. På den måde kan man undersøge, hvordan barnet håndterer de to centrale behov, nærhed og selvstændighed, som tidligere er beskrevet i nærværende opgave. Ifølge Ainsworth og kolleger (1978) er det centralt, at barnet har en god balance mellem disse. En sådan balance mellem nærhed og selvstændighed opnås, når moderen fungerer som en *sikker base* (Ainsworth et al., 1978).

På baggrund af A Strange Situation klassificerede Ainsworth og kolleger (1978) 3 klassiske tilknytningsstile. Senere blev der tilføjet en fjerde og særlig svær tilknytningsstil. Ud af de 4 tilknytningsstile betegnes én som sikker og de resterende som usikre. De fire tilknytningsstile, som identificeres i A Strange Situation beskrives i det følgende.

Sikker tilknytningsstil viste sig i A Strange Situation ved, at børnene aktivt legede og udforskede, når moderen var til stede og viste tegn på sorg og vrede, når moderen forlod rummet. Børnene lod sig trøste, når moderen kom retur og kunne derefter genoptage legen. Børnene brugte deres mor som en sikker base i deres udforskning og et tilflugtssted for de faresignaler, som testen indeholdt (Ainsworth et al., 1978). Således udviste disse børn en balance mellem nærhedssøgen og selvstændighed (Main, 2000).

Utryk-undgående tilknytningsstil viste sig i A Strange Situation ved, at børnene i hele undersøgelsessituationen udforskede legetøjet i rummet, og end ikke syntes at bemærke, at moderen forsvandt. Når moderen vendte tilbage ignorerede børnene hende og afviste ydermere hendes kontaktforsøg. Børnene udviste en *deaktiverende* tilknytningsstrategi, og udtrykte dermed ikke behov for nærhed. Denne strategi fjerner smertefulde tanker og følelser, og har derudover til formål, at minimere afstanden til tilknytningspersonen. Nærhedssøgen fra barnet har tidligere medført afvisning fra tilknytningspersonen og den deaktiverende strategi sikrer derfor, at tilknytningspersonen ikke fjerner sig (Ainsworth et al., 1978).

Utryg-ambivalent tilknytningsstil viste sig ved, at børnene gennem hele undersøgelsessituationen var oprørte og urolige. De protesterede når moderen forlod rummet, men lod sig ikke trøste, når hun kom tilbage (Ainsworth et al., 1978). Børnene udviste en *hyperaktiverende* strategi, for at få deres tilknytningsbehov tilgodeset og holdt derfor uafsladeligt opmærksomheden på moderen (Main, 2000). Denne strategi lader til at gøre sig gældende for børn, som oplever en fraværende mor, selvom hun er fysisk tilstede. Børnene er derfor nødsaget til at have deres tilknytningssystem aktiveret konstant, for at opnå den nærhed, som de har brug for (Wennerberg, 2011).

Desorganiseret tilknytningsstil viste sig i A Strange Situation ved, at børnene udviste en uforklarlig, trancelignende adfærd, som kunne indbefatte pludselige råb og en besynderlig krybende gang (Main, 1996). Denne adfærd udvises, fordi situationen i A Strange Situation aktiverer et traume hos barnet. Et barn med desorganiseret tilknytning er ofte plaget af tab og traumer og vil søge beskyttelse hos sin omsorgsperson, men barnets samtidige frygt for sin omsorgsperson, placerer barnet i et uløseligt paradoks (Main, 1996). Barnets omsorgsperson er årsag til både beskyttelse og frygt, og barnet vil derfor nærme sig omsorgspersonen, men samtidig opleve angst og impuls til flugt (Main, 1996). Denne tilknytningsstil ses i nogle tilfælde hos børn, som har været udsat for seksuelle overgreb eller anden form for misbrug (Wennerberg, 2011). En desorganiseret tilknytningsstil vil med stor sandsynlighed kunne føre til dissociation og psykopatologi i voksenalderen (Kobak et al., 2006; Main, 2000). Således kan usikker tilknytning udgøre en risikofaktor for en senere udvikling af psykopatologi. Samtidig kan sikker tilknytning udgøre en beskyttende faktor og fungere som en buffer over for psykisk pres. Dermed kan en sikker tilknytning hjælpe individet til at håndtere stressfremkaldende oplevelser (Carlson & Sroufe, 1995; Wennerberg, 2011).

Adult Attachment Interview. Adult Attachment Interview er udviklet af Mary Main, som var samarbejdspartner til Mary Ainsworth (Rechenbach, 2003a). Adult Attachment Interview er udviklet, som en opfølgning på A Strange Situation. Hypotesen var, at børnenes tilknytningsstile ville have en særlig relation til deres forældres mentale repræsentationer af forældrenes egen tilknytningsfortælling (Main et al., 2008). Som resultat af deres arbejde fandt Main, Kaplan og Cassidy (1985) en høj korrelation mellem forældrenes beskrivelse af egen opvækst og den tilknytningsstil, som kunne ses hos deres børn. Adult Attachment Interview består af 20 spørgsmål, som vedrører den voksnes tilknytningsfortælling, hvilken effekt den voksnes opvækst har haft på personligheden, samt om den voksne har oplevet tab og traumer i barndommen (Main et al., 2008). Adult Attachment Interview er designet til at afsløre dybe internaliserede strategier i forhold til tilknytning. Sammenhængen i individets fortælling, samt evne til refleksion og metakognition, spiller en stor rolle i klassifikationen af tilknytningsstile på baggrund af Adult Attachment Interview. Høj kohærens og evne til refleksion udtrykker sikker tilknytning (Main et al., 2008). På baggrund af Adult Attachment Interview klassificeres 4 typer af tilknytning.

Sikker-Autonom tilknytningsstil i Adult Attachment Interview svarer til den sikre tilknytningsstil, som identificeres i A Strange Situation. Et individ med denne tilknytningsstil betegnes som fri og uafhængig, men med en bevidsthed om tilknytningens vigtighed (Fossati, 2012). Individet vil kunne huske og fortælle sammenhængende om sin opvækst uden løse associationer. Individets erindringer er integreret i individets fortælling, og tilknytningsadfærden fremstår åben (Main et al., 2008).

Afvisende tilknytningsstil er tilsvarende den utryg-undgående tilknytningsstil i A Strange Situation. Denne tilknytningsstil udtrykkes ved, at individet undgår minder og følelser, som kan relatere sig til tilknytning (Fossati, 2012). Individet fremstår indesluttet i relation til andre, hvilket kan komme til udtryk ved en decideret afvisning af andre, devalueringer og/eller en tilbageholdelse af egne følelser. Individets beretning om sin opvækst vil være præget af positive fortællinger om omsorgsfulde forældre, trods egentlige fortællinger om specifikke negative episoder fra opvæksten (Main et al., 2008).

Optaget tilknytningsstil er tilsvarende den Utryg-ambivalente tilknytningsstil i A Strange Situation, og kendetegnes ved, at individet er ængstelig optaget af tilknytning (Fossati, 2012). Individet er ofte overvældet af følelser og på sin vis vævet helt ind i sin opvækst. Individets fortælling om sin opvækst vil være præget af vrede og kaos (Main et al., 2008).

Uløst-desorganiseret er den tilknytningsstil i Adult Attachment Interview, som vil svare til den desorganiserede tilknytningsstil i A Strange Situation. Individet er i denne kategori plaget af ubearbejdede tab eller traumer (Fossati, 2012; Main et al., 2008). Individets fortælling om sin opvækst kan have logiske brud, individet kan springe særlige passager over eller holde uforklarlige pauser (Main et al., 2008).

Der er sidenhen foreslået en yderligere kategori af tilknytningsstile, som betegnes *Ikke-klassificérbar*. Denne udtrykkes blandt andet ved modstridende og multiple strategier i forbindelse med følelsesmæssige vurderinger og tilknytning (Hesse, 1996). Dette kan overlape med de strategier, der typisk benyttes af individer med uløst-desorganiseret tilknytningsstil. Dog adskiller de sig ved, at den ikke-klassificérbare vil udtrykke en lav grad af sammenhæng gennem hele interviewet, mens den uløst-desorganiserede primært vil udtrykke dette i forbindelse med traumatiske fortællinger (Hesse, 1996).

Tilknytning, personlighedsudvikling og psykopatologi. Bowlby (1996)

beskriver personlighedsudvikling, som noget der sker gennem udviklingsstier.

Spædbarnet er ved fødslen i besiddelse af en bred vifte af stier for

personlighedsudvikling. Alle stier er potentielt åbne. Det er samspillet mellem barnet og

dets miljø, der er bestemmende for, hvilken sti barnet kommer til at følge. Børn med

følsomme og responderende forældre, bliver i stand til at udvikle sig ad en sund sti. De

børn, som har ufølsomme og forsømmende forældre, vil være tilbøjelige til at udvikle sig

ad en sti, der vil være en risikofaktor for senere psykopatologisk udvikling (Bowlby,

1996). Psykopatologi betragtes i dette lys, som et resultat af uhensigtsmæssig udvikling,

på baggrund af ukvalificeret omsorg og tab i barndommen (Rechenbach, 2003a;

Rechenbach 2003b). I tråd med dette ser man, at individer med BPD ofte har en opvækst,

som er karakteriseret ved brud, tab og traumer (Aarkrog, 1985). Tilknytningsteorien

anses derfor, som et velegnet bud på en delvis forklaring af ætiologien og

symptomatologien i BPD (Rechenbach, 2003b). Eksempelvis forklarer Main (1996), at

BPD patienters intense og splittede følelser kan forklares ved, at det truede barn ikke kan

integrere forskellige positive og negative indre arbejdsmodeller af omsorgspersonen, når

omsorgspersonen opleves som frygtindgydende. Disse uintegrerede arbejdsmodeller

forbliver adskilte gennem livet og dermed opstår risikoen for en alvorlig

personlighedsforstyrrelse, herunder BPD (Main, 1994). I teorien antages *dissociation* som

værende et centralt begreb i sammenhængen mellem barndomstraumer, tilknytning og

BPD, hvorfor vi vil redegøre for begrebet i det følgende afsnit.

2.3. Dissociation

I litteraturen om *dissociation*, hersker en vis begrebsforvirring i spørgsmålet om, hvad der egentlig menes med begrebet. Alt efter hvordan begrebet opfattes, betegner det mange eller få psykologiske fænomener (Dorahy & van der Hart, 2011). I DSM-V defineres dissociation som en ”forstyrrelse af de almindelige integrerede funktioner for bevidsthed, hukommelse eller perception af sig selv og omgivelserne” (frit oversat fra: American Psychiatric Association, 2013, s. 820). Dissociation betegner således en brist i den psykiske integration og refererer til en adskillelse af mentale processer, som normalt er integreret i og tilgængelig for bevidstheden (Spiegel, 2003). Således forstås dissociation, som en betegnelse for ændrede bevidsthedstilstande. Dissociative symptomer kan være uvirkelighedsfølelse, indadvendthed, mentalt fravær, hukommelsestab, depersonalisering og derealisering (American Psychiatric Association, 2013; Dorahy & van der Hart, 2011). Depersonalisering forstås som vedvarende eller tilbagevendende oplevelser af, at føle sig adskilt fra egen krop eller egne mentale processer. Det kan eksempelvis være ved en følelse af, at observere sig selv udefra. Derealisering er vedvarende eller tilbagevendende oplevelser af, at omgivelserne ikke er virkelige. Det kan for eksempel være ved en oplevelse af, at verden omkring individet føles drømmeagtig, fjern eller forvrænget (American Psychiatric Association, 2013).

Dissociationsbegrebet, som det benyttes i dag, er udviklet af Pierre Janet. Janet var den første til at beskrive, at mennesker efter traumatiske begivenheder, kan opleve overvældende emotioner, som forstyrrer den psykiske integration (Foa & Hearst-Ikeda, 1996). I løbet af 1. og 2. Verdenskrig, kom der mange eksempler på det såkaldte ”granatchok”, men det var først som følge af de mange ofre fra Vietnamkrigen i 1970’erne, at forskningen tog fart. Begrebet har de senere årtier fået stor opmærksomhed,

da det er blevet tydeligt, at fysiske og emotionelle overgreb kan være traumatiserende og skabe dybe dissociative symptomer. Endvidere har det vist sig, at dissociation kan spille en rolle i flere psykiske lidelser, blandt andre PTSD, C-PTSD og BPD (Hart, 2011).

Begrebet dissociation har tidligere været begrænset til at omfatte dissociative fænomener, som var resultat af en dissociativ personlighedsstruktur (Dorahy & van der Hart, 2011).

Begrebet indeholder således et bredt område af fænomener, hvilket gør det vanskeligt at definere og præcisere. Den brede definition af dissociation udgør en trussel for begrebets validitet (Dorahy & van der Hart, 2011). I nærværende opgave afgrænses begrebet derfor til, at tage udgangspunkt i de dissociationsfænomener, der relaterer sig til traumatiske hændelser.

Traumatisk dissociation. Dissociation kan være en psykologisk konsekvens af traumer, hvorfor man taler om traumatisk dissociation. Traumatisk dissociation kan forekomme peritraumatisk, hvor individet dissocierer *under* en traumatisk hændelse. Det kan ydermere opstå posttraumatisk, hvor individet oplever at dissociere *efter* den traumatiske hændelse. Traumatisk dissociation forstås som en overlevelsesstrategi, der beskytter individet ved affektiv lammelse og bedøvelse af nervesystemet. Det er en måde, hvorpå individet bevidst eller ubevidst manipulerer med sin bevidsthed således, at individet kan håndtere ubærlig psykisk smerte (Dorahy & van der Hart, 2011; Hart, 2011). Hvis kamp eller flugt ikke er mulig, vil nervesystemet regrediere til en tidligere beskyttelsesstrategi. Organismen vil dissociere til dybe regressive tilstande, som omhandler basal overlevelse. Traumatisk dissociation bliver på den måde en psykologisk selvbeskyttelsesstrategi imod traumatiske oplevelser, som psyken ikke kan integrere (Hart, 2011).

Traumatisk dissociation, tilknytning og personlighedsudvikling. Traumatisk dissociation antages teoretisk at være tæt relateret til tilknytning (Hart, 2011). Alvorlig, tidlig og kronisk traumatisering forårsaget af barnets omsorgspersoner, er en risikofaktor for traumatisk dissociation. Hvis barnet ikke oplever respons fra dets omsorgsperson, når barnet signalerer behov for hjælp i forbindelse med fare, vil barnet på sigt opgive sin alarmreaktion (Wennerberg, 2011). Barnet vil aktivere andre reaktioner over for en vedvarende trussel, herunder dissociative tilpasninger. Specielt er yngre børn særligt tilbøjelige til at anvende disse dissociative tilpasninger (Perry, 2011). Omkostningen for barnet er, at det kan fastholdes i en tilstand af dissociation, hvilket betyder, at det frarøves sin normale udvikling (Hart, 2011).

Desorganiseret tilknytningsstil har vist sig, at være en særlig risikofaktor for dissociative tilstande. Liotti (1999a; 1999b) har udviklet en teoretisk model, der forbinder desorganiseret tilknytning med senere dissociative tilstande. Modellen foreslår, at hvis barnets omsorgsperson udviser skræmmende adfærd i samspil med barnet, vil barnet opleve hurtige skift i opfattelsen af sig selv og den anden. Disse hastigt skiftende modeller repræsenterer barnets uforudsigelige relationelle omgivelser og kan ikke integreres. I en stressende situation, vil de mange indre arbejdsmodeller være til hinder for, at barnet søger trøst og samtidig øge oplevelsen af frygt. Barnet vil i denne situation opleve en overvældelse af modstridende affekter, som kan føre til, at barnet indtræder i en dissociativ tilstand. En gentagelse af disse dissociative tilstande hos barnet, vil kunne føre til en sårbarhed over for dissociative reaktioner på stressorer (Liotti, 1999a; Liotti, 1999b).

Endvidere påpeger Hart (2011), hvorledes traumatisk dissociation forstyrrer personlighedsudviklingen. Et kronisk overbelastet nervesystem fratager hjernen muligheden, for at skabe sammenhæng og balance mellem de dissocierede neurale strukturer. Dette medfører en manglende integration mellem hjernens følelsesregulerende og mentaliserende strukturer, som er vigtig for udviklingen af personlighed (Hart, 2011). Manglende integration af sanser, følelser og tanker i forhold til livserfaringer, begrænser udvikling og medfører kronisk overreaktion på baggrund af traumatiske hændelser (Hart, 2011). Én tese af van der Hart og kolleger (2006) er, at barnets naturlige udvikling brydes af de gentagne traumer. I stedet for at integrere forskellig adfærd og emotioner, til en sammenhængende personlighedsstruktur, formår den umodne hjerne ikke at integrere de intense traumatiske affektiltstande. Konsekvensen bliver, at de traumatiske tilstande dissocieres og selvet ikke bliver integreret, som ved en normal personlighedsudvikling (van der Hart et al., 2006). Mentaliseringsbegrebet spiller en væsentlig rolle i denne sammenhæng. Mentalisering og dissociation kan forstås, som begrebsmæssige modsætninger. Mentalisering forstås som evnen til at binde forskellige sindstilstande sammen over tid, og skabe en integreret fornemmelse af egne og andres tanker og følelser (Fonagy, 2002). Evnen til mentalisering antages at udvikles gennem tidlig tilknytning og omsorgsrelationer. Igennem omsorgspersonens genkendelse af barnets følelser og tanker, vil barnet lære at være opmærksom på egne og andres mentale tilstande (Fonagy & Target, 2000). Ifølge Fonagy og Target (2000) kan traumatisering føre til et kollaps af mentalisering, hvilket kan medføre manglende evne til at skelne mellem indre og ydre realitet samt fortidige og nutidige begivenheder (Hart, 2011). I dissociative tilstande kan intet relateres til hinanden, mentaliseringsevnen kan forsvinde og individet vil være ekstremt sårbar over for stressorer (Fonagy & Target, 2003).

I nærværende opgave benyttes betegnelsen *dissociation*, til at referere til dissociative symptomer som kan relatere sig til barndomstraumer. Samtidig udgør dissociation en del af diagnosekriterierne for BPD, hvor det skal pointeres, at dissociation ikke nødvendigvis relaterer sig til barndomstraumer. Vi vil i det følgende afsnit redegøre for BPD.

2.4. Borderline personlighedsforstyrrelse

Borderline begrebet blev første gang beskrevet i 1930'erne af Adolph Stern og blev brugt til at beskrive en gruppe af patienter, som befandt sig på grænsen mellem neurose og psykose - deraf tilnavnet "Borderline" (Jørgensen, 2009; Paris, 2014). Borderline fænomenet, som diagnose, blev dog først en del af klassificeringen af mentale lidelser flere årtier senere (Paris, 2014). Trods den tidlige forståelse af diagnosen, som en gråzone mellem neurotiske og psykotiske lidelser, har tidens forskning dog bidraget til, at forstå lidelsen som en forstyrrelse i personligheden. Forstyrrelsen anses som værende forankret i underliggende træk og associeret med fremtrædende symptomer (Paris, 2014). Spitzer, Endicott & Gibbons (1979) empirisk funderede operationalisering blev det afgørende gennembrud i afgrænsningen af BPD. Her skelnede de mellem den skizotypale personlighedsforstyrrelse og hvad de kaldte den ustabile personlighedsforstyrrelse. Den skizotypale personlighedsforstyrrelse antages at relatere sig til skizofrenierne. Den ustabile personlighedsforstyrrelse karakteriseres ved relativt varige personlighedstræk, der disponerer for en høj grad af ustabilitet og sårbarhed (Spitzer et al., 1979). Netop den såkaldte ustabile personlighedsforstyrrelse dannede grundlaget for kriterierne for BPD (Jørgensen, 2009).

BPD, som man forstår diagnosen i dag, er karakteriseret ved forstyrret impuls kontrol, herunder tendens til selvskade og vanskeligheder med at kontrollere

negative følelser; ustabilitet i relationer til andre mennesker, som indebærer en frygt for at blive afvist; identitetsusikkerhed i form af tomhedsfølelse og et ustabil selvbillende; udfordringer med selvregulering, som blandt andet kommer til udtryk ved stærke følelsesmæssige svingninger (Jørgensen, 2009). Ifølge American Psychiatric Association (2013) begynder de nævnte karakteristika oftest at vise sig i de sene teenageår og den tidlige voksenalder. Samtidig forekommer de på tværs af forskellige kontekster. Det anslås, at prævalensen af BPD er mellem 1,6% og 5,9% blandt den almene befolkning, mens diagnosen forekommer hos ca. 10% af ambulante psykiatriske patienter og hos 20% af indlagte psykiatriske patienter. Herudover ses der en overvægt af kvinder (omkring 75%) blandt dem der diagnosticeres med BPD (American Psychiatric Association, 2013).

Diagnostik. I nærværende opgave taler vi om diagnostik ud fra diagnosesystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. (DSM-V), som er udgivet af American Psychiatric Association (2013). Årsagen er, at størstedelen af den empiriske forskning på området netop benytter sig af DSM-systemet. Samtidig inkluderer DSM-V dissociative symptomer blandt diagnosekriterierne, hvilket vi ønsker at inddrage i opgaven. I DSM-V er BPD placeret under den overordnede kategori personlighedsforstyrrelser. Kategorien er opdelt i klynge A, B og C, hvor BPD tilhører klynge B personlighedsforstyrrelser. Klynge B indebærer de såkaldt dramatisk-emotionelle personlighedsforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013). DSM-V formulerer ni diagnosekriterier, hvoraf fem skal være opfyldt, for at BPD diagnosen kan stilles. De ni kriterier indbefatter følgende: 1) hektiske forsøg på at undgå reel eller forestillet afvisning, 2) et mønster af ustabile og intense interpersonelle relationer karakteriseret ved en vekslen mellem ekstrem idealisering og devaluering, 3) identitetsforvirring i form af et markant og vedvarende ustabil selvbillende eller

selvfølelse, 4) impulsivitet ved mindst to områder, som er potentielt selvdestruerende, 5) tilbagevendende selvmordsadfærd, tegn herpå, trusler herom eller anden selvskadende adfærd, 6) affektiv ustabilitet, 7) kronisk tomhedsfølelse, 8) upassende intens vrede eller besvær med vredeskontrol, 9) kortvarige, stressrelaterede og paranoide forestillinger eller svære dissociative symptomer (frit oversat fra: American Psychiatric Association, 2013, s. 663).

Uddybning af diagnosekriterierne. Kriterium 1 kan forklares ved, at BPD ofte hænger sammen med en sensitivitet over for miljømæssige omstændigheder. Idéen om en forestående afvisning, separation eller manglende struktur, kan medføre betydelige forandringer af selvbillede, tanker, følelser og adfærd (American Psychiatric Association, 2013). Dermed kan der opleves en intens uberettiget vrede og frygt for afvisning, selv ved naturlige adskillelser i dagligdagen eller ændringer i planer og aftaler. Eksempler herpå kan være en upassende negativ reaktion, når terapeuten i en terapisesession gør opmærksom på, at sessionen skal til at slutte eller, hvis en ven er nødsaget til at aflyse en aftale.

Kriterium 2 kan vise sig ved en overdrevet idealisering af omsorgspersoner, partnere eller andre nære relationer. Dette medfører ofte, at der kræves urimelig meget opmærksomhed fra de mennesker, som individet er tæt på. Dog kan denne idealiserende adfærd hurtigt skifte til en devaluerende adfærd. Devaluering indebærer en følelse af, at de mennesker der er tæt på individet ikke udviser nok interesse og ikke "er der" nok. Således kan individets opfattelse af mennesker omkring sig skifte meget hurtigt, på baggrund af uhensigtsmæssig bedømmelse, hvilket i høj grad kan udgøre en ulempe for individets sociale trivsel (American Psychiatric Association, 2013).

Kriterium 3 kommer til udtryk ved pludselige og dramatiske skift i individets selvbillede og selvfølelse, hvilket skaber identitetsforvirring. Disse skift kan være i henhold til individets værdier og målsætninger. Eksempler herpå kan være pludselige ændringer i individets karriereplaner, seksuelle identitet eller hvilken type venner individet erhverver sig. Dette kriterium kan også forklares ved, at individer med BPD ofte har et meget negativt selvbillede med en følelse af, at være dårlige eller onde mennesker. I perioder med manglende betydningsfulde relationer og støtte, kan der endvidere opstå en følelse af slet ikke at eksistere (American Psychiatric Association, 2013).

Kriterium 4 indebærer potentielt selvdestruerende adfærd ved mindst to områder. Eksempler herpå kan være uansvarligt pengeforbrug, seksuel risikoadfærd, stof- og alkoholmisbrug eller overspisning. Dog inkluderer dette kriterium ikke decideret selvskade eller suicidal adfærd, da det er inkluderet i kriterium 5 (American Psychiatric Association, 2013).

Kriterium 5 viser sig ved tilbagevendende suicidal adfærd, samt tegn på eller trusler om selvskadende adfærd. Selvskadende adfærd kan for eksempel være at skære i sig selv, brænde sig selv eller hive hår ud. Selvskade, trusler om selvmord og selvmordsforsøg ses jævnligt hos individer med BPD og det anslås, at 8-10% gennemfører selvmord (American Psychiatric Association, 2013). Tilbagevendende suicidalitet er ofte den primære årsag til, at individet med BPD opsøger hjælp. Selvdestruerende adfærd udløses mange gange i forbindelse med trusler om, eller tegn på, separation og afvisning. Samtidig forekommer det ofte i forbindelse med dissociation og virker derfor som en lettelse, da det kan bekræfte evnen til at føle (American Psychiatric Association, 2013).

Kriterium 6 omhandler den affektive ustabilitet, som ofte ses hos individer med BPD. Det kan være i form af periodisk intens dysfori, irritabilitet, vrede, panik, håbløshed

og angst. Humøret skifter typisk med få timers mellemrum. Det er oftest de negative følelser, der dominerer, mens perioder med positive følelser, som velvære og tilpashed, forekommer mindre hyppigt. Denne affektive ustabilitet afspejler den markante reaktivitet på interpersonelle stressorer, som forekommer hos individer med BPD (American Psychiatric Association, 2013).

Kriterium 7 beskriver tomhedsfølelsen, som mange individer med BPD oplever. Denne kan være svær at beskrive eller forstå for andre, men kan ofte genkendes af individer med BPD. Tomhedsfølelse hænger sandsynligvis sammen med kedsomhed og/eller rastløshed (American Psychiatric Association, 2013).

Kriterium 8 omhandler, hvordan individer med BPD ofte udviser hyppig, intens og upassende vrede, samt udfordringer med at kontrollere vredesfølelsen. Det kan eksempelvis være i form af verbale udbrud eller ekstrem sarkasme. Vredesfølelsen udløses typisk, hvis en nærtstående person opleves som ligeglad, svigtende eller afvisende. Ofte medfører vredesudbruddene efterfølgende skyld og skam, samt bidrager til følelsen af at være et ondt og dårligt menneske (American Psychiatric Association, 2013).

Kriterium 9 indebærer kortvarige paranoide forestillinger og dissociative symptomer, som eksempelvis depersonalisering. Når disse symptomer forekommer, er det typisk i forbindelse med et øget stressniveau. Det kan eksempelvis være ved reel eller forestillet afvisning, men kan også skyldes en supplerende diagnose. Symptomerne er oftest kortvarige og kan eksempelvis aftage i forbindelse med en genvundet omsorg fra den person, som tidligere blev opfattet som afvisende (American Psychiatric Association, 2013).

Associerede træk og komorbide lidelser. Udover ovennævnte karakteristika og kriterier ser man flere associerede træk og komorbide lidelser ved BPD. Blandt andet har individer med BPD en tendens til at underminere sig selv i situationer, hvor de netop er ved at nå et mål (American Psychiatric Association, 2013). Det kan eksempelvis være at droppe ud af skolen lige inden den afsluttende eksamen. Samtidig hænger BPD ofte sammen med en historie om jobtab, afbrudte uddannelser, skilsmisse og tidlige traumer. Herudover udvikler nogle individer med BPD psykoselignende symptomer, eksempelvis i form af hallucinationer, i forbindelse med øget stress. Komorbide lidelser, som oftest ses i forbindelse med BPD er depression, bipolar lidelse, stofmisbrug, spiseforstyrrelser, PTSD, ADHD og andre personlighedsforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013).

Ætiologi. Udviklingen af BPD kan tage sig ud på mange måder og der er ingen enkel forklaring på årsagen til udviklingen af diagnosen (Paris, 2014). Det mest almindelige mønster for udviklingen af diagnosen, er en kronisk ustabilitet i den sene ungdom og tidlige voksenalder, i form af svær emotionel og impulsiv dysregulering og et højt forbrug af sundhedsressourcer (American Psychiatric Association, 2013). Symptomerne på lidelsen er normalvis tydeligst og mest invaliderende i ungdommen og den tidlige voksenalder, og aftager typisk hen mod 30-40 års alderen (Gunderson et al., 2011). Derved oplever individer med BPD typisk, at de får mere stabile og velfungerende relationer, samt erhvervsmæssigt fungerer bedre, efterhånden som de bliver ældre (American Psychiatric Association, 2013).

Forklaringsmodeller. Inden for teori og forskning om personlighedsforstyrrelser er der en lang række modeller, som søger at forklare årsagen til udviklingen af BPD (Jørgensen, 2009). Eksempelvis findes der de psykodynamiske og relationelle forklaringsmodeller, som lægger vægt på de psykologiske og sociale faktorer, som for eksempel tilknytning. Samtidig findes der de neuropsykologiske forklaringsmodeller, som fokuserer på kognitive funktioner og strukturer i hjernen, mens biologiske og genetiske forklaringsmodeller fremhæver betydningen af determinerende faktorer såsom arvelighed (Jørgensen, 2009).

Fonagy og Bateman (2008) har fremsat en mentaliserings-model til at forstå ætiologien for BPD. Her foreslår de, at alle foreslåede elementer, som udgør ætiologien for BPD, kan bringes sammen i én model, som fokuserer på udviklingen af mentaliseringsevnen. Således antager de, at en ustabil eller reduceret mentaliseringsevne er et centralt træk for BPD. Modellen inkluderer betydningen af medfødt sårbarhed og er rodfæstet i tilknytningsteori. Derudover antager modellen, at forstyrrelser i tilknytningen i den tidlige udvikling, kombineret med traumatiske oplevelser i en tilknytnings kontekst, interagerer med den neurobiologiske udvikling. Denne kombination leder til hypersensitivitet i tilknytningssystemet, og gør mentaliseringsevnen ustabil i forbindelse med emotionel arousal, hvilket medfører symptomer, som afspejler BPD (Fonagy & Bateman, 2008). Et andet eksempel på forklaringsmodeller på ætiologien for BPD er Linehan's biosociale teori (1993). Ifølge Linehan (1993) er BPD en lidelse primært bestående af dysfunktionel emotionsregulering. Samtidig antager hun, at BPD opstår i samspillet mellem individer med biologisk sårbarhed og specifikke invaliderende miljømæssige påvirkninger. Disse miljømæssige påvirkninger forekommer ofte i forbindelse med udviklingen, og er karakteriseret ved andres intolerance over for, at udtrykke personlige emotioner. Herunder særligt emotioner, som ikke kan verificeres af

observerbare hændelser og som derfor af omgivelserne ikke opfattes som berettigede. Denne intolerance medfører, at individet lærer, at stærke personlige emotioner skal håndteres i individet selv, uden omsorgspersonernes støtte. Derved lærer individet ikke at forstå, identificere, regulere eller håndtere egne emotionelle reaktioner, men lærer i stedet at skifte mellem emotionel blokering og ekstrem emotionel labilitet. Når Linehan (1993) omtaler emotioner indebærer det både emotionelle kognitive processer, biokemi og fysiologi, ansigtsudtryk og muskulære reaktioner, samt emotions-styrede handlinger. Således fokuserer Linehans teori særligt på emotionernes betydning i ætiologien for BPD, såvel i en psykosocial, som i en biologisk kontekst.

Diskussionen om hvorvidt BPD skal betragtes, som en overvejende relationel og psykosocialt betinget personlighedsforstyrrelse eller en affektiv og mere eller mindre biologisk determineret lidelse, kan ses som udtryk for en vedvarende kamp mellem forskellige perspektiver på psykiske lidelser generelt. En kamp med det medicinske og biologiske perspektiv overfor det psykodynamiske, psykologiske og relationelle perspektiv om at definere, hvad der er kernen i BPD (Jørgensen, 2009). Nærværende opgave har til hensigt at bidrage til denne diskussion. Så vidt vi erfarer, er der endnu ikke foreslået en forklaringsmodel for ætiologien i BPD, som netop inddrager barndomstraumer, tilknytning og dissociation i én samlet model. På baggrund af dette, vil vi igennem opgavens analyse, forsøge at udvikle en model, som inkluderer disse fire fænomener.

3. Metode

3.1. Litterært review

Det litterære review havde til formål at identificere empiriske studier, som har undersøgt forholdet mellem barndomstraumer og udviklingen af BPD. Samtidig var formålet at identificere studier, der har undersøgt betydningen af tilknytning og dissociation for dette forhold. Vi foretog flere litteratursøgninger i perioden fra d. 15. januar 2017 til d. 31. marts 2017. Vi anvendte databaserne PsycINFO og PubMed og søgte i "title", "abstract" og "keyword". For at identificere relevante og kvalificerede studier benyttede vi i første omgang følgende søgestreng: (attachment) AND (childhood trauma OR childhood adversity OR child maltreatment OR child abuse) AND (borderline personality disorder OR borderline personality diagnosis OR borderline personality) AND (dissociation OR dissociative symptoms). Denne søgning gav 11 hits i PsycINFO og 793 hits i PubMed. Det lykkedes kun at identificere ét studie, som både inkluderede barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD, og som samtidig overholdt vores inklusionskriterier. På baggrund af dette samt de relativt få hits, vurderede vi det nødvendigt at søge i flere og mindre led. Da vi var særligt interesserede i, at studierne skulle inddrage BPD, opdelte vi søgestrengen således, at én søgestreng inkluderede barndomstraumer, tilknytning og BPD og én søgestreng inkluderede barndomstraumer, dissociation og BPD. Vi valgte bevidst at benytte søgestrengene, som altid indeholdt BPD. Dette skyldtes, at vi ikke var interesseret i studier, som undersøgte barndomstraumer, dissociation og tilknytning i andre samples end individer diagnosticeret med BPD. Søgestrengene så derved ud som følger: Søgestreng 1: (childhood trauma OR childhood adversity OR child maltreatment OR child abuse) AND (attachment) AND (borderline personality disorder OR borderline personality OR borderline personality diagnosis). Søgestreng 2: (childhood trauma OR childhood adversity OR child maltreatment OR

child abuse) AND (dissociation OR dissociative symptoms) AND (borderline personality disorder OR borderline personality OR borderline personality diagnosis)

Søgestreng 1 gav 52 hits i PsycINFO og 4916 hits i PubMed og søgestreng 2 gav 101 hits i PsycINFO og 4963 hits i PubMed.

Inklusionskriterier og udvælgelse af studier. Som udgangspunkt var det et inklusionskriterium, at de inddragede studier skulle anvende DSM-V til diagnosticering af BPD. Dog erfarede vi hurtigt, at antallet af studier der benyttede DSM-V, og samtidig undersøgte den ønskede sammenhæng, var begrænset. Derfor udvidede vi søgningen til at inddrage studier, som benyttede DSM-IV. Det vurderede vi problemfrit, da diagnosekriterierne for BPD i DSM-IV er overensstemmende med DSM-V (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013).

Vi filtrerede søgningen således, at der kun blev vist studier, der var tilgængelige som 'full text', var publiceret i årene mellem 1994 (hvor DSM-IV udkom) og 2017 og som var enten dansk- eller engelsksproget. For at sikre en høj kvalitet af de inddragede studier, var det endvidere et krav, at artiklerne skulle være publiceret i peer reviewed tidsskrifter. Vi gennemgik resultaterne fra vores søgninger systematisk og identificerede i første omgang artikler ud fra gennemgang af titel og abstract. Dette gav os i alt 44 studier til videre gennemgang. Disse studier gennemlæste vi med fokus på, om de overholdt følgende inklusionskriterier. Studiernes samples skulle, som minimum, bestå delvist af individer diagnosticeret med BPD. Samtidig skulle deltagerne være minimum 18 år. Det var endvidere et krav, at BPD diagnosen var diagnosticeret med standardiserede måleredskaber på baggrund af enten DSM-IV eller DSM-V. Artikler der gjorde brug af DSM-III blev derfor ekskluderet. Ydermere skulle studierne anvende standardiserede og validerede måleredskaber i undersøgelsen af barndomstraumer. Det

var i denne sammenhæng et krav, at studierne som minimum undersøgte én af tre omtalte traumetyper: emotionelt, fysisk og seksuelt misbrug. Studier der ikke inkluderede disse traumetyper blev ekskluderet. Ydermere var det et krav, at studierne målte tilknytning via standardiserede og validerede måleredskaber, som kunne karakterisere tilknytningsstile. Det var ikke et krav, at tilknytningsstilene skulle være de specifikke tilknytningsstile fra Adult Attachment Interview, som er beskrevet i opgavens redegørelse. Dog skulle tilknytningsstilene i studierne kunne sammenlignes med disse, og som minimum, karakteriseres som værende sikre eller usikre. I identificeringen af studier, som har undersøgt dissociative symptomer, var det ligeledes et krav, at der blev anvendt standardiserede og validerede måleredskaber. Samtidig blev de studier, som undersøgte deciderede dissociative lidelser ekskluderet.

Ud fra ovenstående inklusionskriterier blev i alt 12 studier vurderet som værende kvalificerede til brug i opgavens analyse. Som nævnt, identificerede vi ét studie, som både inddrager barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD. Derudover identificerede vi fire studier, som alle inddrog barndomstraumer, dissociation og BPD. Det var ikke muligt, at identificere mere end to studier, som både inddrager barndomstraumer, tilknytning og BPD, og samtidig lever op til vores inklusionskriterier. Derfor valgte vi at inkludere yderligere to studier, som kun inddrager tilknytning og BPD. Dette gjorde vi ud fra en vurdering af, at disse studier godt kunne bidrage til at forklare dele af den sammenhæng, vi ønskede at undersøge. Udover ovennævnte identificerede vi, på tværs af søgestrengene, tre studier som udelukkende undersøgte forholdet mellem barndomstraumer og BPD. I tabel 1 ses en oversigt over analysens i alt 12 inkluderede studier inklusiv studierne relevante fund.

Tabel 1

Oversigt over inkluderede studier i opgavens review.

A = Inddrager barndomstraumer, **B** = Inddrager BPD, **C** = Inddrager tilknytning, **D** = Inddrager dissociation.

Note. **PD** = Personlighedsforstyrrelse; **MSI-BPD** = McLean Screening Instrument for BPD; **CECA.O** = Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire; **TAQ** = Traumatic Antecedents Questionnaire; **IPDE** = International Personality Disorders Examination; **ETI** = Early Trauma Inventory; **DIB-R** = Revised Diagnostic Interview for Borderline; **CTQ** = Childhood Trauma Questionnaire; **PBI** = Parental Bonding Instrument; **SCL-90-R** = Revised Symptom Checklist; **AAQ** = Adult Attachment Questionnaire; **ECR** = Experiences in Close Relationships Scale; **MPQ** = Multidimensional Personality Questionnaire; **IPO** = Inventory of Personality Organization; **AIAQ** = Anger Irritability Assault Questionnaire; **OASM** = Overt Aggression Scale-Modified for Outpatient; **SASH** = Suicide Attempt Self Injury Interview; **DES** = Dissociative Experiences Scale; **SIDP** = Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders; **DSQ** = Defense Style Questionnaire; **RSQ** = Relationship Style Questionnaire; **PDEQ** = Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire; **SCID-D** = Structured Clinical Interview for DSM-IV-Dissociative Disorders; **BSL** = Borderline Symptom Checklist; **DSS-4** = Dissociation Tension scale acute; **SAM** = Self-Assessment Manikin; **AAI** = Adult Attachment Interview; **M.I.N.I.** = Mini-International Neuropsychiatric Interview; **TSC-40** = Trauma Symptom Checklist-40; **HoNOS** = Health of the Nation Outcome Scales; **SWAP-200** = Shedler-Westen Assessment Procedure-200; Personality Pathology Q-sort; **FDS** = Evaluation for dissociative symptoms; **AREQ** = The Affect Experience and Affect Regulation Q-sort; **PDQ** = Personality Diagnostic Questionnaire; **STCPCD** = Screen Test for Comorbid Personality Disorder; **CAPS** = Clinician-Administered PTSD Scale; **BDI** = Beck Depression Inventory.

Forfattere og land	Design	Sample karakteristika	Anvendt diagnose-system	Måleredskaber	Statistiske analyser	Relevante fund
1. Huang, Yuang, Wu, Napolitano, Xi & Cui (2012) Kina	Tværsnitsundersøgelse	Ambulante BPD patienter ($n = 203$) Anden PD ($n = 109$) Ingen PD ($n = 70$) 58,6% kvinder Alder: 18-50 år ($M = 27,51$)	DSM-IV	- BPD og anden PD: Kinesisk version af MSI-BPD og SCID-II - Barndomstraumer: CECA.Q (Alle måleredskaber i kinesisk version)	- MANOVA - Chi-Square - Binær logistisk regression	- BPD gruppen rapporterede om signifikant højere prævalens af fysisk misbrug (46,8%) end gruppen med anden PD (30,3%) og gruppen med ingen PD (18,6%); $Chi^2 = 20,69, p = .000$. - BPD gruppen rapporterede om signifikant højere prævalens af seksuelt misbrug (22,2%) end gruppen med andre PD (10,1%) og gruppen med ingen PD (8,6%); $Chi^2 = 14,40, p = .006$. Fysisk ($Beta = 0,737, SE = 0,279, df = 1, p = .008, odds\ ratio = 2,09$) og seksuelt ($Beta = 0,618, SE = 0,227, df = 1, p = .007, odds\ ratio = 1,86$) misbrug prædikterede BPD.
A+B 2. Merza, Papp & Szabó (2015) Ungarn	Tværsnitsundersøgelse	Indlagte BPD patienter ($n = 80$) 85% kvinder Depressionsgruppe ($n = 73$) 82,2% kvinder Rask kontrolgruppe ($n = 51$) 86,3% kvinder Alder: 18-50 år $M = 30,5$ (BPD patienter), 44,3 (Depressionsgruppe), 33,6 (Rask kontrolgruppe).	DSM-IV	- BPD: SCID-II - Depression: SCID-I - Barndomstraumer: TAQ og Sexual Abuse Scale fra ETI (Alle måleredskaber i ungarsk version)	- ANOVAs - Chi-Square - Logistisk regression	- BPD gruppen rapporterede om en signifikant højere prævalens af emotionelt misbrug (87,5%) i forhold til gruppen med depression (57,5%) og den raske kontrol-gruppe (39,2%); $Chi^2 = 34,36, p < .001$. - BPD gruppen rapporterede om en signifikant højere prævalens af fysisk misbrug (65%) i forhold til gruppen med depression (19,2%) og den raske kontrol-gruppe (11,8%); $Chi^2 = 51,58, p < .001$. - BPD gruppen rapporterede om en signifikant højere prævalens af seksuelt misbrug (56,3%) i forhold til gruppen med depression (20,5%) og den raske kontrol-gruppe (3,9%); $Chi^2 = 45,52, p < .001$. - Genital berøring ($Beta = 2,009, SE = 0,608, df = 1, p = 0,001, odds\ ratio = 8,156$) og penetration ($Beta = 1,671, SE = 0,780, df = 1, p = 0,032, odds\ ratio = 5,316$) var de største prædiktorer for at udvikle BPD.

<p>A+B 3. Hernandez, Arntz, Garviria, Labadi, & Guttiérrez-Zotes (2012) Spanien</p>	<p>Tværsnitsundersøgelse</p>	<p>Indlagte og ambulante BPD patienter ($n = 32$) Anden PD ($n = 43$) Akse 1 diagnose ($n = 34$) 100% kvinder Alder: 18-65 år ($M = 38,79$)</p>	<p>DSM-IV</p>	<p>- BPD og anden PD: SCID-II og DIB-R - Akse 1 diagnose: SCL-90-R - Barmdomstraumer: CTQ short form - Forældrestil: PBI (Alle måleredskaber i spansk version)</p>	<p>- Chi-square - Mann-Whitney - Kruskal-Wallis H test - Kendall's Tau partial correlations</p>	<p>- BPD gruppen rapporterede om en signifikant højere prævalens af emotionelt misbrug (median = 16) end gruppen med andre PD (median = 12) og gruppen med ingen PD (median = 7; $H = 20,80, p < .001$). - BPD gruppen rapporterede om en signifikant højere prævalens af fysisk misbrug (median = 8) end gruppen med andre PD (median = 7) og gruppen med ingen PD (median = 5; $H = 8,89, p < .05$). - BPD gruppen rapporterede om en signifikant højere prævalens af seksuelt misbrug (median = 9) end gruppen med andre PD (median = 5) og gruppen med ingen PD (median = 5; $H = 7,60, p < .05$). - Seksuelt (.24, $p < .01$), fysisk (.17, $p < .05$) og emotionelt misbrug (.35, $p < .001$) var signifikant korreleret med BPD. Kun seksuelt misbrug (.13, $p < .05$) og emotionelt misbrug (.14, $p < .05$) forblev signifikante når man kontrollerede for andre typer misbrug, forældrestil og PSDI scoren.</p>
<p>A+B+C 4. Frias, Palma, Fariols, Gonzales & Horta (2016) Spanien</p>	<p>Tværsnitsundersøgelse</p>	<p>Ambulante BPD patienter ($n = 70$) Anden PD ($n = 60$) 100% kvinder Alder: 18-55 år $M = 37,66$ (BPD), 39,62 (anden PD)</p>	<p>DSM-IV</p>	<p>- BPD: SCID-II - Barmdomstraumer: CTQ - Tilknyningsstil: AAQ (Alle måleredskaber i spansk version)</p>	<p>- Shapiro-Wilk - Chi-Square / Mann-Whitney - Spearman's correlations - Hierarkisk binær logistisk regression</p>	<p>- BPD patienterne rapporterede om signifikant højere prævalens af emotionelt misbrug ($U = 1\,381,5, p = .001$), fysisk misbrug ($U = 1\,635,5, p = .027$) og seksuelt misbrug ($U = 1\,662,5, p = .037$) end gruppen med andre personlighedsforstyrrelser. - Scoren på optaget ængstelig tilknytningsstil var signifikant højere i BPD gruppen ($U = 1\,470,5$). - Graden af optaget-ængstelig tilknytningsstil var positivt korreleret med emotionelt misbrug ($r_{ho} = 0,362, p = .002$) og fysisk misbrug ($r_{ho} = 0,24, p = .046$) i BPD gruppen. - Optaget-ængstelig tilknytningsstil var en signifikant prædikator for BPD (OR 0,92, 95% IC 0,85–0,99, $p = .041$). - Optaget-ængstelig tilknytningsstil kan mediere forholdet mellem emotionelt misbrug og udviklingen af BPD: når de kontrollerede for optaget-ængstelig tilknytning i forholdet mellem emotionelt misbrug og BPD, var forholdet ikke længere signifikant (OR 0,93, 95% IC 0,87–1,00, $p = .084$).</p>

<p>B+C 5. Critchfield, Levy, Clarkin & Kernberg (2008) USA</p>	<p>Tværsnitsundersøgelse</p> <p>Ambulante BPD patienter ($n = 92$) 92,4% kvinder Alder: 18-50 år ($M = 30,75$)</p>	<p>DSM-IV</p> <p>- BPD kriterier: IPDE - Ekskludering af Akse I diagnoser: SCID-I - Tilknytning: ECR - Aggressionspersonlighedstræk inkl. selvskafe/suicidalitet: Aggression Scale og Alienation Scale fra MPQ, Aggression Scale og Moral values Scale fra IPO, AIAQ, OASM og SASII (Alle måleredskaber i engelsk version)</p>	<p>- <i>t</i>-tests - Korrelation - Regression</p>	<p>- Forventningen om aggression fra andre og/eller tendensen til at respondere aggressivt var signifikant stærkest associeret med øgning på begge tilknytningsdimensioner: $r = .56, p < .001$ (ængstelighed), $r = .30, p < .01$ (undgåelse). - Irritabilitet og vrede var kun signifikant associeret med ængsteligheds-dimensionen ($r = .39, p < .001$), mens aggression rettet mod personen selv kun var signifikant associeret med undgåelses-dimensionen ($r = .31, p < .01$). - Tilknytning prædikterede 43% af variansen i aggressive reaktioner/ forventninger ($R^2 = .43, F = 32.44, p < .001$), 15% af variansen i selvskafe ($R^2 = .15, F = 7.55, p < .001$) og 18% af variansen i vrede ($R^2 = .18, F = 9.51, p < .001$). - Signifikant øget ængstelighed ($M_{norm} = 53.64, SD_{norm} = 51.33; M_{bpd} = 55.34, SD_{bpd} = 51.18; t(88)513.65, p < .001$) og undgåelse ($M_{norm} = 52.93, SD_{norm} = 51.18; M_{bpd} = 53.56, SD_{bpd} = 51.35; t(88)54.42, p < .001$) i forbindelse med nære relationer til andre i BPD gruppen sammenlignet med normen.</p>
<p>A+B+C 6. Minzenberg, Poole & Vinogradov (2006) USA</p>	<p>Tværsnitsundersøgelse</p> <p>Rask kontrolgruppe: ($n = 25$) 88,4% kvinder (BPD) 88,5% kvinder (rask kontrol) Alder: 18-60 år $M = 35,1$ (BPD), 34,4 (rask kontrol)</p>	<p>DSM-IV</p> <p>- Diagnostiske måleredskaber: SCID-I-II - Tilknytning: ECR - Barndomstraumer: CTQ - Depression: BDI - Angst: Spielberger State-trait Anxiety Inventory - Udvalgte BPD træk: Buss-Durkee Hostility Inventory (fjendtlighed), Barratt Impulsivity Scale 11th version (impulsivitet), Inventory of Interpersonal Problems (interpersonelle problemer) (Alle måleredskaber i engelsk version)</p>	<p>- ANOVAs: - Korrelation (Canonical R og Pearson r)</p>	<p>- BPD gruppen scorede signifikant højere på de to tilknytningsdimensioner (relational angst ($F[1,57] = 42,0, p < .001$) og relationel undgåelse ($F[1,57] = 9,54, p = .003$)) end den raske kontrolgruppe. - De to tilknytningsdimensioner var signifikant korreleret med total scoren for barndomstraumer ($chanonical R = .52, p = .02$). - Ængstelighedsdimensionen alene korrelerede med total scoren for fysisk, psykisk og seksuelt misbrug ($r = .35, p = .03$), og særligt med seksuelt misbrug ($r = .41, p = .01$). - Undgåelsesdimensionen korrelerede stærkest med fysisk ($r = .32, p < .05$) og seksuelt ($r = .32, p < .05$) misbrug. - Begge tilknytningsdimensioner var signifikant korreleret med total scoren på impulsivitet ($chanonical R = .48, p < .01$), fjendtlighed ($chanonical R = .43, p < .01$) og interpersonelle problemer ($chanonical R = .68, p < .01$ (ængstelighed); ($chanonical R = .60, p < .05$) (undgåelse)). - Ængstelighedsdimensionen alene korrelerede signifikant med fjendtlighed ($r = .44, p < .01$) og impulsivitet ($r = .42, p < .01$), mens undgåelsesdimensionen alene var signifikant korreleret med impulsivitet ($r = .36, p < .05$). Ængstelig tilknytningsstil var signifikant hyppigere i BPD gruppen sammenlignet med kontrolgruppen ($Chi^2 = 4.78, df = 1, p < .05$).</p>

B+C

**7. Barone (2003)
Italien**

Tværsnitsundersøgelse

Ambulante BPD patienter ($n = 40$)
Ikke-klinisk kontrolgruppe ($n = 40$)
25 kvinder og 15 mænd i begge grupper.
Alder: 22-35 år ($M = 29$)

DSM-IV

- Diagnostiske måleredskaber: SCID-I-II
- Tilknævnings: AAI

- Chi-square
- ANOVAs

- Signifikante forskelle i tilknævningsstil mellem de to grupper ($\chi^2 = 24.59, df = 1, p < .001$): 7% i BPD gruppen og 62% i kontrolgruppen havde en sikker tilknævningsstil; 50% i BPD gruppen og 7% i kontrolgruppen havde uforløst tilknævningsstil.
- BPD gruppen oplevede mindre kærlighed fra både mor og far end kontrolgruppen ($M_{bpd} = 3.41, SD_{bpd} = 1.38, M_{kontrol} = 5.16, SD_{kontrol} = 1.56, F[1,78] = 24.75, p < .001$ (mor); $M_{bpd} = 3.14, SD_{bpd} = 1.46, M_{kontrol} = 4.82, SD_{kontrol} = 1.47, F[1,78] = 27.69, p < .001$ (far)).
- BPD gruppen havde flere oplevelser af afvisning fra både mor og far end kontrolgruppen ($M_{bpd} = 4.45, SD_{bpd} = 2.47, M_{kontrol} = 2.65, SD_{kontrol} = 1.38, F[1,78] = 16.02, p < .001$ (mor); $M_{bpd} = 4.37, SD_{bpd} = 2.49, M_{kontrol} = 2.31, SD_{kontrol} = 1.21, F[1,78] = 21.99, p < .001$ (far)).
- BPD gruppen scorede signifikant højere på oplevelser vedrørende omvendt rollefordeling med deres mor i barndommen ($M_{bpd} = 3.88, SD_{bpd} = 1.95, M_{kontrol} = 2.42, SD_{kontrol} = 1.51, F[1,78] = 13.98, p < .001$), samt signifikant lavere på evnen til metakognition ($M_{bpd} = 1.71, SD_{bpd} = 1.03, M_{kontrol} = 3.33, SD_{kontrol} = 1.61, F[1,78] = 13.73, p < .001$).
- BPD gruppen scorede signifikant højere på uløste traumatiske oplevelser end kontrolgruppen ($M_{bpd} = 3.65, SD_{bpd} = 2.04, M_{kontrol} = 1.10, SD_{kontrol} = .63, F[1,78] = 31.03, p < .001$).

A+B+D

**8. Pec, Bob & Raboch (2014)
Tjekkiet**

Tværsnitsundersøgelse

Ambulante BPD patienter ($n = 36$): 11 mænd og 25 kvinder.
Skizofreni patienter ($n = 31$): 15 mænd og 16 kvinder.
Alder:
BPD: 22-39 år ($M = 31$)
Skizofreni: 26-45 ($M = 36,2$)

DSM-IV

- Diagnostiske måleredskaber: M.I.N.I. I (skizofreni) og udefineret semistruktureret interview (BPD)
- Dissociation: DES
- Barndomstraume symptomer: TSC-40
- Psykotiske manifestationer: HoNOS (Alle måleredskaber i tjekkisk version)

- Mann-Whitney - Spearman's Correlations
- Chi-square

- BPD gruppen scorede signifikant højere på traumatisk stress end gruppen med skizofreni ($MW = -3.7, r = .95, p = .0002$).
- Ingen signifikante forskelle mellem de to grupper i forhold til dissociation målt med DES ($MW = -1.8, r = .36, p = .0730$).
- Dissociative symptomer i DES var signifikant korreleret med traumatisk stress i TSC-40 hos BPD patienter ($r = .53, p < .05$) og patienter med skizofreni ($r = .6, p < .05$).

<p>A+B+D 9. Bischescu-Burian, Steyer, Steinert, Grieb & Tschöke (2016) Tyskland</p>	<p>Tværsnitsundersøgelse</p>	<p>Ambulante BPD patienter ($n = 13$) Ambulante BPD patienter med peritraumatisk dissociation ($n = 15$) Rask kontrolgruppe ($n = 15$) 100% kvinder Alder: BPD: 18-33 år ($M = 24,38$) BPD med peritraumatisk dissociation: 18-34 år ($M = 25,53$) Rask kontrol: 18-30 år ($M = 23,87$)</p>	<p>DSM-IV</p>	<p>- Diagnostiske måleredskaber: M.I.N.I., PTSD Scale, SCID-D, SCID-I-II - Dissociation: DES - Andre psykologiske symptomer: BSL, SCL-90-R (BPD gruppen), SCL-14 (rask kontrol og BPD gruppen) - Peritraumatisk dissociation: PDEQ - Barndomstraumer: CTQ og event checklist fra CAPS. - Emotionel respons: DSS-4 short version, SAM - Fysiologiske målinger: Hjerterytme og hudkonduktans (Alle måleredskaber i tysk version)</p>	<p>- t-test - ANOVAs - Chi-square - Biner korrelation</p>	<p>- BPD gruppen med høj grad af peritraumatisk dissociation scorede signifikant højere på den samlede DES score (34.66) end BPD gruppen med lav grad af peritraumatisk dissociation (15.91; $p < .001$) - BPD gruppen med høj grad af peritraumatisk dissociation scorede signifikant højere på den samlede BSL score (2.52) end BPD gruppen med lav grad af peritraumatisk dissociation (1.78; $p < .001$) - BPD gruppen med høj grad af peritraumatisk dissociation scorede signifikant højere på den samlede SCL-40 score (2.21) end BPD gruppen med lav grad af peritraumatisk dissociation (1.36; $p < .001$) - BPD gruppen med høj grad af peritraumatisk dissociation scorede signifikant højere på den samlede CTQ score (88.47) end BPD gruppen med lav grad af peritraumatisk dissociation (69.54; $p < .001$) - Omfanget af peritraumatisk dissociation korrelerede positivt med BPD symptomatologi ($r = .67, p < .01$) og dissociation ($r = .70, p < .01$). - Peritraumatisk dissociation og graden af barndomstraumer var positivt korreleret ($r = .68, p < .01$ (CTQ), $r = .39, p < .01$ (CAPS)).</p>
<p>A+B+D 10. Löffler-statska, Szerencsics & Blüml (2009) Østrig</p>	<p>Tværsnitsundersøgelse</p>	<p>52 indlagte patienter med blandede personlighedsforstyrrelser (heraf 37 med BPD) 48% kvinder Alder: 20-66 år ($M = 38$)</p>	<p>DSM-IV</p>	<p>- Personlighed: Structural interview (Kernberg), SWAP-200 - Dissociation: DES, FDS - Barndomstraumer: CTQ - Emotionelle oplevelser og emotionregulering: AREQ (Alle måleredskaber i tysk version)</p>	<p>- Korrelation</p>	<p>- Signifikant korrelation mellem fysisk misbrug og BPD items i SWAP-200 ($r = .289, p < .05$). - Signifikant korrelation mellem derealisering og emotionelt misbrug ($r = .381, p = .006$). - Signifikant korrelation mellem dissociative symptomer og seksuelt misbrug ($r = .377, p = .007$). - Kun emotionelt misbrug var signifikant korreleret med den samlede DES score ($r = .284, p = .045$).</p>

<p>A+B+D 11. Watson, Chilton, Fairchild & Whewell (2006) New Zealand</p>	<p>Tværsnitsundersøgelse</p>	<p>Ambulante BPD patienter ($n = 139$) 105 kvinder og 34 mænd Alder: 23-35 år ($M = 32,6$)</p>	<p>DSM-IV</p>	<p>- Diagnostiske måleredskaber: PDQ og STCPD - Dissociation: DES - Barndomstraumer: CTQ (Alle måleredskaber i engelsk version)</p>	<p>- Mann-Whitney test - Spearman's Correlation</p>	<p>- 71% af BPD patienterne rapporterede om emotionelt misbrug i enten moderat/svær grad eller svær/ekstrem grad; 43% om seksuelt misbrug i enten moderat/svær grad eller svær/ekstrem grad; 39% om seksuelt misbrug i enten moderat/svær grad eller svær/ekstrem grad. - BPD patienter med høj grad af dissociation scorede signifikant højere på emotionelt misbrug ved CTQ end BPD patienter med lav grad af dissociation ($U = 1669, p < .0005$) - BPD patienter med høj grad af dissociation scorede signifikant højere på fysisk misbrug ved CTQ end BPD patienter med lav grad af dissociation ($U = 1615, p = .009$) - BPD patienter med høj grad af dissociation scorede ikke signifikant højere på seksuelt misbrug ved CTQ end BPD patienter med lav grad af dissociation ($U = 1696, p = .140$) - Signifikant korrelation mellem BPD patienters samlede DES score og emotionelt misbrug målt ved CTQ ($r = .33, p < .0005$) - Signifikant korrelation mellem BPD patienter samlede DES score og fysisk misbrug målt ved CTQ ($r = .19, p = .029$). - Ingen signifikant korrelation mellem BPD patienters samlede DES score og seksuelt misbrug målt ved CTQ ($r = .13, p = .135$)</p>
<p>A+B+C+D 12. Simeon, Nelson, Elias, Greenberg & Hollander (2003) USA</p>	<p>Tværsnitsundersøgelse</p>	<p>Ambulante BPD patienter ($n = 20$): 8 kvinder og 12 mænd Rask kontrolgruppe ($n = 24$): 11 kvinder og 13 mænd Alder: BPD: 25-50 år ($M = 37,9$) Rask kontrol: 23-47 år ($M = 35,3$)</p>	<p>DSM-IV</p>	<p>- Akse I lidelser: SCID-I - Personlighedsforstyrrelser: SIDP - Udvalgte BPD træk ud fra forskellige teoretiske rammer: Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire (temperament), DSQ (forsvarsmekanismer), Schema Questionnaire (kognitive skemata), RSQ (tilknytning) - Dissociation: DES - Barndomstraumer: CTQ short form (Alle måleredskaber i engelsk version)</p>	<p>- ANCOVAS - Pearson Correlations - Stepvis logistisk regression - Stepvis lineær regression</p>	<p>- Signifikant højere prævalens af dissociation hos BPD gruppen end kontrolgruppen ($M_{\text{bpd}} = 25.80, SD_{\text{bpd}} = 16.37, M_{\text{kontrol}} = 2.86, SD_{\text{kontrol}} = 3.85, F[1,41] = 28.29, p < .001$). - Signifikant højere prævalens af barndomstraumer (undtagen seksuelt misbrug) hos BPD gruppen: fysisk misbrug ($M_{\text{bpd}} = 10.50, SD_{\text{bpd}} = 5.37, M_{\text{kontrol}} = 5.54, SD_{\text{kontrol}} = 1.10, F[1,41] = 9.97, p = .003$); emotionelt misbrug ($M_{\text{bpd}} = 14.15, SD_{\text{bpd}} = 7.02, M_{\text{kontrol}} = 6.21, SD_{\text{kontrol}} = 1.32, F[1,41] = 23.84, p < .001$). - BPD gruppen scorede signifikant højere på ængstelig og optaget tilknytningsstil: ængstelig ($M_{\text{bpd}} = 15.10, SD_{\text{bpd}} = 3.31, M_{\text{kontrol}} = 8.29, SD_{\text{kontrol}} = 3.33, F[1,41] = 27.41, p < .001$); optaget ($M_{\text{bpd}} = 14.15, SD_{\text{bpd}} = 3.77, M_{\text{kontrol}} = 9.58, SD_{\text{kontrol}} = 2.04, F[1,41] = 17.92, p < .001$). - Dissociation var signifikant korreleret med ængstelig tilknytning ($r = .49, df = 18, p = .28$). - Dissociation var i BPD gruppen positivt, men ikke signifikant korreleret med CTQ total score ($r = .24, df = 18, p = .31$). - Emotionelt misbrug alene var en stærk prædikator for BPD ($\text{Chi}^2 = 25.45, df = 1, P < .001, 84\%$). - Ængstelig tilknytning var signifikant prædikeret af dissociation ($F = 5.75, R^2 = .24, df = 1, P = .028$).</p>

4. Analyse og diskussion

4.1. Karakteristika ved analysens inddragede studier

Blandt de 12 udvalgte studier, som inddrages i analysen var ét fra Kina, ét fra Ungarn, to fra Spanien, tre fra USA, ét fra Italien, ét fra Tjekkiet, ét fra Tyskland, ét fra Østrig og ét fra New Zealand. Således repræsenterede studierne flere forskellige kulturer og nationaliteter. Alle 12 studier var designet som tværsnitsundersøgelser, som samtidig gjorde brug af retrospektive målinger af barndomstraumer. Derudover bestod alle studierne samples af en gruppe BPD patienter og kontrolgrupper, undtagen ét studie, som kun undersøgte BPD patienter. Kontrolgrupperne bestod af raske personer, personer med andre personlighedsforstyrrelser og/eller personer med en akse 1 lidelse. Studierne samples bestod generelt af et overtal af kvinder. Syv studier havde flere kvinder end mænd i deres samples, tre studier havde udelukkende kvinder i deres samples og kun to studier havde flere mænd end kvinder i deres samples. Aldersspredningen på tværs af studierne var mellem 18 og 60 år, mens aldersgennemsnittet varierede fra 23,87 år til 44,3 år (se tabel 1).

Alle de inddragede studier benyttede DSM-IV som diagnosesystem. Studierne anvendte måleredskaber varierede indenfor både barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD. Der blev anvendt seks forskellige måleredskaber til måling af barndomstraumer på tværs af studierne. Disse var henholdsvis Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q; Bifulco, Bernazzani, Moran & Jacobs, 2005), Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ; Van der Kolk & Smyth, 2010), Sexual Abuse Scale fra Early Trauma Inventory (ETI; Bremner, Bolus & Mayer, 2007), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998), Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40; Elliott & Briere, 1992) og Event checklist

fra Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1995). Seks studier benyttede udelukkende CTQ, mens ét studie benyttede TAQ og Sexual Abuse Scale fra ETI, ét studie benyttede CECA.Q, ét studie benyttede TSC-40 og ét studie benyttede CTQ og Event checklist fra CAPS. De fem studier, som inddrog tilknytning, anvendte fire forskellige måleredskaber. Ét studie benyttede Adult Attachment Questionnaire (AAQ; Melero & Cantero, 2008), to studier benyttede Experiences in Close Relationships Scale (ECR; Brennan, Clark & Shaver, 1998), ét studie benyttede Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan & Main, 1985) og ét studie benyttede Relationship Style Questionnaire (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994). Af de fem studier, som inddrog dissociation anvendtes tre forskellige måleredskaber på tværs af studierne. Ét studie anvendte både Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein-Carlson & Putnam, 1993) og Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ; Marmar, Weiss & Metzler, 1997), tre studier anvendte udelukkende DES og ét studie anvendte både DES og FDS (en tysk version af DES).

Af relevante diagnostiske måleredskaber benyttede syv studier Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997) ved BPD patienterne og/eller til at udelukke personlighedsforstyrrelser blandt deltagerne i kontrolgruppen. Samtidig benyttede ét studie Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP; Pfohl, Blum & Zimmerman, 1997) til undersøgelse af personlighedsforstyrrelser hos BPD gruppen og kontrolgruppen. Derudover benyttede syv studier Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1995) ved kontrolgrupperne, og/eller til at udelukke akse 1 lidelser hos BPD patienterne. Ydermere blev der, på tværs af studierne, anvendt en række forskellige måleredskaber

til måling af BPD symptomer og træk. Ét studie benyttede en kinesisk version af McLean Screening Instrument for BPD (MSI-BPD; Wang, Freedom & Zhong, 2008), ét studie benyttede en spansk version af Revised Diagnostic Interview for Borderline (DIB-R; Barrachina et al., 2004), ét studie benyttede International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger, 1999), ét studie benyttede Borderline Symptom Checklist (BSL; Bohus et al., 2001), ét studie benyttede et udefineret semistruktureret interview for BPD (Pec, Bob & Raboch, 2014), ét studie benyttede Shedler-Westen Assessment Procedure-200: Personality Pathology Q-sort (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998) og Structural Interview (Kernberg, 1984) og ét studie benyttede Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ; Hyler, Skodol, Oldham, Kellman & Doidge, 1992) og Screen Test for Comorbid Personality Disorder (STCPD; Dowson, 1992). Derudover benyttede ét studie Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire (Cloninger, 1987), Defense Style Questionnaire (DSQ; Bond, 1992) og Schema Questionnaire (Schmidt, Young & Telch, 1995). Samtidig benyttede ét studie både Buss-Durkee Hostility Inventory (Buss & Durkee, 1957), Barratt Impulsivity Scale (Patton, Stanford & Barratt, 1995) og Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000). Yderligere benyttede ét studie både Anger, Irritability, Assault Questionnaire (AIAQ; Coccaro, Harvey, Kupsaw-Lawrence, Herbert, & Bernstein, 1991), Overt Aggression Scale-Modified for Outpatient (OASM; Coccaro et al., 1991), Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII: Linehan, Comtois, Brown, Heard, Wagner, 2006), Aggression Scale og Alienation Scale fra Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ; Tellegen & Waller, 2008), samt Aggression Scale og Moral Values Scale fra Inventory of Personality Organization (IPO; Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001). Udover ovennævnte måleredskaber blev der, på tværs af studierne, benyttet en række

forskellige måleredskaber, til måling af akse I lidelser hos BPD gruppen og kontrolgrupperne (se tabel 1).

Diverse måleredskaber varierede i sprog på tværs af de forskellige studier. Således anvendtes der på tværs af studierne kinesiske, ungarske, spanske, engelske, tjekkiske og tyske versioner af diverse måleredskaber. Studiernes design, resultater og begrænsninger, vil blive analyseret og diskuteret i de følgende afsnit. Afsnittene har til formål at analysere og diskutere den foreslåede sammenhæng mellem barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD. Vi vil forsøge, at koble alle fire fænomener og udarbejde en model, som illustrerer forholdet mellem dem. Vi ønsker at fremhæve at modellen er hypotetisk, og vil bestå af vores egne sammenslutninger og tolkninger på baggrund af opgavens teori og inddragede empiri.

4.2. Forholdet mellem barndomstraumer og BPD

Ud af de 12 identificerede studier var der fire, som undersøgte forholdet mellem misbrug i barndommen og BPD. To ud af de fire studier benyttede CTQ, som måleredskab for barndomstraumer (Frias, Palma, Farriols, Gonzales & Horta, 2016; Hernandez, Arntz, Garviria, Labad, & Gutiérrez-Zotes, 2012). CTQ er et spørgeskema, der retrospektivt måler frekvensen af forskellige typer af misbrug i barndommen (Bernstein & Fink, 1998). Merza, og kolleger (2015) benyttede sig af TAQ, samt Sexual Abuse Scale fra ETI, som måleredskab for barndomstraumer. TAQ er et selvrapporterings spørgeskema bestående af 42 spørgsmål, som måler frekvens og alvorsgrad af barndomstraumer. ETI er ligeledes et selvrapporterings spørgeskema bestående af 15 spørgsmål, som måler frekvensen af det seksuelle misbrug, alder ved misbrugets begyndelse, magtanvendelse, relation til krænkeren samt karakter af misbruget (Bremner et al., 2007). Huang og kolleger (2012) benyttede sig af CECA.Q

som måleinstrument. Ligesom de foregående måleredskaber, er der her tale om et selvrapporterings spørgeskema, som har til formål at indhente information om både fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug (Bifulco et al., 2005). Alle fire studier benyttede sig af Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) for diagnosticering af BPD. SCID-II er et semistruktureret interview, som benyttes til at diagnosticere personlighedsforstyrrelser ud fra diagnosesystemet DSM (First et al., 1997).

Alle fire studier fandt, at BPD patienter rapporterede om en signifikant højere prævalens af seksuelt misbrug i barndommen sammenlignet med enten en rask kontrolgruppe, klinisk kontrolgruppe eller begge dele (Frias et al., 2016; Hernandez et al., 2012; Huang et al., 2012; Merza et al., 2015). Tre ud af de fire studier fandt ligeledes, at BPD patienter rapporterede om en signifikant højere prævalens af fysisk misbrug (Frias et al., 2016; Hernandez et al., 2012; Huang et al., 2012). Ydermere fandt tre ud af de fire studier, at BPD patienter rapporterede om en signifikant højere prævalens af emotionelt misbrug (Frias et al., 2016; Hernandez et al., 2012; Merza et al., 2015). Studiernes resultater kan alle ses i tabel 1. Således støtter de inddragede studier den teoretiske antagelse om, at BPD patienter i højere grad end normen og andre kliniske grupperinger, oplever misbrug i barndommen i form af fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug. Studiernes resultater er i overensstemmelse med opgavens teoretiske redegørelse, hvor misbrug i barndommen beskrives som potentielt traumatiserende hændelser, der kan øge risikoen for udvikling af psykopatologi, herunder BPD.

To ud af de fire studier foretog regressionsanalyser for at undersøge, i hvor høj grad en specifik traumetype prædikterede BPD diagnosen. Huang og kolleger (2012) fandt, at både fysisk og seksuelt misbrug var signifikante prædiktorer for BPD.

Resultaterne indikerede, at sandsynligheden for at udvikle BPD, var over dobbelt så stor, hvis man havde været udsat for fysisk eller seksuelt misbrug (se tabel 1). Merza og kolleger (2015) fandt, at genital berøring og penetration var de største signifikante prædiktorer for BPD. Genital berøring øgede sandsynligheden for BPD med mere end 8 gange og penetration øgede sandsynligheden for BPD med mere end 5 gange (se tabel 1). Merza og kolleger (2015) undersøgte endvidere offer og krænkers relation og fandt, at misbrug begået af omsorgspersoner var de stærkeste prædiktorer for BPD. Vi antager dette skyldes, at misbrug der begås af barnets primære omsorgspersoner, udgør et interpersonelt traume, der som oftest vil medføre de sværeste følger. Vi forestiller os at årsagen hertil er, at hændelserne står på over tid og at krænker og offer har en tæt følelsesmæssig relation. Dette stemmer overens med Allens (2001) antagelse om, at risikoen for traumatisering er større jo tættere en følelsesmæssig relation offeret har til krænkeren.

Ovenstående resultater påpeger en sammenhæng mellem fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug i barndommen og udviklingen af BPD. Dette tyder på, at misbrug i barndommen kan være en ætiologisk faktor for udvikling af BPD i voksenlivet. Alle typer af misbrug er af interpersonel karakter og vil ofte være forårsaget af en eller flere af barnets primære omsorgspersoner. Dette støtter opgavens teoretiske redegørelse og vores antagelse om, at langvarig og relationel misbrug kan være traumatiserende og kan medvirke til udviklingen af BPD. Årsagen hertil kan være, at barndomstraumer rammer barnet i løbet af den følsomme periode, hvor barnets personlighed formes. Traumat kan således på sigt skabe dybdegående forandringer i personlighedsstrukturen, som kan bidrage til udviklingen af BPD (van der Hart et al., 2006; Herman, 1995). På baggrund af opgavens teoretiske redegørelse for forholdet mellem barndomstraumer og BPD samt ovenstående resultater fra inddragede studier,

ønsker vi at illustrere vores forståelse af sammenhængen mellem traumer og BPD som det ses i modellen i figur 1. Modellen vil videreudvikles i opgavens følgende analyseafsnit.

Figur 1.



4.3. Forholdet mellem barndomstraumer, tilknytning og BPD

I ovenstående afsnit påpeger vi en sammenhæng mellem barndomstraumer og BPD. I indeværende afsnit ønsker vi, at analysere tilknytningens betydning for denne sammenhæng. Fire af de 12 identificerede studier inkluderede tilknytning i deres undersøgelse. To af de fire studier, undersøgte sammenhængen mellem både barndomstraumer, tilknytningsstil og BPD, mens de to resterende studier undersøgte mere specifikke sammenhænge mellem tilknytningsstil og BPD.

Frias og kolleger (2016) har i deres studie undersøgt forholdet mellem tilknytningsstil og BPD. I studiet sammenlignede de kvindelige BPD patienter med kvindelige patienter med andre personlighedsforstyrrelser. De anvendte SCID-II til diagnosticering af BPD eller anden personlighedsforstyrrelse. Derudover anvendte CTQ til måling af barndomstraumer samt AAQ, som er den spanske version af ECR, til måling af tilknytningsstil. AAQ er et selvrporterings spørgeskema bestående af 40 items, som undersøger fire typer af tilknytning, ud fra Bartholomew og Horowitz' (1991) teoretiske kategorisering af tilknytningsstile hos voksne (Melero & Cantero,

2008). De fire tilknytningsstile er sikker, optaget-ængstelig, afvisende og ængstelig-fjendtlig tilknytning (Bartholomew & Horowitz, 1991). AAQ-items besvares på en seks-punkts likert-scale fra 'meget uenig' (=1) til 'meget enig' (=6) (Melero & Cantero, 2008).

Studiets resultater viste en generel forskel på tilknytningsstil mellem de to grupper, ved at forekomsten af usikre tilknytningsstile generelt var højere ved BPD patienterne. Dog fandt man, at forekomsten kun var signifikant højere ved den optagede-ængstelige tilknytningsstil. Endvidere viste resultaterne, at den optagede-ængstelige tilknytningsstil var en signifikant prædikator for BPD (se tabel 1). Samtidig viste resultaterne, at en optaget-ængstelig tilknytningsstil var signifikant positivt korreleret med emotionelt misbrug og fysisk misbrug. Ydermere fandt man, at en optaget-ængstelig tilknytningsstil kan mediere forholdet mellem emotionelt misbrug og udviklingen af BPD (se tabel 1). Således indikerer resultaterne, at emotionelt misbrug kan medvirke til udviklingen af BPD, via en øget risiko for en optaget-ængstelig tilknytningsstil. Herved kan tilknytningsstilen muligvis fungere som en medierende faktor mellem emotionelt misbrug og udviklingen af BPD.

Tilknytningsteorien opfatter individets relationelle adfærd, som noget der afspejler individets indre arbejdsmodeller (Rechenbach, 2003a). Derfor kan man forestille sig, at denne sammenhæng teoretisk kan forklares ved, at BPD patienternes indre arbejdsmodeller er præget af tidlige traumatiske oplevelser. Således vil oplevelserne med misbrug, samt de tidlige erfaringer med tilknytning, være rodfæstet i individet og danne grundlag for måden, hvorpå individet forholder sig til sig selv og andre. Netop derfor, kan uhensigtsmæssig adfærd komme til udtryk og afspejle nogle af de centrale træk, som karakteriserer BPD. Sammenhængen mellem den optaget-ængstelige tilknytningsstil og BPD, kan muligvis være et udtryk for den typiske adfærd, som ses

på tværs af de to. Den ambivalente og utrygge relationelle adfærd ved den optaget-ængstelige tilknytningsstil, kan eksempelvis afspejle BPD kriterium 2. Dette kriterium indebærer et mønster af ustabile interpersonelle relationer med en vekslen mellem idealisering og devaluering (American Psychiatric Association, 2013). Denne vekslen kan tyde på splittede og uforenelige positive og negative arbejdsmodeller. Ydermere kan Bowlbys (1996) teori om udviklingsstier ses i forhold til sammenhængen mellem emotionelt misbrug, tilknytning og udviklingen af BPD. Når individer oplever tidlige tab og traumer, vil de være tilbøjelige til at udvikle sig af en sti, som udgør en risikofaktor for senere psykopatologi (Bowlby, 1996).

Critchfield, Levy, Clarkin og Kernberg (2008) har undersøgt nogle af de centrale træk ved BPD og disses relation til en pågældende tilknytningsstil. Mere specifikt har de undersøgt, hvorvidt BPD patienters tilknytningsstil er relateret til det, de overordnet kaldte 'hostility'. 'Hostility' kan oversættes til fjendtlighed eller modvilje, og blev i denne sammenhæng benyttet til at undersøge forskellige former for aggression. Critchfield og kolleger (2008) anvendte denne betegnelse som paraplybegreb for følgende: a) direkte fysisk eller verbal aggression rettet imod andre, b) en forventning om eller opfattelse af aggression fra andre, c) aggressiv adfærd rettet mod en selv i form af selvskade og suicidalitet og d) følelsesmæssige oplevelser af irritabilitet og vrede. Således er det særligt BPD kriterium 5 (selvskadende- eller suicidal adfærd), kriterium 6 (affektiv ustabilitet) og kriterium 8 (upassende intens vrede), der er i fokus i deres studie. SCID-I blev benyttet til ekskludering af akse 1 lidelser, mens IPDE blev benyttet til måling af BPD kriterier. IPDE er et interview tilpasset både DSM-IV og ICD-10 diagnosekriterier (Loranger, 1999). Studiet målte tilknytning med ECR. ECR er et selvrapporterings spørgeskema med 36 items, som undersøger tilknytning ud fra en to-dimensionel model bestående af ængstelighed og

undgåelse, hvor items besvares på en syv-punkts likert-scale fra 'slet ikke' (= 1) til 'rigtig meget' (= 7) (Brennan et al., 1998). En oversigt over deres øvrige anvendte måleredskaber kan ses i tabel 1.

Overordnet viste deres resultater, at BPD patienterne havde stærkt øget usikker tilknytning, sammenlignet med normen for ECR. Særligt viste der sig, blandt BPD patienterne, en signifikant og stærkt øget ængstelighed i forbindelse med nære relationer til andre (se tabel 1). Samtidig scorede BPD patienterne signifikant højere på undgåelses dimensionen end normen. Resultaterne viste ydermere, at alle former for aggression var associeret med en højere score på både den ængstelige og den undgående tilknytnings-dimension. Den form for aggression, som var signifikant stærkest associeret med begge dimensioner, var forventning om aggression fra andre og/eller tendens til at respondere aggressivt. Derudover var irritabilitet og vrede kun signifikant associeret med ængsteligheds-dimensionen, mens aggression rettet mod personen selv kun var signifikant associeret med undgåelses-dimensionen (se tabel 1). Således var suicidalitet og direkte aggressiv adfærd mod andre ikke signifikant associeret med de to dimensioner, da resultaterne ikke var entydige på tværs af de anvendte måleredskaber. Resultaterne viste dog en forskel mellem suicidalitet og selvskade ved, at selvskadende adfærd var signifikant associeret med usikker tilknytning. Slutteligt prædikterede tilknytning 43% af variansen i forventning om aggression fra andre, 15% af variansen i selvskadende adfærd og 18% af variansen i vrede (se tabel 1; Critchfield et al. 2008).

Opsummerende tyder Critchfield og kollegers (2008) resultater på, at der eksisterer associationer mellem usikre tilknytningsstile og specifikke BPD træk - nærmere bestemt selvskadende- eller suicidal adfærd (kriterium 5), affektiv ustabilitet (kriterium 6) og upassende intens vrede (kriterium 8). Teoretisk kan sammenhængen

mellem usikker tilknytning og affektiv ustabilitet muligvis forklares ved, at individet i sine indre arbejdsmodeller har dannet urealistiske repræsentationer af sig selv og andre. Vi forestiller os, at sammenhængen mellem upassende, intens vrede og usikker tilknytning sandsynligvis skyldes, at individet ikke er i stand til at integrere forskellige positive og negative arbejdsmodeller af sig selv og andre. Således kan man anskue forskellige former for aggression ved BPD, som noget der afspejler individets indre arbejdsmodeller og tidlige erfaringer med tilknytning.

Minzenberg, Poole & Vinogradov (2006) har ligeledes undersøgt sammenhængen mellem barndomstraumer, tilknytningsstil og BPD. Denne sammenhæng undersøgte de blandt en gruppe BPD patienter og sammenlignede med en rask kontrolgruppe. SCID-II blev anvendt til diagnosticering af BPD patienterne, samt udelukkelse af eventuel personlighedsforstyrrelse hos deltagerne i kontrolgruppen. SCID-I blev benyttet til at undersøge eventuel tilstedeværelse af akse I lidelser hos begge grupper. Derudover benyttede de CTQ til undersøgelse af barndomstraumer, samt ECR til måling af tilknytningsstil. Derved målte de, ligesom Critchfield og kolleger (2008), tilknytning på de to dimensioner, ængstelighed og undgåelse. Samtidig målte de specifikke BPD træk, henholdsvis fjendtlighed, impulsivitet og interpersonelle problemer (se tabel 1). Studiets resultater viste, at gruppen af BPD patienter scorede signifikant højere på de to tilknytnings-dimensioner set i forhold til den raske kontrolgruppe. Samtidig var den kategoriske ængstelige tilknytningsstil den hyppigst forekomne i BPD gruppen (50%), hvilket var signifikant hyppigere sammenlignet med kontrolgruppen (se tabel 1). Ydermere var begge tilknytnings-dimensioner signifikant korreleret med total scoren for barndomstraumer, impulsivitet, fjendtlighed og interpersonelle problemer. Yderligere analyser viste mere specifikt, at de to tilknytnings-dimensioner samlet korrelerede signifikant med

både fysisk, psykisk og seksuelt misbrug. Alene korrelerede ængstelighedsdimensionen stærkest med seksuelt misbrug. Samtidig korrelerede undgåelsesdimensionen stærkest med fysisk og seksuelt misbrug. Sammenhængen mellem tilknytning og specifikke BPD træk viste sig ved, at ængstelighedsdimensionen korrelerede signifikant med fjendtlighed og impulsivitet, mens undgåelsesdimensionen var signifikant korreleret med impulsivitet (se tabel 1). Overordnet støtter Minzenberg og kollegers (2006) resultater således en sammenhæng mellem barndomstraumer, tilknytningsstil og BPD.

Slutteligt har Barone (2003) i sit studie undersøgt tilknytningsstile hos BPD patienter og sammenlignet disse med en ikke-klinisk kontrolgruppe. Herunder undersøgte hun, hvorvidt tilknytning fungerer som en potentiel medvirkende faktor for udviklingen af BPD. Hun benyttede SCID-I og SCID-II som diagnostiske måleredskaber, samt AAI til måling af tilknytningsstil og mentale repræsentationer af deltagernes egen opvækst. Studiets resultater viste signifikante forskelle i tilknytningsstil mellem de to grupper. Kun 7% blandt BPD patienterne, sammenlignet med 62% i kontrolgruppen, havde ifølge AAI-scoren en sikker-autonom tilknytningsstil. Omvendt havde 50% blandt BPD patienterne og 7% i kontrolgruppen en uløst-desorganiseret tilknytningsstil. Samtidig havde 22% blandt BPD patienterne, sammenlignet med 10% i kontrolgruppen, en optaget tilknytningsstil. 21% i begge grupper havde en afvisende tilknytningsstil ifølge AAI-scoren (se tabel 1). Herudover viste ANOVA analyser på alle 25 subskalaer fra AAI, at BPD gruppens tidlige oplevelser med tilknytning generelt var forarmet sammenlignet med kontrolgruppen. Ud af de 25 ANOVA tests viste 13 (52%) signifikante forskelle mellem de to grupper. Her vil vi fremhæve enkelte af de interessante forskelle. BPD gruppen oplevede mindre kærlighed fra både mor og far, samt flere oplevelser af afvisning end

kontrolgruppen. Samtidig scorede BPD gruppen signifikant højere på oplevelser vedrørende omvendt rollefordeling med deres mor i barndommen, samt signifikant lavere på evnen til metakognition. Derudover scorede BPD gruppen signifikant højere på uløste traumatiske oplevelser (se tabel 1).

Overordnet kan resultaterne fra Barone (2003) således tyde på, at tilknytningsstil kan fungere som risikofaktor for BPD, hvilket er i overensstemmelse med opgavens teoretiske redegørelse. Vi ser flere mulige overlap mellem den adfærd, der typisk ses ved de usikre tilknytningsstile og karakteristika ved BPD. Eksempelvis forestiller vi os, at den ustabile adfærd, som ofte ses ved den optagede tilknytningsstil, kan afspejle en manglende integration af selvet. Denne manglende integration af selvet kan afspejle BPD kriterium 3 (identitetsforvirring i form af et markant og vedvarende ustabil selv billede eller selvfølelse). Ligeledes forestiller vi os, at den deaktivering af affektivitet, som typisk ses ved den afvisende tilknytningsstil, kan afspejle BPD kriterium 6 (affektiv ustabilitet). Ydermere kan de grundlæggende modstridende adfærdsmønstre, der ses ved den uløst-desorganiserede tilknytningsstil, afspejle BPD kriterium 8 (upassende intens vrede). Dette kan sandsynligvis forklares ved, at den manglende mulighed for at støtte sig til sine forældre i situationer, hvor evnen til emotionsregulering er en nødvendighed, kan medføre en generel dysfunktionel emotionsregulering på længere sigt. Dermed vil individet sandsynligvis opleve en emotionel ustabilitet grundet manglende emotionsregulerende evner. Samtidig forestiller vi os, at der af samme årsag kan forekomme upassende, ukontrolleret og intens vrede.

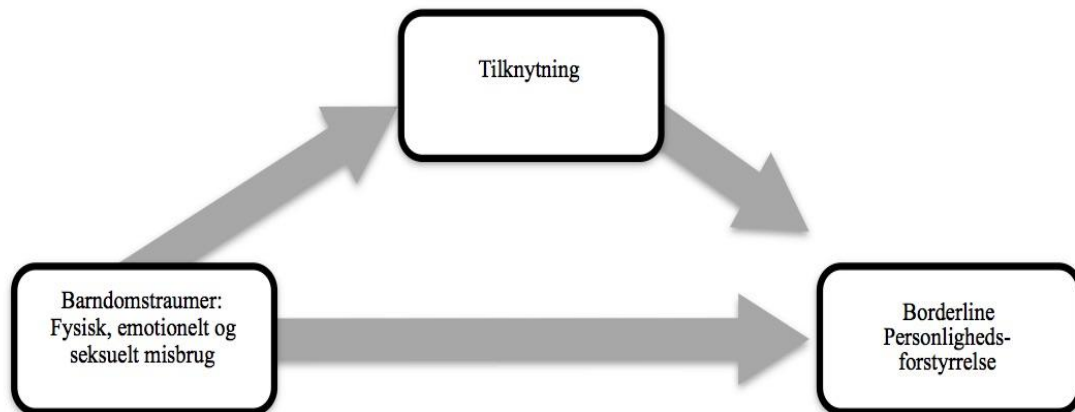
Opsummerende for indeværende afsnit, fandt to ud af de fire studier, at usikre tilknytningsstile generelt forekom hyppigere hos BPD gruppen, sammenlignet med henholdsvis en gruppe med andre personlighedsforstyrrelser og normen ved ECR

(Critchfield et al. 2008; Frias et al., 2016). Ét studie fandt, at det kun var forekomsten af den kategorisk optaget-ængstelige tilknytningsstil, der var signifikant højere hos BPD gruppen, sammenlignet med gruppen med andre personlighedsforstyrrelser (Frias et al., 2016). Samtidig fandt to ud af de fire studier, at BPD patienterne havde en signifikant stærkt øget ængstelighed og undgåelse i forbindelse med nære relationer til andre, sammenlignet med henholdsvis normen for ECR og en rask kontrolgruppe (Critchfield et al., 2008; Minzenberg et al., 2006). Disse to studier fandt samtidig en sammenhæng mellem en høj score på de to tilknytningsdimensioner i ECR og specifikke BPD træk. To ud af de fire studier inkluderede barndomstraumer. Begge studier fandt en sammenhæng mellem barndomstraumer og tilknytningsstil i BPD gruppen. Her fandt ét studie, at en optaget-ængstelig tilknytningsstil var signifikant positivt korreleret med emotionelt misbrug og fysisk misbrug (Frias et al., 2016). I tråd med dette fandt det andet studie, at både ængstelighed og undgåelse i nære relationer var signifikant korreleret med total scoren fra CTQ (Minzenberg et al., 2006). Slutteligt fandt ét studie, at en optaget-ængstelig tilknytningsstil kan mediere forholdet mellem emotionelt misbrug og udviklingen af BPD (Frias et al., 2016).

I ovenstående analyse, ser vi resultater som tyder på, at tilknytningsstil kan spille en betydelig rolle i sammenhængen mellem barndomstraumer og udviklingen af BPD. Trods studierne forskellige måleredskaber, tegner der sig et billede af en kompleks sammenhæng mellem barndomstraumer og BPD, hvor tilknytning kan udgøre en betydelig faktor i forholdet mellem de to fænomener. Vi forestiller os, at tilknytningsstil kan fungere som en mediator i dette forhold. En mediator kan hjælpe til at afklare, hvorfor og/eller hvordan forholdet mellem to variable eksisterer og kan dermed fungere som et forklarende element i en model (Baron & Kenny, 1986). Dette

leder os til, at tilføje tilknytning som medierende faktor i analysens foreløbige model. Således ser modellen ud, som det illustreres i figur 2.

Figur 2.



4.4. Forholdet mellem barndomstraumer, dissociation og BPD

Fire ud af de tolv identificerede studier undersøgte udelukkende forholdet mellem barndomstraumer, dissociation og BPD. Alle fire studier fandt, at barndomstraumer i større eller mindre grad var signifikant korreleret med dissociative symptomer i BPD patienter (Bischescu-Burian, Steyer, Steinert, Grieb & Tschöke, 2016; Löffler-Statska, Szerencsics & Blüml, 2009; Pec, Bob & Raboch, 2014; Watson, Chilton, Fairchild & Whewell, 2006).

Alle fire studier benyttede sig af DES til måling af dissociative symptomer. DES er et spørgeskema bestående af 28 items, der omhandler frekvensen af dissociative oplevelser i hverdagen (Bernstein-Carlson & Putnam, 1993). Tre ud af de fire studier benyttede sig af strukturerede eller semistrukturerede interviews for at diagnosticere BPD (Bischescu-Burian et al., 2016; Löffler-Statska et al., 2009; Pec et al., 2014). Ét studie benyttede et spørgeskema med en opfølgende vurdering af en

psykolog (Watson et al. 2006). Alle fire studier undersøgte BPD patienter og tre ud af de fire studier sammenlignede med en klinisk eller rask kontrolgruppe. Ét ud af de fire studier havde ingen sammenligningsgruppe og deres sample bestod derfor udelukkende af BPD patienter. De resterende tre studier sammenlignede med en gruppe bestående af patienter med skizofreni, andre personlighedsforstyrrelser eller en rask kontrolgruppe (se tabel 1).

Tre ud af de fire studier benyttede som minimum CTQ som måleredskab for barndomstraumer. Ét studie benyttede TSC-40 som måleredskab for barndomstraumer og målte derfor på traumatisk stress relateret til barndomstraumer. TSC-40 er designet til at måle posttraumatiske symptomer relateret til barndomstraumer (Elliott & Briere, 1992). Alle fire studier fandt en sammenhæng mellem barndomstraumer og dissociation (se tabel 1). Pec og kolleger (2014) fandt, at dissociative symptomer i DES var signifikant korreleret med traumatisk stress i TSC-40 hos BPD patienter (se tabel 1). Bischescu-Burian og kolleger (2016) fandt, at peritraumatisk dissociation og graden af barndomstraumer var positivt korreleret (se tabel 1). Herefter undersøgte de sammenhængen mellem peritraumatisk dissociation og aktuelt dissociationsniveau målt med DES. De fandt, at peritraumatisk dissociation var positivt korreleret med den samlede DES score (se tabel 1). De resterende to studier fandt ingen signifikant sammenhæng mellem den samlede DES score og den samlede score for barndomstraumer. Dog fandt Löffler-statska og kolleger (2009) en signifikant sammenhæng mellem derealisering og emotionelt misbrug samt mellem dissociative symptomer og seksuelt misbrug. Kun emotionelt misbrug var signifikant korreleret med den samlede DES score (se tabel 1). Watson og kolleger (2006) fandt en signifikant korrelation mellem samlet DES score og emotionelt misbrug og fysisk misbrug. Derimod fandt Watson og kolleger (2006) ingen signifikant korrelation

mellem samlet DES score og seksuelt misbrug (se tabel 1).

Opsummerende fandt alle fire studier en signifikant korrelation mellem emotionelt misbrug og dissociation. Ét ud af de fire studier fandt ligeledes en signifikant korrelation mellem samlet DES score og fysisk misbrug. Ingen af de fire studier fandt en signifikant sammenhæng mellem seksuelt misbrug og samlet DES score. Dog fandt ét studie en signifikant korrelation mellem dissociative symptomer og seksuelt misbrug. Resultaterne antyder, at forekomsten af dissociative symptomer i BPD patienter, kan afhænge af typen af misbrug i barndommen. Således ser vi en mulig sammenhæng mellem barndomstraumer og dissociative symptomer i BPD patienter. Vi antager på baggrund af dette og opgavens teoretiske redegørelse, at dissociation kan forstås som en psykologisk overlevelsesstrategi, hvor individet beskytter sig mod ubærlig psykisk smerte (Hart, 2011). Vi forestiller os, at barndomstraumer i form af fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug kan føre til, at barnet regredierer til dissociative tilstande, for at håndtere det høje angst- og arousalniveau, som traumet forårsager. Gentagne traumer kan få den effekt, at barnet fortsat vil dissociere under stress. Dissociation bliver således habituel og en vedvarende copingmekanisme, som også anvendes i situationer, der ikke har relation til den traumatiske hændelse (Liotti, 1999a; Liotti, 1999b & Watson et al., 2006). Vi forestiller os samtidig, at BPD kriterium 9 afspejler dette. Således forstår vi de dissociative symptomer i BPD diagnosen som fænomener, der kan afspejle en reel tidlig traumatiserende hændelse, hvor individet efterfølgende kan opleve dissociative symptomer, i forbindelse med håndtering af stærke traumerelaterede emotioner.

Endvidere har Mosquera, Gonzales og Leeds (2014) den hypotese, at dissociative symptomer stammer fra dissocierede mentale tilstande af personligheden. Det kan eksempelvis være, hvis et barn har været udsat for fysisk misbrug af sin

omsorgsperson og derfor har en kompleks reaktion, når det oplever vredesfølelse.

Barnet er nødsaget til at undgå vredesfølelsen, både for at beskytte sig mod yderligere fysisk misbrug og fordi følelsen er identificeret med omsorgspersonen. På en måde fjernes følelsen fra sindet og med tiden vil denne uudholdelige vrede lagres i et mentalt subsystem, som er totalt eller delvist skilt fra resten og den normale del af personligheden. Hvis vreden alligevel skulle bryde frem fra dette subsystem, vil det af barnet blive tolket som et indtrængende symptom. Barnet vil ikke være i stand til at huske eller genkende de traumatiske minder, som er den oprindelige kilde til vreden, fordi de er lagret i en dissocieret del af personligheden. Således vil barnet kunne indtræde i en dissociativ tilstand, når nye hændelser trigger de gamle traumerelaterede minder (Mosquera et al., 2014).

Studiernes resultater peger på, at emotionelt misbrug kan være den stærkeste prædikator for dissociative symptomer ved BPD. Vi forestiller os, at det kan skyldes, at emotionelt misbrug forstyrrer det følelsesmæssige bånd mellem barnet og dets omsorgspersoner. Dette skyldes, at omsorgspersonerne således både er kilde til beskyttelse og frygt. Vi antager at det kan medføre, at barnet udvikler en desorganiseret tilknytningsstil, som kan forme basis for dissocierede selvopfattelser. Ved en desorganiseret tilknytningsstil, vil barnet opleve hurtige skift i opfattelsen af sig selv og andre. Disse skift mellem opfattelser repræsenterer barnets uforudsigelige relationelle omgivelser, og barnet vil ikke være i stand til at integrere opfattelserne (Liotti, 1999a; Liotti, 1999b). I en stressende situation, vil barnet kunne opleve en overvældelse af modstridende emotioner, som kan føre til, at barnet indtræder i en dissociativ tilstand (Löffler-statska et al. 2009). Således antager vi, at barndomstraumer kan føre til, at barnet responderer på stressfulde og ængstelige situationer ved at dissociere som en copingmekanisme. Denne antagelse er i tråd med,

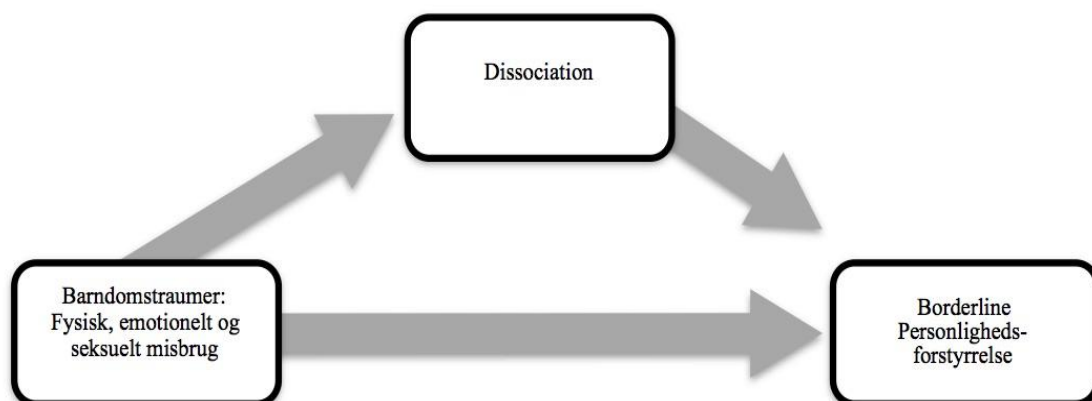
at Bischescu-Burian og kolleger (2016) fandt, at BPD gruppen, med høj grad af peritraumatisk dissociation, scorede signifikant højere på DES sammenlignet med både den raske kontrolgruppe og BPD gruppen, med mindre grad af peritraumatisk dissociation. De fandt ligeledes, at omfanget af peritraumatisk dissociation korrelerede positivt med BPD symptomatologi og dissociation målt ved DES (se tabel 1). Det antyder, at de BPD patienter, som dissocierede under den tidlige traumatiske hændelse, har større sandsynlighed for, at opleve dissociative symptomer som voksne. Vi forestiller os, at det kan skyldes, at peritraumatisk dissociation og gentagelser af dissociative tilstande hos barnet, vil kunne føre til en sårbarhed over for dissociative reaktioner på stressorer, hvilket er i overensstemmelse med Liotti (1999a; 1999b). Bischescu-Burian og kolleger (2016) fandt endvidere, at peritraumatisk dissociation og graden af barndomstraumer var positivt korreleret (se tabel 1). Dette stemmer overens med den teoretiske antagelse om, at jo sværere typer af barndomstraumer man udsættes for, desto større er sandsynligheden for, at man dissocierer under traumet. Således antager vi, at forekomsten af dissociative symptomer i BPD patienter, kan øges i takt med omfanget af de traumer, som de har været udsat for i barndommen.

Ovenstående resultater peger på, at BPD patienter kan opleve kroniske dissociative symptomer på baggrund af alvorlige og gentagne traumer i barndommen. Dette kan indebære traumatiske minder, der består af et netværk af sanseindtryk, kognitive elementer samt emotionelle og psykologiske reaktioner fra den/de traumatiske oplevelse(r). Dette netværk kan aktiveres af ydre og indre traumerelaterede stimuli, hvilket kan føre til en indtrængning af de oprindelige mentale repræsentationer, emotioner og sanseindtryk fra traumet (Bischescu-Burian et al., 2016). Der kan her være tale om eksempelvis lyde eller lugte, som fremprovokerer

traumet og gør, at individet indtræder i en dissociativ tilstand.

På baggrund af ovenstående analyse af de inddragede studiers resultater, fremsætter vi en hypotese om, at dissociation kan forstås som en medierende faktor i forholdet mellem barndomstraumer og udviklingen af BPD. Vi forestiller os, at dissociation kan mediere forholdet mellem de to fænomener, idét dissociation lader til at kunne forklare en del af forholdet mellem barndomstraumer og BPD. Vi antager, at barnets naturlige udvikling brydes af tidlig traumatisering. I stedet for at integrere forskellig adfærd og emotioner, til en sammenhængende personlighedsstruktur, formår den umodne hjerne ikke at integrere de intense traumatiske affekttilstande. Konsekvensen kan blive, at de traumatiske tilstande dissocieres og selvet ikke bliver integreret, som ved en normal personlighedsudvikling. Dette kan føre til, at barnet som voksen udvikler BPD. Vores hypotese illustreres ved at indsætte dissociation, som et medierende led i modellen for forholdet mellem barndomstraumer og BPD (se figur 3).

Figur 3.



4.5. Forholdet mellem barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD

Blandt de 12 identificerede studier har ét studie undersøgt forholdet mellem både barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD. Simeon, Nelson, Elias, Greenberg og Hollander (2003) undersøgte forholdet mellem dissociation og barndomstraumer i et sample bestående af patienter med BPD. De sammenlignede med en rask kontrolgruppe. Samtidig undersøgte de forholdet mellem barndomstraumer, dissociation og BPD træk, ud fra forskellige teoretiske rammer, herunder tilknytningsteori. I studiet anvendtes CTQ til måling af barndomstraumer, DES til måling af dissociation og RSQ til måling af tilknytningsstil. RSQ er et selvrapporterings spørgeskema med 30 items, som besvares på en fem-punkts likert-scale fra 'slet ikke som mig' til 'rigtig meget som mig' (Griffin & Bartholomew, 1994). Derudover benyttede de SIDP som diagnostisk måleredskab tilpasset DSM-IV (Pfohl et al., 1997). Studiets resultater viste, at BPD gruppen rapporterede en signifikant højere prævalens af dissociation end kontrolgruppen. Samtidig rapporterede BPD gruppen en signifikant højere prævalens af barndomstraumer (med undtagelse af seksuelt misbrug) end kontrolgruppen. Derudover scorede BPD gruppen signifikant højere på ængstelig og optaget tilknytningsstil (se tabel 1). Via stepvis logistisk regressionsanalyse forsøgte de at undersøge, hvorvidt barndomstraumer, dissociation og tilknytning fungerede som prædiktorer for BPD. Her fandt de, at emotionelt misbrug alene var en stærk prædiktor for BPD diagnosen. Således fungerede de øvrige former for misbrug, ikke som enkeltstående prædiktorer. Yderligere viste regressionsanalysen, at tilknytning ikke fungerede som signifikant prædiktor for BPD. Samtidig viste korrelationsanalyser, at dissociation var signifikant korreleret med ængstelig tilknytning, mens hverken fysisk, emotionelt eller seksuelt

misbrug korrelerede signifikant med dissociation og ængstelig tilknytning. Slutteligt viste stepvis lineær regressionsanalyse, at ængstelig tilknytning var signifikant prædikeret af dissociation (se tabel 1).

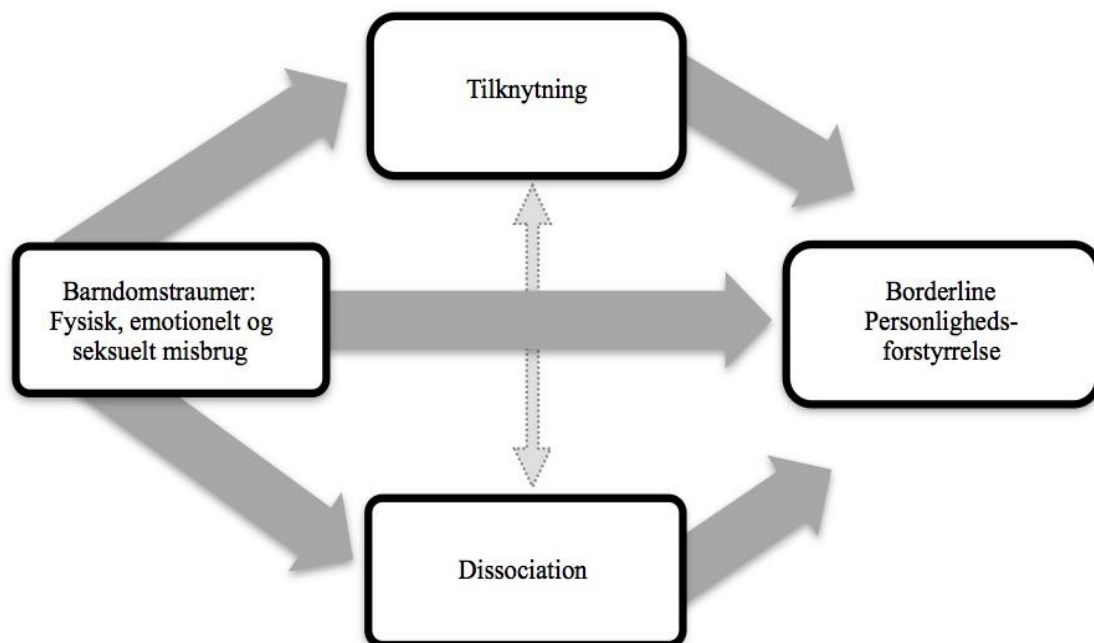
Opsummerende fandt studiets resultater, at gruppen af BPD patienter oplevede barndomstraumer (med undtagelse af seksuelt misbrug), dissociation samt usikker tilknytning i signifikant højere grad end den raske kontrolgruppe. Samtidig fandt de resultater, som tyder på, at barndomstraumer i form af emotionelt misbrug kan prædikere BPD. I modsætning til resultaterne fra flere af analysens andre inkluderede studier, fandt Simeon og kolleger (2003) ingen evidens for, at tilknytningsstil fungerer som prædiktor for BPD.

Trods enkelte modsigende resultater, stemmer Simeon og kollegers (2003) resultater generelt overens med de øvrige inkluderede studier i opgavens analyse. Her skal det pointeres, at studiet af Simeon og kolleger (2003) skal opfattes som et pilotstudie, grundet det lille sample, men det til trods godt kan afspejle nogle relevante sammenhænge. Overordnet antyder resultaterne af de 12 inddragede studier et forhold mellem det at være udsat for fysisk, emotionelt og/eller seksuelt misbrug i barndommen og udviklingen af BPD i voksenlivet. Samtidig lader det til, at kvaliteten af tilknytning og graden af dissociation udgør en væsentlig betydning i dette komplekse forhold. Tilknytning og dissociation fungerer muligvis som medierende faktorer, ved at forklare dele af sammenhængen mellem barndomstraumer og udviklingen af BPD. Vi forestiller os ydermere, at der findes en sammenhæng mellem tilknytning og dissociation. Denne formentlige sammenhæng, har ikke været i fokus for nærværende opgave, hvorfor den blot er illustreret med en stiplede linje i opgavens foreslåede model. Sammenhængen vil ikke blive inddraget yderligere i nærværende opgave, men man vil med fordel kunne undersøge sammenhængen, hvis man

videreudvikler og tester modellen. Således ser analysens endelige model ud, som det illustreres i figur 4.

Vi ønsker at fremhæve, at den udviklede model skal forstås, som en hypotese, om en sammenhæng mellem barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD. Denne hypotese har vi dannet på baggrund af opgavens inddragede teori, samt resultaterne fra det litterære review. Hypotesen vil med fordel kunne testes, ved at udføre undersøgelser, som inddrager alle fire fænomener med kvalificerede og ensartede måleredskaber. Modellen vil blive diskuteret i senere afsnit.

Figur 4.



4.6. Empiriske begrænsninger

Studiedesigns. Analysens 12 inddragede studier er alle tværsnitsundersøgelser, der gør brug af retrospektive måleredskaber til at undersøge barndomstraumer. En tværsnitsundersøgelse kan være udmærket til at undersøge en tilstand lige nu og her, men er ikke i stand til at undersøge en sammenhæng og udvikling over tid. Således kan tværsnitsundersøgelser ikke bruges til at sige noget om kausale forhold og sammenhænge (Coolican, 2014). I nærværende opgave ønsker vi, at undersøge en udvikling fra barndom til voksenlivet, hvorfor det er en begrænsning for opgavens resultater, at vi ikke har kunnet identificere longitudinelle studier, som overholdt vores inklusionskriterier. Dette skyldtes blandt andet, at eventuelle longitudinelle studier benyttede DSM-III frem for DSM-IV eller DSM-V. Eksempelvis har Widom, Czaja og Paris (2009) foretaget et longitudinelt studie, hvor de har undersøgt forholdet mellem barndomstraumer og BPD. De identificerede 500 børn, hvor man kunne dokumentere, at de havde været udsat for en eller flere typer misbrug. De sammenlignede dem med 396 børn, som ikke havde været udsat for misbrug og fulgte begge grupper frem til de tidlige voksenår. De fandt, at signifikant flere af de børn, som havde været udsat for misbrug i barndommen, levede op til BPD diagnosen i DSM-III som voksne (Widom et al., 2009). Et sådant studie giver mulighed for at undersøge reelle sammenhænge over tid og dermed mulighed for, at drage konklusioner vedrørende kausalitet. I nærværende opgave er fænomenerne barndomstraumer og BPD er adskilt af tid. Vi må antage, at eventuelle barndomstraumer er opstået før en eventuel BPD diagnose i voksenlivet. På baggrund af dette vurderer vi, at vi i nærværende opgave kan have hypoteser om eventuelle kausale sammenhænge mellem barndomstraumer og BPD på trods af, at vi kun

inddrager tværsnitsundersøgelser. Vores antagelser om kausalitet vil dog altid være med forbehold for, at disse vil skulle testes longitudinelt, hvorfor flere longitudinelle studier som samtidig gør brug af DSM-IV eller DSM-V vil være ønskværdigt. Omvendt er longitudinelle studier meget omfattende at foretage, fordi de kræver meget tid og er omkostningsfulde (Coolican, 2014). Samtidig er der en større risiko for drop-outs blandt deltagerne, da undersøgelsen spreder sig over lang tid. Det bedste studiedesign til at teste nærværende opgaves model, vil sandsynligvis være et randomiseret og kontrolleret forsøg (RCT studie), som antages at være "den gyldne standard" (Coolican, 2014). Et RCT studie bruges ofte til at undersøge effekten af en specifik type behandling. I det tilfælde fordeles patienter tilfældigt i to grupper, hvor den ene gruppe vil modtage den behandling man vil teste, mens den anden modtager en kontrolbehandling. Således bliver behandlingen den eneste væsentlige forskel mellem de to patientgrupper. For at teste nærværende opgaves model med et RCT studie, vil man altså bevidst skulle udsætte børn for barndomstraumer i form af misbrug, for at undersøge om de på sigt ville udvikle BPD. Dette ville naturligvis være uetisk, hvorfor vi ikke er i stand til at teste opgavens model med et RCT studie.

Det er en begrænsning ved de inddragede studier, at de målte barndomstraumer ved retrospektiv selvrapporering. Studiernes resultater kan være påvirket af hukommelses-biases som gør, at deltagerne ikke rapporterer korrekt. Vi forestiller os, at der er en risiko for falsk-negative svar, hvor individer underrapporterer barndomstraumer. På den ene side kan det være ubevidst fra deltagernes side, eksempelvis hvis de undertrykker ubehagelige minder fra deres opvækst. På den anden side kan det være bevidst, hvis for eksempel deltagerne er tyngt af skam eller forsøger at idealisere deres opvækst, som en måde at håndtere de traumatiserende hændelser på. Vi forestiller os ydermere, at nogle deltagere, som er

vokset op i meget belastede hjem, ikke ser dem selv som ofre for misbrug. Dette fordi, at de er vokset op i et miljø, hvor misbrug snarere er normen end undtagelsen, hvorfor de vil kunne opfatte deres oplevelser i opvæksten som normale. Således kan der være flere årsager til, at nogle deltagere kan underrapportere graden og prævalensen af barndomstraumer. Omvendt forestiller vi os endvidere, at der er risiko for falsk-positive svar, hvor individer overrapporterer barndomstraumer. Det kan eksempelvis skyldes, at deltagerne føler sig svigtet af deres forældre og dermed er påvirket af deres relationelle forhold. Dette vil kunne føre til en overrapportering af prævalensen af barndomstraumer. Endvidere kan deltagernes hukommelse være påvirket af alvorlig psykopatologi, dissociative symptomer samt deltagernes emotionelle tilstand (Merza et al., 2015; Frias et al., 2016). For at forsøge at imødekomme ovenstående, vil man skulle indhente information om barndomstraumer fra andre informanter end patienten selv. Det kunne eksempelvis være fra de sociale myndigheder eller gennem interviews med patientens forældre. Derimod kan man forestille sig, at forældre interviews ligesåvel vil være omfattet af bias, vedrørende social ønskværdighed, idet forældrene formentlig ikke ønsker at fremstå, som krænker af deres egne børn.

Inklusions- og eksklusionskriterier. De 12 identificerede studier havde forskellige inklusions- og eksklusionskriterier. Otte ud af de 12 studier ekskluderede deltagere, som havde skizofreni, bipolar lidelse eller havde oplevet tidligere psykotiske episoder. Endvidere ekskluderede seks ud af de 12 studier deltagere, som var mentalt retarderede eller havde et intelligensniveau under middel. Andre eksklusionskriterier var ydermere afhængighed af stoffer eller alkohol, alvorlige fysiske lidelser, neurologiske sygdomme og depression. Vi antager, at det har en stor

betydning, om de BPD patienter man undersøger, samtidig har andre væsentlige komorbide diagnoser. Fem ud af de 12 studier undersøgte eksempelvis tilstedeværelsen af komorbide personlighedsforstyrrelser, hvilket en stor del af BPD patienterne havde. Som eksempel fandt Barone og kolleger (2003), at 25% af BPD patienterne havde komorbid histrionisk personlighedsforstyrrelse, 10 % havde komorbid antisocial personlighedsforstyrrelse og 10% af BPD patienterne havde både komorbid histrionisk personlighedsforstyrrelse og narcissistisk personlighedsforstyrrelse. Når en stor del af gruppen af BPD patienter har en eller flere komorbide personlighedsforstyrrelser, forringer det studiets resultat. Det betyder, at vi ikke i lige så høj grad er i stand til at sige, om eksempelvis en specifik traumetype er en specifik prædikator for BPD eller blot for personlighedsforstyrrelser generelt (Barone et al., 2003). I tråd med dette undersøgte seks ud af de 12 studier, om BPD patienterne havde komorbide akse 1 lidelser, som eksempelvis spiseforstyrrelser, affektive lidelser eller angst. Huang og kolleger (2012) fandt som eksempel, at 67,5% af BPD patienterne havde komorbid depression og 28,6% havde komorbid angstlidelse. Bichescu-Burian og kolleger (2016) fandt, at 93,3% af BPD patienterne, der rapporterede om peritraumatisk dissociation i forbindelse med barndomstraumer, havde en komorbid PTSD diagnose. Således havde en betydelig andel af de undersøgte BPD patienter komorbid PTSD. Det er dermed vanskeligt for os at afgøre, om der kan være et kausalt forhold mellem barndomstraumer og udviklingen BPD. Dette fordi, at der i dette tilfælde er en sandsynlighed for, at barndomstraumer udgør en ætiologisk faktor for PTSD, og ikke for BPD.

Fire ud af de 12 studier undersøgte hverken tilstedeværelsen af komorbide akse 1 lidelser eller andre personlighedsforstyrrelser i deres sample af BPD patienter. Således kan flere deltagere både have haft komorbide akse 1 lidelser og komorbide

personlighedsforstyrrelser, som der ikke tages yderligere højde for i studierne resultater. Nærværende opgave er således begrænset af, at flere af de inddragede studier, ikke undersøgte komorbide lidelser og deres indvirkning på forholdet mellem barndomstraumer og BPD. Dette antager vi kan udgøre en konfunderende variabel, som kan lede forskeren til at drage fejlagtige årsagsforklaringer (Coolican, 2014). Omvendt er vi klar over, at mange BPD patienter har komorbide lidelser eller forstyrrelser, hvorfor det kan være svært at identificere deltagere, som ikke opfylder andre diagnoser end BPD. Vi mener dog, at man som minimum bør ekskludere deltagere med psykotiske lidelser, afhængighed af stoffer eller alkohol samt deltagere med mental retardering. Dette skyldes, at disse lidelser med stor sandsynlighed kan påvirke deltagernes selvrapportering, hvilket er essentielt i undersøgelser som disse.

Sample karakteristika. Èt ud af de 12 identificerede studier undersøgte et sample bestående af både ambulante og indlagte BPD patienter (Hernandez et al., 2012). To studier undersøgte kun indlagte BPD patienter, og de resterende ni studier undersøgte kun ambulante BPD patienter. Dette antages at have en væsentlig betydning for studierne resultater. Eksempelvis bestod det sample, som Merza og kolleger (2015) undersøgte, af en gruppe indlagte BPD patienter med alvorlige vanskeligheder, hvis opvækst i høj grad var præget af misbrug. For eksempel fandt man, at 56,3% af BPD patienterne havde oplevet seksuelt misbrug i barndommen. I modsætning til dette fandt Huang og kolleger (2012), at 22,2% af BPD patienterne havde oplevet seksuelt misbrug. Således ses en væsentlig forskel i den rapporterede prævalens af seksuelt misbrug hos henholdsvis indlagte BPD patienter og ambulante BPD patienter. Det betyder det kan være svært, at generalisere studierne resultater til

andre BPD patientgrupper end den undersøgte (Huang et al., 2012; Merza et al., 2015).

Ud af de 12 identificerede studier havde 10 et sample, som bestod af over 50% kvinder. Endvidere havde tre studier et sample som udelukkende bestod af kvinder. Nærværende opgave vil således være begrænset i, at kunne generalisere fund og resultater på tværs af køn. En mulighed er, at mænd ville reagere anderledes på barndomstraumer end kvinder og dermed udvikle sig af andre stier. Der vil derfor være en sandsynlighed for, at konsekvensen af tidlig traumatisering er anderledes for mænd (Frias et al. 2016). Dermed vil betydningen af dissociation og tilknytning også kunne se anderledes ud. Vi vil i nærværende opgave, som udgangspunkt kun kunne besvare opgavens problemstilling i forhold til kvinder.

Nærværende opgaves resultater på baggrund af analysen, vil ydermere være begrænset af, at de 12 studier generelt undersøgte et lille sample. Syv ud af de 12 studier havde et sample bestående af under 100 deltagere. Det studie med mindst sample var Bischescu-Burian og kolleger (2016), som havde et sample på 43 deltagere. Huang og kolleger (2012) var det studie med størst sample, hvilket bestod af 382 deltagere. Det truer resultaternes anvendelighed, at de undersøgte samples er små. Dette skyldes, at små samples kan lede os til at tro, at der ikke er forskel på de undersøgte grupper, da det er mindre sandsynligt, at vi finder en eventuel effekt (Coolican, 2014).

De 12 identificerede studier er fra ni forskellige lande. Det betyder at deres måleredskaber er oversat til det pågældende nationalsprog. Selvom de benyttede oversættelser var validerede versioner, forestiller vi os, at sprog og forståelse udgør en væsentlig faktor i et spørgeskema og dermed er noget, man altid bør tage højde for. Ydermere antager vi, at kulturelle normer og forståelser af fænomener, kan påvirke

deltagernes rapportering og dermed studierne resultater. Eksempelvis er Huang og kolleger (2012) fra Kina og Merza og kolleger (2015) fra Ungarn. Således er de fra lande med en i højere grad patriarkalsk kultur, hvor eksempelvis fysisk afstraffelse kan være mere acceptabelt end i vesten, fordi det ikke nødvendigvis anses som misbrug, men som en nødvendig del af børneopdragelse (Huang et al., 2012; Merza et al., 2015). Man kunne derfor forestille sig, at Huang og kolleger (2012) samt Merza og kolleger (2015) i deres studier ville finde, at en stor del af BPD patienterne havde oplevet fysisk misbrug i barndommen. Dette fordi, at deltagerne er vokset op i hjem, hvor fysisk afstraffelse er almindeligt. Huang og kolleger (2012) fandt, at 46,8% af BPD patienterne havde oplevet fysisk misbrug. Merza og kolleger (2015) fandt, at 42,5% af BPD patienterne havde oplevet fysisk misbrug inden de fyldte 6 år og 58,8% af BPD patienterne havde oplevet fysisk misbrug mens de var mellem 13 og 18 år. Disse tal er i overensstemmelse med de tal, som man har fundet i Europa og USA, hvor studier finder, at 10-75% af BPD patienter har oplevet fysisk misbrug i barndommen (Huang et al., 2012). Dette antyder, at fysisk misbrug kan være en ætiologisk faktor for BPD både i Kina, USA og Europa og dermed en faktor, som går på tværs af kulturer.

Statistiske analyser. Otte af de 12 inddragede studier foretog korrelationsanalyser i deres undersøgelser. Korrelationsanalyser bruges til at indikere en sammenhæng mellem et sæt af to variable. Således fremkommer positive korrelationer, når en variabel øges i takt med, at den anden falder. Negative korrelationer fremkommer ved det omvendte (Coolican, 2014). Korrelationsanalyser er således i stand til at indikere en sammenhæng, men kan ikke sige noget om årsagen til denne sammenhæng. Eksempelvis kan vi antage, at vi kan finde en korrelation

mellem indtagelse af havregryn og BPD diagnosen således, at jo mere havregryn man spiser, desto større er sandsynligheden for at have BPD. Således kan vi finde en korrelation mellem fænomener, vi som udgangspunkt ikke antager har en reel sammenhæng. På baggrund af dette, anses korrelationsanalyser som vage i forhold til at undersøge årsagsforklaringer, hvorfor det er en begrænsning, hvis studier udelukkende benytter sig af disse (Coolican, 2014).

De inddragede studier benyttede sig i mere eller mindre grad af bivariate og multivariate analyser, som eksempelvis regressionsanalyser. Det betyder, at man har mulighed for at undersøge flere variables betydning for forholdet mellem barndomstraumer og BPD. Således bliver man eksempelvis i stand til at undersøge flere uafhængige variables betydning, for den afhængige variabel (Coolican, 2014). Det kan eksempelvis være at undersøge, om specifikke typer af misbrug er signifikante prædiktorer for BPD, når man kontrollerer for betydningen af andre typer af misbrug. Tidligere studier på området har benyttet univariate analyser og således undersøgt korrelation og prævalens af barndomstraumer i BPD patienter (MacIntosh et al., 2015). Det har givet nye perspektiver på sammenhængen mellem barndomstraumer og BPD, at empiriske undersøgelser benytter multivariate analyser. For eksempel fremhæver MacIntosh et al. (2015), at forholdet mellem barndomstraumer og BPD ikke altid forbliver signifikant, når man inddrager alle typer af misbrug samt familiære variable i en multivariat analyse. Dette er i overensstemmelse med det inddragede studie af Hernandez og kolleger (2012). De fandt i deres studie, at alle typer af misbrug var associeret med BPD, men kun emotionelt og seksuelt misbrug forblev signifikante, når man kontrollerede for andre typer af misbrug. At flere af de inddragede studier benytter bivariate og multivariate analyser, er derfor en fordel for resultaternes anvendelighed. På trods af dette, er der

ingen af de 12 inddragede studier, der benytter sig af mediationsanalyser. Det højeste niveau af statistiske analyser i de inddragede studier er regressionsanalyser. Vi er med disse analyser ikke i stand til at afgøre, om tilknytning og dissociation er medierende faktorer. Regressionsanalyser kan kun forklare delt varians (Coolican, 2014). Hvis vi antager, at det kun er dele af fænomenet tilknytning, som er en medierende faktor i forholdet mellem barndomstraumer og BPD, vil denne information kunne gå tabt i en regressionsanalyse, fordi resultatet ikke ville være signifikant (Coolican, 2014). Lad os eksempelvis sige, at usikker tilknytning er en medierende faktor for forholdet, men sikker tilknytning ikke er. Således ville resultatet blive 0 i en regressionsanalyse og tilknytning ville ikke være en medierende faktor trods, at den del af tilknytningsfænomenet, som er usikker tilknytning, er en medierende faktor. Således er det meget kompleks at undersøge, om specifikke fænomener er medierende faktorer for et bestemt forhold. Trods de inddragede studier ikke benyttede mediationsanalyser, har vi i nærværende opgave fortsat en teoretisk hypotese om, at tilknytning og dissociation kan være medierende faktorer i forholdet mellem barndomstraumer og BPD. Frias og kolleger (2016) forsøgte med hierarkisk binær logistisk regression, at undersøge om en optaget tilknytningsstil kan mediere forholdet mellem emotionelt misbrug og BPD. I første step fandt de, at emotionelt misbrug signifikant prædikerede BPD. I step to tilføjede de den optagede tilknytningsstil som variabel og fandt, at når de kontrollerede for denne variabel, var emotionelt misbrug ikke længere en signifikant prædiktor for BPD. Til gengæld var den optagede tilknytningsstil nu signifikant associeret med sandsynligheden for at have BPD (Frias et al., 2016). Dette støtter muligheden for, at tilknytning kan være en medierende faktor i forholdet mellem barndomstraumer og BPD. For at kunne bestemme om både

tilknytning og dissociation, kan anses som medierende faktorer, vil man skulle teste dette empirisk ved at benytte mediationsanalyser.

Empiriske begrænsninger ved undersøgelse af barndomstraumer.

Resultaterne af de fire inddragede studier, som udelukkende undersøgte forholdet mellem barndomstraumer og BPD viste, at seksuelt misbrug så ud til at være en stærk prædiktor for BPD. Resultaterne viste samtidig, at seksuelt misbrug ofte forekom sammen med både fysisk og emotionelt misbrug (Frias et al., 2016; Hernandez et al., 2012; Huang et al., 2012; Merza et al., 2015). Det betyder, at det kan være svært at skelne de forskellige typer af misbrug fra hinanden og dermed svært at undersøge deres individuelle påvirkning på udviklingen af BPD. Ligeledes forekommer seksuelt misbrug oftest i dysfunktionelle familier. Dermed er det svært at undersøge, om det er familiens dysfunktionalitet og dertilhørende faktorer, som er en prædiktor for BPD, eller om det er misbruget i sig selv (Frias et al., 2016; Hernandez et al., 2012; Huang et al., 2012; Merza et al., 2015). Således er der risiko for at begå type 1 fejl, fordi 0 hypotesen afvises og den alternative hypotese accepteres, selvom den ikke holder (Coolican, 2014).

Vi vurderer, at studierne definitioner af misbrug, kan være en begrænsning for, om vi i nærværende opgave, er i stand til at sammenligne deres resultater på tværs. I alt inddrog 10 ud af de 12 identificerede studier barndomstraumer i deres studie. De benyttede sig i denne sammenhæng af flere forskellige måleredskaber. Seks ud af de 10 studier benyttede sig af CTQ og de resterende gjorde brug af følgende måleredskaber: CECA.Q, TAQ, Sexual Abuse Scale fra ETI, CTQ, TSC-40 og Event checklist fra CAPS. Således blev der i alt gjort brug af 7 forskellige måleredskaber, som hver især er bygget forskelligt op med forskellige definitioner af

misbrug. Eksempelvis ved vi, at i studiet af Huang og kolleger (2012), som gjorde brug af CECA.Q, indeholdt kategorien 'emotionelt misbrug' både emotionelt misbrug, emotionel neglect og fysisk neglect. Andre studier skelner imellem disse. Vi anser således de forskellige definitioner af misbrug som en validitetstrussel. Der er ydermere forskel på, hvordan måleredskaberne inddrager frekvensen og alvorsgrad af misbruget samt, hvorvidt de undersøger hvem der begår misbruget og dermed inddrager offer og krænkers relation. Dette er en begrænsning for nærværende opgave, fordi vi ønsker at undersøge traumer forårsaget af barnets omsorgspersoner, for på den måde at sige noget om tilknytningens betydning. I studier som gjorde brug af enten CECA.Q eller CTQ, undersøgte man udelukkende misbrug begået af omsorgspersoner som enten var mor, far eller medlem af husstanden. I modsætning til dette undersøgte Merza og kolleger (2015), som gjorde brug af TAQ, både misbrug begået af omsorgspersoner og andre, og skelnede mellem dette. Merza og kolleger (2015) var således i stand til at undersøge betydningen af offer og krænkers relation, hvilket i nærværende opgave er en styrke, da vi har en forestilling om, at sandsynligheden for traumatisering er større, når misbruget begås af barnets omsorgspersoner.

I de seks studier, som benyttede sig af CTQ, undersøgte man både frekvensen og graden af både seksuelt, fysisk og emotionelt misbrug. Resultaterne tolkes ud fra fire kategorier af alvorsgrad, som er baseret på cut-off værdier i normalpopulationen (Bernstein, & Fink, 1998). Huang og kolleger (2012) og Merza og kolleger (2015) målte kun graden ved seksuelt misbrug, hvorfor både emotionelt og fysisk misbrug er dikotome variable. Vi anser det som en begrænsning, når studier ikke inddrager graden af misbruget men blot tilstedeværelsen, da det gør det umuligt at sige noget om, om det er frekvensen eller alvorsgraden af misbruget, som øger sandsynligheden

for BPD. Vi antager, at det potentielt er mere traumatiserende, at have været udsat for gentagne og mere alvorligt misbrug. I tråd med dette finder Merza et al. (2015) i deres studie, at BPD patienter rapporterede om mere alvorlige former for seksuelt misbrug, hvilket tyder på, at alvorsgraden af misbruget kan spille en rolle i udviklingen af BPD.

Empiriske begrænsninger ved undersøgelse af tilknytning. Fem ud af de 12 identificerede studier inddrog tilknytning i deres undersøgelse. Alle fem studier benyttede måleredskaber, der har til hensigt at måle BPD patienters aktuelle tilknytningsstil. Vi forestiller os på baggrund af Bowlby (1996), at et menneskets tilknytningsstil som voksen, udspringer af den tidligere tilknytning, som er skabt i barndommen gennem tilknytning til omsorgspersoner. Samtidig forestiller vi os, at tilknytningsstile kan ændre sig gennem livet i takt med de relationelle forhold, som individet indgår i. Vi antager eksempelvis, at et individ med en usikker tilknytning fra sin barndom kan bedre sin tilknytningsstil, hvis individet indgår i sunde kæresteforhold eller venskaber som voksen. Omvendt forestiller vi os, at en sikker tilknytningsstil fra barndommen kan ændres til en tilknytningsstil præget af usikkerhed, hvis et individ eksempelvis indgår i et kæresteforhold præget af svigt og eventuelt misbrug. Når de fem studier, som inddrager tilknytning, udelukkende undersøger BPD patienters aktuelle tilknytningsstil, er vi i nærværende opgave ikke nødvendigvis i stand til at vurdere, om den pågældende tilknytningsstil stammer fra barndommen eller om den har ændret sig gennem individets leveår. Det betyder, at vi ikke med sikkerhed kan sige, om de tilknytningsstile studierne fandt, er relateret til eventuelle barndomstraumer. For at kunne dette, ville man være nødt til at foretage longitudinelle studier, hvor man undersøger tilknytningsstile hos børn, som har været

udsat for misbrug, og herefter følger dem frem til voksenalderen og undersøger deres tilknytningsstile som voksne.

Alle fem studier målte tilknytning, som en form for indre mental model. Vi forestiller os, at man vil kunne få et bedre og mere nuanceret billede af BPD patienters tilknytning, hvis man inddrog relationelle sociale miljøer og kontekster, hvori BPD patienternes tilknytning kommer i spil. Således vil man med fordel kunne undersøge, hvordan dette interagerer med de indre tilknytningsstile. I tråd med dette fandt Critchfield og kolleger (2008), at ængstelige og undgående BPD patienter var mere tilbøjelige til at opfatte trusler i et parforhold, når partneren eksempelvis var kritisk. Ligeledes fandt man, at BPD patienter reagerede mere i situationer, hvor de opfattede en handling som fjendtlig (Critchfield et al. 2008). Således forsøgte man at undersøge sammenhængen mellem aggression i BPD patienter og deres tilknytningsstil. Vi forestiller os, at det kan give nye perspektiver på sammenhængen, hvis man fokuserede på den kontekst, hvori aggressionen opstår. Man kunne eksempelvis undersøge BPD patienters motiv for aggression ved eventuelle aggressive handlinger, når disse opstår (Critchfield et al. 2008).

Alle fem studier målte tilknytning med et enkelt selvrapporterings spørgeskema. Spørgeskemaerne var forskellige, hvorfor vi er varsomme med studierne resultater, da den konvergente validitet er lav for den kliniske variabel (tilknytning). Når man bruger forskellige instrumenter til at måle et konstrukt trues den konvergente validitet (Coolican, 2014). Det ville forbedre validiteten af vores resultater, hvis de studier vi inddrager, benyttede sig af det samme måleredskab, da dette sandsynligvis ville gøre det nemmere, at sammenligne resultaterne på tværs af studierne. Omvendt vurderer vi, at resultaterne godt kan sammenlignes på et overordnet plan, da kategoriseringen af tilknytningsstile ved alle de anvendte

måleredskaber, som minimum kan inddeles i sikker/usikker tilknytning. Slutteligt kan det være en begrænsning ved de inddragede studier, at de ikke benytter interviews eller observationsmetoder, for at undersøge tilknytning i BPD patienterne. Vi forestiller os, at BPD patienternes selvrapportering vedrørende egen tilknytning kan være influeret af en forringet selvindsigt grundet deres personlighedsforstyrrelse. Dette kan muligvis medføre et misvisende billede af deres tilknytningsstil (Frias et al., 2016).

Empiriske begrænsninger ved undersøgelse af dissociation. Fem ud af de 12 identificerede studier inddrog dissociation i deres studie. Alle fem studier benyttede sig af DES som måleredskab. Som nævnt tidligere, ses flere potentielle biases, når man benytter selvrapporterings spørgeskema, til at undersøge et fænomen. På den ene side, kan der derfor argumenteres for, at man burde anvende yderligere metoder i undersøgelsen af dissociation, som eksempelvis interview. På den anden side er DES et valideret måleredskab, hvorfor det kan vurderes acceptabelt, at det anvendes som eneste måleredskab i undersøgelsen af dissociation. DES anses som et måleredskab med god validitet og reliabilitet. Et valideringsstudie af Bernstein-Carlson & Putnam (1993) fandt, at DES viste god split-half samt test-retest reliabilitet. Testen producerede stabile resultater over tid. Ydermere fandt man, at items scores og skala scores korrelerede, hvilket indikerede en høj konstrukt validitet (Bernstein-Carlson & Putnam, 1993). Samtidig er DES i stand til at skelne mellem individer med og uden dissociativ forstyrrelse, hvilket vi anser som værende relevant i nærværende opgave, hvor samples primært består af BPD patienter og kontrolgrupper.

Vi vurderer det problematisk, at inddragede studier primært målte aktuelt niveau af dissociation i BPD patienter, for at undersøge forholdet mellem barndomstraumer, dissociation og BPD. Tværsnitsundersøgelser giver os ikke mulighed for at drage kausale konklusioner om hvorvidt, at barndomstraumer fører til dissociation og herefter til BPD. En alternativ forklaring kan eksempelvis være, at barndomstraumer fører til BPD og herefter til dissociation. Studiet af Bischescu-Burian et og kolleger (2016) forsøgte at imødekomme denne problematik, ved at inddrage peritraumatisk dissociation i forbindelse med tidlige barndomstraumer. Således forsøgte man at undersøge, om de dissociative symptomer i BPD patienterne, kunne stamme fra eller relateres til, peritraumatisk dissociation i forbindelse med barndomstraumer. Dette kan ses som et fornuftigt forsøg på at inddrage peritraumatisk dissociation, hvorimod det kan diskuteres, hvorvidt det overhovedet er muligt, at undersøge peritraumatisk dissociation ved retrospektiv selvrapporing. I tråd med dette, vil man kunne argumentere for, at den eneste måde at undersøge dette fænomen vil være, at foretage et longitudinelt studie, hvor man er i stand til at undersøge graden af peritraumatisk dissociation under barndomstraumet. Samtidig vil et sådant studie ikke være etisk forsvarligt. Dette skyldes, at man i det omfang det er muligt, altid bør forsøge at forhindre, at børn udsættes for potentielt traumatiske hændelser. Således vil vi ikke kunne forsvare, at undersøge peritraumatisk dissociation i forbindelse med misbrug, da det ville kræve, at vi bevidst lod en potentielt traumatisk hændelse finde sted.

4.7. Overlappende diagnoser - BPD, PTSD eller C-PTSD?

Vi har i opgavens analyse beskrevet, hvordan der ses en sammenhæng mellem barndomstraumer og udvikling af BPD. I takt med, at denne sammenhæng er

blevet dokumenteret empirisk, er en diagnostisk diskussion opstået (MacIntosh et al., 2015). Er BPD den rette diagnose til at beskrive den komplekse symptomatologi hos individer, der har oplevet alvorligt misbrug i barndommen? Er BPD en personlighedsforstyrrelse eller en traumerelateret lidelse?

Disse spørgsmål fik blandt andre Herman (1995) til at foreslå, at individer med langvarige og alvorlige barndomstraumer lider af en kompleks form for PTSD, nemlig C-PTSD. C-PTSD er foreslået som en del af det kommende ICD-11 system, der udkommer i 2018 (Hyland et al., 2017). I modsætning til ICD-11 har man i DSM-5 ikke en diagnose for C-PTSD. Man har derimod udvidet PTSD diagnosen således, at den indeholder 20 mulige symptomer (American Psychiatric Association, 2013). Den foreslåede C-PTSD diagnose i ICD-11 indeholder kernesymptomer for PTSD, samt yderligere seks symptomer på forstyrrelse i selvorganisering. Disse seks symptomer fordeler sig i tre kategorier: affektiv dysregulering, negativt selv-koncept samt forstyrrede interpersonelle forhold. Symptomerne antages at stamme fra gentagne og multiple traumer, som eksempelvis misbrug i barndommen (Hyland et al., 2017).

Hyland og kolleger (2017) har foretaget et valideringsstudie af C-PTSD, hvor de undersøgte et sample bestående af 453 individer, som alle havde været udsat for seksuelt misbrug i barndommen. Resultatet viste, at 42,8% levede op til C-PTSD, hvorimod kun 7% levede op til PTSD. Dette er i overensstemmelse med tidligere empiriske fund samt den teoretiske grundantagelse for C-PTSD, hvor barndomstraumer øger sandsynligheden for C-PTSD frem for PTSD (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Marcker, 2013; Hyland et al., 2017). Således vil man på den ene side kunne argumentere for, at C-PTSD er den rette diagnose til at beskrive symptomatologien som kan vise sig på baggrund af barndomstraumer. På den anden

side har C-PTSD flere symptomatiske ligheder med BPD, herunder affektiv dysregulering, impulsivitet, suicidalitet, tomhedsfølelse, kroniske interpersonelle vanskeligheder, frygt for afvisning samt dissociative symptomer (MacIntosh et al., 2015). Således kan man argumentere for, at der ikke er tale om to diagnostiske enheder, men at C-PTSD og BPD med komorbid PTSD kan afspejle det samme. I tråd med dette, samt opgavens teoretiske redegørelse for, hvordan barndomstraumer kan skabe dybdegående forandringer i personligheden, vil man kunne argumentere for, at BPD er den rette diagnose til at beskrive symptomatologien på baggrund af barndomstraumer. Omvendt kan man argumentere for, at BPD ikke udelukkende kan ses som traumerelateret lidelse, da ikke alle BPD patienter rapporterer om misbrug i barndommen (MacIntosh et al., 2015)

Cloitre og kolleger (2014) har forsøgt at undersøge, hvordan man adskiller PTSD, C-PTSD og BPD. De undersøgte 280 voksne kvinder, som søgte behandling for PTSD på baggrund af barndomstraumer i form af misbrug. Cloitre og kolleger (2014) ville undersøge, om kvinderne opfyldte diagnosen for PTSD, C-PTSD eller BPD. Resultaterne viste, at kvindernes mønstre af symptomer formede klassificeringer, som var i overensstemmelse med de diagnostiske kriterier for enten PTSD, C-PTSD eller BPD. Man fandt, at man kunne klassificere kvinderne i fire grupper. En gruppe havde et generelt lavt symptomniveau. En anden gruppe blev klassificeret som PTSD gruppen med højt niveau af PTSD symptomer, men lavt niveau af C-PTSD samt symptomer på BPD. Den tredje gruppe klassificerede Cloitre og kolleger (2014) som C-PTSD gruppen, hvor deltagerne havde et højt niveau af både symptomer på PTSD og C-PTSD, men scorede lavt på BPD symptomer. Den sidste gruppe blev klassificeret som BPD gruppen, hvor deltagerne havde et højt niveau af BPD symptomer samt et højt niveau af symptomer på både PTSD og C-

PTSD (Cloitre et al., 2014). Trods BPD gruppen udviste symptomer på både PTSD og C-PTSD, så var gruppen klar adskilt fra de resterende grupper, da de havde unikke BPD symptomer, som de resterende ikke opfyldte. Eksempelvis adskilte de sig ved, at de gjorde heftige forsøg på at undgå svigt, de havde ustabile og intense interpersonelle forhold, som var karakteriseret ved vekslen mellem idealisering og devaluering, de havde ustabil selvbillde og var præget af impulsivitet (Cloitre et al., 2014). Således antyder studiets resultater, at der er flere områder hvor PTSD, C-PTSD og BPD adskiller sig.

Vi forestiller os, ligesom Cloitre og kolleger (2014) har konkluderet, at C-PTSD ikke bliver i stand til at dække BPD patienternes komplekse symptombillede. Således kan BPD patienter muligvis have yderligere symptomer end dem, som er repræsenteret i C-PTSD og PTSD, hvorfor ingen af de diagnoser vil være tilstrækkelige i denne sammenhæng. Vi ønsker eksempelvis at fremhæve, at BPD diagnosen ikke kræver en traumatisk hændelse for at blive diagnosticeret, ligesom man ikke kræver at patienter med C-PTSD udviser frygt for afvisning. Samtidig er BPD patienter i højere grad selvskadende og suicidale end patienter med PTSD eller C-PTSD (Cloitre et al., 2014). På trods af, at interpersonelle vanskeligheder er en væsentlig faktor i både C-PTSD og BPD, er der forskel på, hvordan det kommer til udtryk. BPD patienter har ofte relationer præget af kaos, hvorimod patienter med C-PTSD oftest vil forsøge at undgå relationer (Cloitre et al., 2014). Således afviger de to diagnoser fra hinanden på centrale områder, hvorfor vi i nærværende opgave anser dem som to diagnostiske enheder. Denne antagelse er i overensstemmelse med et studie af Knefel, Tran og Lueger-Schuster (2016), hvor associationen mellem PTSD og BPD synes rodfæstet i fælles ætiologiske faktorer og ikke i interaktionen af symptomer.

Vi finder det relevant, at der på sigt foretages flere studier, der kan validere C-PTSD. Omvendt bør man være varsom med, at forsøge at identificere PTSD, C-PTSD og BPD som adskilte diagnostiske enheder. Mentale lidelser og forstyrrelser er ikke separate størrelser, som vi kan forvente at finde klare grænser mellem. Vi bør huske på, at diagnosesystemerne afspejler kunstigt fremstillede grænser, hvor ikke alle patienter nødvendigvis kan passe ind. Således kan samme diagnose tage sig forskellig ud alt afhængigt af det enkelte individ.

4.8. Kritisk perspektiv på anvendt empiri og teori

Begrænset antal inkluderede studier. Vi har kun inddraget 12 studier i vores review, hvilket er relativt få. Der kan stilles spørgsmålstegn ved, om vi overhovedet kan sige noget generelt, om sammenhængen mellem barndomstraumer, tilknytning, dissociation og BPD, på baggrund af så få studier. En årsag til det begrænsede antal identificerede studier er, at mange studier ikke har undersøgt denne sammenhæng hos BPD patienter, men derimod blandt studerende eller andre grupper af voksne. Vi ønskede i nærværende opgave at undersøge sammenhængen specifikt hos BPD patienter, hvorfor det ikke var muligt, at inkludere disse studier. Denne udfordring kunne være imødekommet ved at udvide inklusionskriterierne. Omvendt ville det ikke give os mulighed for, at drage eventuelle konklusioner, der specifik vedrører BPD diagnosen. Samtidig forestiller vi os, at de fleste mennesker vil leve op til ét eller flere BPD træk. Vi mener, at dette udgør en yderligere nødvendighed for, at afgrænse et sample til udelukkende at undersøge individer, der lever op til BPD diagnosen.

En anden årsag til det begrænsede antal studier, er vores inklusionskriterium vedrørende anvendt diagnosesystem. Vi ønskede at inddrage studier, som benyttede sig af enten DSM-IV eller DSM-V. Vores litteratursøgning blev her begrænset af, at

det ikke var muligt at identificere studier, som benyttede sig af DSM-V og samtidig undersøgte den sammenhæng, som vi ønskede at forstå, og i den rette population. Ydermere var vi begrænset af, at flere af de studier som undersøgte den ønskede sammenhæng benyttede sig af DSM-III, hvorfor de blev ekskluderet. Det kan diskuteres, hvorvidt det ville være en fordel for opgavens resultater at have inddraget studier, der anvendte andre diagnosesystemer, da det kunne medføre flere inkluderede studier. Vi ønskede at undersøge de nyeste opfattelser og resultater på området, hvorfor vi fandt det relevant, at bibeholde vores inklusionskriterium angående anvendt diagnosesystem. Vi forestiller os samtidig, at det ville være en udfordring at sammenligne resultaterne på tværs af forskellige diagnosesystemer.

Begrænsninger ved opgavens definition af barndomstraumer. I

nærværende opgave har vi valgt, at inkludere fysisk, emotionelt og seksuelt misbrug under det vi overordnet kalder barndomstraumer. Dette på baggrund af en antagelse om, at netop disse tre typer misbrug kan medføre de mest alvorlige senfølger. Denne antagelse kan udfordres, idét flere studier ligeledes undersøger fysisk og emotionel neglect og finder, at særligt emotionel neglect også lader til at spille en betydelig rolle i ætiologien for BPD. Eksempelvis fandt Simeon og kolleger (2003), at emotionel neglect var den eneste traumetype, der havde en specifik sammenhæng med dissociation og ængstelig tilknytning. Deres resultater viste, at emotionel neglect korrelerede signifikant med dissociation ($r = .48, df = 18, p = .03$) og ængstelig tilknytning ($r = .44, df = 18, p = .050$). På baggrund af dette, vurderer vi det som en begrænsning i nærværende opgave, at neglect ikke er inddraget, som traumetype. Derfor kan det overvejes, om fysisk og emotionel neglect bør inddrages, som en del af barndomstraumer, hvis opgavens fremsatte model skulle testes empirisk.

Sammenhæng mellem barndomstraumer og BPD? Analysen af de 12

inkluderede studier tyder på, at der kan eksistere en sammenhæng mellem barndomstraumer og BPD. Omvendt er der i litteraturen modsigende resultater, som ikke støtter denne hypotese. På den ene side, er det ikke alle personer med BPD, som har oplevet barndomstraumer. På den anden side er det ikke alle, der oplever barndomstraumer, som udvikler BPD senere i livet. Stepp, Lazarus & Byrd (2016) undersøgte i deres review med 39 inkluderede studier, hvorvidt barndomstraumer kan prædiktere BPD. 15 af de 39 studier undersøgte specifikt denne sammenhæng. Blandt de 15 studier, fandt otte studier, at barndomstraumer kan være en mulig prædiktor for BPD. Omvendt fandt fem studier ingen sammenhæng mellem det at være udsat for barndomstraumer og udviklingen af BPD senere i livet (Stepp et al., 2016). Således kan barndomstraumer for nogle individer muligvis medvirke til udviklingen af BPD senere i livet, hvorimod det for andre individer ikke er tilfældet. Derfor kan vi sandsynligvis ikke tale om et direkte kausalt forhold mellem barndomstraumer og BPD, men snarere forstå barndomstraumer som én faktor, der kan bidrage til udviklingen af BPD. Om eventuelle barndomstraumer får betydning for den videre udvikling, afhænger af det enkelte individs traumereaktion eller fraværet af samme, hvilket er i tråd med antagelsen om *potentielt traumatiserende hændelser*, omtalt i opgavens redegørende del. Samtidig kan der være tale om flere beskyttende faktorer, som kan reducere individets risiko for at udvikle psykopatologi som følge af potentielt traumatiserende hændelser. Eksempelvis har Paris, Perlin, Laporte, Fitzpatrick & Destefano (2014) i et kvalitativt studie, undersøgt 12 kvindelige søskendepar, som er opvokset under de samme utrygge og potentielt traumatiserende vilkår, hvor den ene søster har udviklet BPD mens den anden ikke har. Studiet fandt

fire overordnede faktorer, som menes at have indflydelse på, hvorvidt BPD udvikles. De fire beskyttende faktorer inkluderer individuelle faktorer, familiemæssige faktorer, eksterne faktorer og 'nye' faktorer. De individuelle faktorer indebærer personlige karakteristika såsom omsorgsfuldhed, intelligens, omgængelighed, optimisme, gode sociale færdigheder og positiv selvfølelse. Samtidig indebærer disse faktorer emotionsregulerings færdigheder og en optimistisk og håbefuldst fremtidsorientering. Familiemæssige faktorer indbefatter grænsesætning og afstandtagen overfor skadelige familiemedlemmer og det psykisk usunde miljø, de er opvokset i. De eksterne faktorer inkluderer evnen til at identificere og få gavn af andre mulige støttende og omsorgsfulde voksne i barndommen, som eksempelvis øvrige familiemedlemmer, lærere eller pædagoger. Ligeledes kan social støtte i form af nære venskaber til jævnaldrende have samme funktion. Slutteligt er der de 'nye' faktorer, som primært indebærer accept af og afstandtagen fra fortiden. Under disse faktorer hører også betydningen af at få egne børn, der kan fungere som en motivation til at have en retning i livet, samt medføre lysten til at skabe et sundt, trygt og kærligt miljø for dem og en selv (Paris et al., 2014). Således er dette studie, et eksempel på, at alle individer ikke nødvendigvis udvikler BPD på baggrund af en traumatiserende hændelse. Derfor kan vi ikke nødvendigvis argumentere for et kausalt forhold mellem barndomstraumer og udviklingen af BPD. På baggrund af dette, vil vi i det følgende diskutere andre mulige forklaringsmodeller af ætiologien for BPD.

Alternative forklaringsmodeller af ætiologien for BPD? Vi har i nærværende opgave udviklet en model, som en hypotese for, hvordan tilknytning og dissociation kan mediere forholdet mellem barndomstraumer og BPD. Det kan diskuteres, hvorvidt opgavens fremsatte model er sandsynlig og tilstrækkelig, til at

forklare ætiologien i BPD. Tidligere har der været foreslået adskillige andre modeller. Som beskrevet i opgavens redegørelse for BPD, har Fonagy og Bateman (2008) fremsat en model, som fokuserer på udviklingen af mentaliseringsevnen. På den ene side har denne model store overlap med nærværende opgaves model, idet begge modeller inddrager forstyrrelser i den tidlige tilknytning kombineret med traumatiske oplevelser i en tilknytningsskontekst. På den anden side har Fonagy og Batemans (2008) model fokus på, hvordan forstyrret tilknytning og traumer interagerer med den neurobiologiske udvikling og medfører hypersensivitet i tilknytningssystemet. Dette medfører en ustabil mentaliseringsevne i forbindelse med emotionel arousal. Således inddrager Fonagy & Bateman (2008) biologiske og neurologiske faktorer i deres model, hvilket ikke inddrages i nærværende opgaves fremsatte model. På trods af dette forestiller vi os alligevel, at mentaliseringsevnen kan udgøre en væsentlig ætiologisk faktor for BPD. Ifølge Fonagy og Target (2000) påvirkes mentaliseringsevnen af barndomstraumer og forstyrret tilknytning, hvorfor vi forestiller os, at mentalisering kan spille en indirekte rolle i nærværende opgaves model.

Et andet eksempel på en forklaringsmodel for ætiologien i BPD er Linehans biosociale teori (1993). Som beskrevet i opgavens redegørelse, spiller emotionsregulering en afgørende rolle i denne model. Dette er i tråd med opgavens analyse, hvori det beskrives, at emotionel dysregulering kan være en konsekvens af både usikker tilknytning og dissociation. Omvendt inddrager Linehans (1993) model flere aspekter af emotionsregulering, herunder emotionelle kognitive processer, biokemi og fysiologi, ansigtsudtryk og muskulære reaktioner, samt emotions-styrede handlinger. Således fokuserer Linehans teori særligt på emotionernes betydning i ætiologien for BPD, såvel i en psykosocial, som i en biologisk kontekst. I modsætning

hertil fokuserer nærværende opgaves model udelukkende på psykosociale ætiologiske faktorer, hvilket kan antages, at være en begrænsning i modellen.

Taget de alternative forklaringsmodeller i betragtning, kan man argumentere for, at opgavens foreslåede model, er for snæver i anskuelsen af ætiologien for BPD. Omvendt vurderer vi, at den til stadighed godt kan forklare en del af det mulige forhold, der eksisterer mellem barndomstraumer og BPD. Dermed kan den bidrage til forståelsen af ætiologiske faktorer for BPD. Dog fremhæves betydningen af biologiske og neurologiske faktorer i en stor del af litteraturen vedrørende BPD og personlighedsforstyrrelser generelt. Eksempelvis beskriver Jørgensen (2009), hvordan problemer i tidlige relationer, kan medføre fejludvikling og alvorlige, langvarige og i visse tilfælde kroniske dysfunktioner i hjernen. Disse dysfunktioner udgør neurologiske problemer, som kan have afgørende betydning for, hvordan individet fungerer i sin dagligdag og i relation til andre. Dermed kan det også forklare nogle af de vanskeligheder, man ser hos mennesker med personlighedsforstyrrelser, herunder BPD (Jørgensen, 2009). I tråd med dette finder flere studier, at kognitive færdigheder, eksempelvis i form af lavt intelligensniveau, kan udgøre en betydelig ætiologisk faktor for BPD (Belsky et al., 2012; Cohen et al., 2008; Winsper et al., 2012). Samtidig fremhæver Jørgensen (2009) de genetiske faktoreres betydning for ætiologien i BPD. Her antyder han, at medfødte personlighedstræk relateret til eksempelvis impulsiv aggression og emotionel dysregulering sandsynligvis kan fungere som disponerende faktorer for BPD. Dette stemmer overens med, at Stepp og kolleger (2016) i et review identificerede 12 studier, som påviser sammenhængen mellem tendenser i temperament og personlighed og udviklingen af BPD, herunder tendens til negativ affektivitet og impulsivitet. Desuden er der identificeret adskillige alternative ætiologiske faktorer for BPD. Eksempelvis finder flere studier at lav socioøkonomisk

status spiller en væsentlig rolle for udviklingen af BPD (Cohen et al., 2008; Crawford, Cohen, Chen, Anglin & Ehrensaft, 2009; Stepp et al., 2014). Samtidig er der identificeret en sammenhæng mellem psykopatologi hos omsorgsgiver eller øvrige familiemedlemmer og individets udvikling af BPD (Conway, Hammen & Brennan, 2015; Reinelt et al., 2014; Stepp et al., 2014).

Således eksisterer der adskillige forklaringsmodeller om mulige ætiologiske faktorer for BPD. Dog er der på området enighed om, at psykopatologisk udvikling oftest er et resultat af et komplekst samspil, mellem medfødte dispositioner og sociale indvirkninger i mødet med verden (Jørgensen, 2009). De forskellige forklaringsmodeller har forskellige faktorer i fokus, hvilket kan tyde på at en personlighedsforstyrrelse altid vil udvikles gennem et samspil af mange forskellige faktorer. Vi antager således at BPD og ætiologien herfor, må anskues multifaktorielt. Der er sandsynligvis ingen forklaringsmodeller, der kan stå alene, hvorfor man må have både biologiske, psykologiske og sociale faktorer for øje, når man søger at forstå ætiologien i BPD. Således skal vores model, blot anses som et bidrag til den allerede eksisterende teori og empiri på området.

5. Konklusion

Vi har i nærværende opgave undersøgt, hvordan barndomstraumer kan medvirke til udviklingen af BPD, samt hvilken rolle tilknytning og dissociation spiller for denne sammenhæng. Formålet var, at bidrage til en bedre forståelse af ætiologien for BPD patienter, der har været udsat for barndomstraumer. I henhold til opgavens problemformulering, kan vi konkludere, at barndomstraumer kan medvirke til udviklingen af BPD i voksenlivet. Samtidig lader tilknytning og dissociation til at udgøre betydelige faktorer for denne sammenhæng. Således kan vi konkludere, at vi

finder støtte til opgavens hypotese A, idét barndomstraumer lader til, at kunne udgøre en ætiologisk faktor for BPD. Empirisk støttes hypotese A, da flere af de inddragede studier fandt, at barndomstraumer signifikant prædikterede BPD. Teoretisk kan sammenhængen forklares ved, at individet traumatiseres i den følsomme periode, hvor personligheden udvikles.

Gyldigheden af opgavens hypotese B støttes teoretisk da misbrug, forårsaget af barnets omsorgspersoner, anses som katalysator for de sværeste følgevirkninger, grundet den tætte følelsesmæssige relation. Endvidere fandt ét af de inddragede studier, at misbrug forårsaget af barnets omsorgspersoner, var den stærkeste prædiktor for at udvikle BPD, sammenlignet med misbrug forårsaget af andre. De resterende studier skelnede ikke mellem offer og krænkers relation. Vi vurderer derfor, at opgavens hypotese B med fordel kan undersøges nærmere, for at be- eller afkræfte den empiriske støtte. På baggrund af nærværende opgave er det derfor vanskeligt at konkludere, hvorvidt risikoen for at udvikle BPD er større, hvis misbruget forårsages af en omsorgsperson, frem for en person uden for familien.

Vi vurderer, at der kan være nogen empirisk og teoretisk støtte for opgavens hypotese C, idét flere af de inddragede studier fandt signifikante sammenhænge mellem barndomstraumer, tilknytning og BPD. Særligt fandt ét studie resultater, som antyder, at tilknytning kan mediere forholdet mellem barndomstraumer og BPD. For at øge den empiriske støtte, vil dette med fordel kunne testes yderligere. Vi finder teoretisk støtte til antagelsen om, at tilknytning kan forklare en del af forholdet mellem barndomstraumer og BPD. Dette skyldes, at vi ser flere overlap mellem adfærden ved usikre tilknytningsstile, som følge af barndomstraumer, og BPD træk. Især kan der argumenteres for flere overlap mellem adfærden, ved den desorganiserede tilknytningsstil, og særligt karakteristiske BPD træk.

Endeligt finder vi delvis empirisk støtte til opgavens hypotese D, idét de inddragede studier fandt blandede resultater, for sammenhængen mellem barndomstraumer, dissociation og BPD. Studiernes resultater afspejler en signifikant sammenhæng mellem dissociation og emotionelt misbrug hos BPD patienter. Samtidig finder studierne ikke overensstemmende resultater vedrørende sammenhængen mellem dissociation og fysisk og seksuelt misbrug. Teoretisk kan dissociation forklare en del af forholdet mellem barndomstraumer og BPD, idét individet kan fastholdes i dissociative tilstande som følge af et barndomstraume. Dette kan stå i vejen for individets normale udvikling, hvorved symptomerne bliver vedvarende og på sigt kan medvirke til BPD symptomatologi.

På baggrund af analysen, af den inddragede teori og empiri, har vi foreslået en model. Modellen illustrerer vores hypotese om et eksisterende forhold, mellem barndomstraumer og BPD, samt betydningen af tilknytning og dissociation for denne sammenhæng. Modellen er hypotetisk, da vi vurderer det vanskeligt, at fastsætte dette komplekse forhold fuldstændigt ud fra den anvendte metode. Dette skyldes, at der forekommer flere empiriske begrænsninger ved såvel de inddragede studier, samt opgavens benyttede teori og metode. Studiernes empiriske begrænsninger vedrører designs, sample karakteristika, undersøgelsesmetoder og statistiske analyser. Ydermere vurderer vi, at nærværende opgaves resultater, er begrænset af det relativt få antal studier, som inddrages i opgavens review. Vi er således begrænset i, at kunne generalisere opgavens fund til området generelt. Derudover har vi i nærværende opgave kun inkluderet emotionelt, fysisk og seksuelt misbrug under kategorien 'barndomstraumer', hvilket vi har erfaret er utilstrækkeligt. Dette skyldes, at flere af de inddragede studier fandt, at fysisk og emotionel neglect ligeledes kan udgøre en betydelig faktor, for udviklingen af BPD. Således konkluderer vi, at de to typer af

neglect bør inddrages, hvis opgavens model testes empirisk. Slutteligt er der, i den teoretiske anskuelse af BPD, foreslået flere alternative forklaringsmodeller. Vi har erfaret, at det tilknytningsteoretiske perspektiv givetvis ikke kan stå alene, når man vil forstå ætiologiske faktorer, som barndomstraumer, tilknytning og dissociation, i BPD. Således må ætiologien i BPD, ansues multifaktorielt med både biologiske, psykologiske og sociale faktorer for øje.

På baggrund af ovenstående konkluderer vi, at barndomstraumer kan udgøre én af flere ætiologiske faktorer for BPD. Endvidere konkluderer vi, at tilknytning og dissociation kan spille en afgørende rolle for denne sammenhæng. For at kunne konkludere, om der er tale om medierende faktorer, vil man skulle teste opgavens fremsatte model empirisk.

6. Perspektivering

Vi finder det relevant at perspektivere nærværende opgave til, hvordan den kliniske praksis kan tage højde for barndomstraumer, tilknytning og dissociation i behandlingen af BPD patienter. Lahav & Elklit (2016) har undersøgt effekten af psykoterapeutisk behandling hos kvinder udsat for seksuelt misbrug i barndommen. De fandt, at både symptomer på usikker tilknytning og dissociative symptomer faldt med tiden gennem behandlingen. I tråd med dette forestiller vi os, at man med psykoterapeutisk behandling, kan være i stand til at genopbygge fundamentale opfattelser af selvet hos BPD patienter. Igennem et positivt terapeutisk forhold, som er trygt og består af gensidig respekt, kan man forestille sig, at patienten bliver bedre i stand til indgå i interpersonelle interaktioner. På den måde vil patientens negative internaliserede opfattelse af interpersonelle forhold kunne svækkes og patientens indre arbejdsmodeller ændres (Lahav & Elklit, 2016). Ved at de indre

arbejdsmodeller ændres, kan patienten tage forandringerne med ud fra terapilokalet, da disse indre arbejdsmodeller har betydning for, hvordan patienten fremadrettet opfatter og begår sig i sine omgivelser (Bowlby, 1996). Vi forestiller os ydermere, at man med psykoterapeutisk behandling, er i stand til at rekonstruere og integrere traumatiske hændelser, hvilket kan medføre, at patienten dissocierer mindre. Dette skyldes, at patienten får alternative måder at håndtere traumerelateret stimuli. De dissociative symptomer vil således falde i takt med, at den traumatiske hændelse bliver mindre isoleret fra hverdagslivet og dermed bliver en mere integreret del af bevidstheden (Lav & Elklit, 2017).

På baggrund af ovenstående overvejelser finder vi det relevant, at man i den kliniske praksis og behandling af BPD patienter, undersøger om eventuelle interpersonelle vanskeligheder og dissociative symptomer, kan relateres til barndomstraumer under opvæksten. Hvis det er tilfældet kan der være behov for en særligt traumefokuseret behandling af BPD. Vi vurderer det relevant, at der foretages yderligere forskning på området, for at udvikle empirisk støttede behandlingsformer, som er i stand til at behandle den komplekse BPD symptomatologi, der kan opstå på baggrund af barndomstraumer.

Referencer

- Aarkrog, T. (1985). Borderline and psychotic adolescents' relationships to their parents: A therapeutic point of view. *Adolescence*, (79), 681-87.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Pattern of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen, J. G. (2001). Mentalizing in practice. I: Allen, J. G., & Fonagy, P. (Red.), *Handbook of mentalization-based treatment* (s. 3-30). Chichester: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. udg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. udg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014). A Latent Class Analysis of Childhood Maltreatment: Identifying Abuse Typologies. *Journal of Loss and Trauma*, 19 (1), 23-39.
- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline Personality Disorder and Childhood Trauma: Evidence for a Causal Relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5(1), 64-77.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., ... Pérez Sola, V. (2004). Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 32(5), 293-298.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., . . . Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology, 24*, 251–265.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., . . . Gunderson, J. G. (2001). Treatment Utilization by Patients with Borderline-personality Disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 295-302.
- Bernstein-Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation, 6*, 16-27.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report (CTQ)*. San Antonio, TX: NCS Pearson, Inc.
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2005). The Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(4), 563–581.
- Bischescu-Burian, D., Steyer, J., Steinert, T., Grieb, B., & Tschöke, S. (2016). Trauma-related dissociation: Psychological features and psychophysiological responses to script-driven imagery in borderline personality disorder. *Psychophysiology, 1-10*.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*(1), 75–90.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., & Stieglitz, R. D. (2001). Development of the Borderline Symptom List. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 51*(5), 201– 211.
- Bond, M. (1992). An empirical study of defensive styles: the Defense of Style Questionnaire. I: Vaillant, G. E. (Red.). *Mechanisms of Defense. A Guide for Clinicians and Researchers* (s. 127-158). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., & Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 180–194.
- Bowlby, J. (1973). *Separation and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1996). *At knytte og bryde nære bånd*. København: Det lille Forlag.

- Bremner J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 195, 211-18.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. I: Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (Red.), *Attachment theory and close relationships* (s. 46-76). New York: Guilford.
- Bretherton, I., Birringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sheerman, M. (1989). Attachment – the Parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10 (3).
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *J. Consult. Psychol.*, 21, 343–349.
- Carlson, E.A., & Sroufe, L.A. (1995). Contribution of Attachment Theory to Developmental Psychopathology. I: Cichetti, D., & Cohen, D. J. (Red.), *Developmental Psychopathology* (s. 581-617). New York: Wiley.
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., & Kelly, G. (2000). *Child Maltreatment in the United Kingdom: A Study of the Prevalence of Child Abuse and Neglect*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Christoffersen, M. N. (2010). *Børnemishandling i hjemmet*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 10:30 - Delrapport 1.
- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K. S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury: Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect*, 44, 106-116.
- Christoffersen, M. N., Skov Olsen, P., Vammen, K. S., Sander Nielsen, S., Lausten, M., & Brauner, J. (2011): *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge: risiko- og beskyttelsesfaktorer*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The Personality Disorders Institute, Weill College of Medicine of Cornell University.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Marcker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-10.

- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch. Gen. Psychiatry.*, *44*, 573-588.
- Coccaro, E. F., Harvey, P. D., Kupsaw-Lawrence, E., Herbert, J. L., & Bernstein, D. P. (1991). Development of neuropharmacologically based behavioral assessments of impulsive aggressive behavior. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *3*, 44-51.
- Cohen, P. R., Chen, H., Gordon, K., Johnson, J. G., Brook, J., & Kasen, S. (2008). Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, *20*, 633-650.
- Conway, C. C., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2015). Adolescent precursors of adult borderline personality pathology in a high-risk community sample. *Journal of Personality Disorders*, *29*, 316-333.
- Coolican, H. (2014). *Research Methods and Statistics in Psychology* (6th revised edition). UK: Taylor and Francis Ltd.
- Crawford, T. N., Cohen, P. R., Chen, H., Anglin, D. M., & Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, *21*, 1013-1030.
- Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008). The Relational Context of Aggression in Borderline Personality Disorder: Using Adult Attachment Style to Predict Forms of Hostility. *Journal of Clinical Psychology*, *64* (1), 67-82.
- Dorahy, M. J., & van der Hart, O. (2011). Relationen mellem traume og dissociation. En historisk analyse. I: Hart, S. (Red). *Dissociationsfænomener* (s. 61-87). København: Hans Reitzels Forlag.
- Dowson, J. H. (1992). Assessment of DSM-III-R personality disorders by self-report questionnaire: the role of informants and a screening test for co-morbid personality disorders (STCPD). *British Journal of Psychiatry*, *161*, 344-352.
- Dyregrov, A. (2011). *Børn og traumer* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse Negl.*, *16*, 391-398.

- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *SCID-II personality questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1995). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional Dissociation in Response to Trauma: An Information-Processing Approach. I: Michelson, L. K., & Ray, W. J. (Red.), *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* (s. 207-224). New York: Springer Science, Business Media.
- Fonagy, P. (2002). Multiple voices versus meta-cognition: An attachment theory perspective. I: Sinason, V. (Red.), *Attachment, trauma and multiplicity* (s. 71-85). London: Brunner-Routledge.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24 (3), 212-239.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The Development of Borderline Personality Disorder - A Mentalizing Model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81, 853-874.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). Evolution of the Interpersonal Interpretive Function: Clues for Effective Preventive Intervention in Early Childhood. I: Coates, S.V., Rosenthal, J. L., & Schechter, D. S. (Red.), *Trauma and Human Bonds* (99-113). London: The Analytic Press.
- Fossati, A. (2012). Adult Attachment in the Clinical Management of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(3), 159-171.
- Frias, A., Palma, C., Farriols, N., Gonzales, L., & Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 10, 274-284.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., & Keane, T. M. (2014). PTSD from DSM-III to DSM-5. Progress and Challenges. I: Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Red.), *Handbook of PTSD. Science and Practice*. New York: Guilford Press.

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview Protocol* (3. udg.). University of California at Berkeley: Unpublished manuscript.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: the case of adult attachment. I: Bartholomew, K., & Perlman, D. (Red.). *Advances in Personal Relationships* (5. udg., s. 17-52). *Attachment Processes in Adulthood*. London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... Skodol, A. G. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827–37.
- Hart, S. (2011). Traumatisk dissociation og tilknytningsforstyrrelser. I: Hart, S. (Red.), *Dissociationsfænomener* (s. 39-61). København: Hans Reitzels Forlag.
- Herman, J. (1995). *I voldens kølvand – Om psykiske traumer og deres heling*. København: Hans Reitzels forlag.
- Hernandez, A., Arntz, A., Garviria, A. M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships Between Childhood Maltreatment, Parenting Style, and Borderline Personality Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727-736.
- Hesse, E. (1996). Discourse, memory and the adult attachment interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) Technical Manual*. San Antonio (TX): Harcourt.
- Huang, J., Yuang, Y., Wu, J., Napolitano, L., Xi, Y., & Cui, Y. (2012). Childhood Abuse in Chinese Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 238-254.
- Hyland, P., Elklit, A., Vallières, F., Shevlin, M., Murphy J., & Garvert D. W. (2017). An Assessment of the Construct Validity of the ICD-11 Proposal for Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(1), 1-9.
- Hyer, S. E., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kellman, H. D., & Doidge, N. (1992). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire - Revised: a replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 73–77.

- Jørgensen, C. R. (2009) *Personlighedsforstyrrelser: Moderne relational forståelse og behandling af borderlinelidelse* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Knefel, M., Tran, U., & Lueger-Schister, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytic perspective. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 70-78.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. (2006). Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways model. I: Cicchetti, D., & Cohen, D. (Red.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (s. 333-369). New York: Wiley.
- Lahav, Y., & Elklit, A. (2016). The cycle of healing - dissociation and attachment during treatment of CSA survivors. *Child Abuse & Neglect, 60*, 67-76.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and the validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment, 18*(3), 303-312.
- Liotti, G. (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. I: Salomon, I., & George, C. (Red.), *Attachment Disorganization* (s. 291-317). New York: Guildford.
- Liotti, G. (1999b). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry, 19*, 757-783.
- Loranger, A. W. (1999). *International personality disorder examination: DSM-IV and ICD-10 interviews*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Löffler-Statska, H., Szerencsics, M., & Blüml, V. (2009). Dissociation, trauma, affect regulation and personality in patients with borderline personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic, 73*(2), 81-98.
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., & Dubash, N. (2015). Borderline Personality Disorder: Disorder og Trauma or Personality, a Review of the Empirical Literature. *Canadian Psychology, 56*(2), s. 227-241.

- Main, M. (1994). *A move to the level of representations in the study of attachment organisation: Implications for psychoanalysis*. Annual research lecture to the British psychoanalysis Society. London.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychology: Orientation to the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 64(2), 237-43.
- Main, M. (2000). The organized categories of Infant, Child and Adult attachment: Flexible vs. Inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1096.
- Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. I: Steele, M., & Steele, H. (Red.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (s. 31-68). New York, NY: Guilford Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985): Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monogr. Soc. Res., Child Development*, 50, 66-104.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, 2, 144-168.
- McWilliams, K., Goodman, G. S., Raskauskas, J., & Cordon, I. M. (2014). Child Maltreatment and Bullying. I: Melton, G. B., Ben-Arieh, A., Cashmore, J., Goodman, G. S., & Worlay, N. K. (Red.), *The SAGE Handbook of Child Research* (s. 300-315). Storbritannien: SAGE Publications Ltd.
- Melero, R., & Cantero, M. J. (2008). Affective styles in a Spanish sample: a questionnaire for the assessment of adult attachment. *Clinical Health*, 19, 83-100.
- Merza, K., Papp, G., & Szabó, I. K. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *Eur. J. Psychiat.*, 29(2), 105-118.
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2006). Adult Social Attachment Disturbance Is Related to Childhood Maltreatment and Current Symptoms in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(5), 341-348.
- Mosquera, D., Gonzales, A., & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder:

the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 15(1), 1-8.

- Oldrup, H., Christoffersen, M. N., Kristiansen, I. L., & Østergaard, S. V. (2016). Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Paris, J. (2014). A History of Research on Borderline Personality Disorder in Childhood and Adolescence. I: Sharp, C., & Tackett, J. L. (Red.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (s. 9-16). New York: Springer Science+Business Media.
- Paris, J., Perlin, J., Laporte, L., Fitzpatrick, M., & Destefano, J. (2014). Exploring resilience and borderline personality disorder: A qualitative study of pairs of sisters. *Personality and Mental Health*, 8, 199-208.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J. Clin. Psychol.*, 51, 768-774.
- Pec, O., Bob, P., & Raboch, J. (2014). Dissociation in schizophrenia and borderline personality disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 487-491.
- Perry, B. D. (2011). Den udviklingsneurologiske virkning af vold i barndommen. I: Hart, S. (Red). *Dissociationsfænomener* (s. 223-247). Hans Reitzels Forlag: København.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Rechenbach, A. (2003a). Attachmentbegrebet, dets historik og aktualitet. *Psyke & Logos*, 24, 529-546.
- Rechenbach, A. (2003b). Tilknytningsforstyrrelser og psykopatologi. *Psyke & Logos*, 24, 621-637.
- Reinelt, E., Stopsack, M., Aldinger, M., Ulrich, I., Grabe, H. J., & Barnow, S. (2014). Longitudinal transmission pathways of borderline personality disorder symptoms: From mother to child? *Psychopathology*, 47, 10-16.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York: The Guildford Press.
- Schmidt, N. B., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cogn. Ther. Res.*, 19, 295-321.

- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5, 333-353.
- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., & Hollander, E. (2003). Relationship of Personality to Dissociation and Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *CNS Spectrums*, 8(10), 755-757, 760-762.
- Spiegel, D. (2003). Hypnosis and traumatic dissociation: Therapeutic opportunities. *Journal of Trauma Dissociation*, 4, 73-90.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the Border Into Borderline-personality and Borderline-Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.
- Stepp, S. D., Keenan, K., Hipwell, A. E., & Krueger, R. F. (2014). The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 18.
- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A Systematic Review of Risk Factors Prospectively Associated With Borderline Personality Disorder: Taking Stock and Moving Forward. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 7(4), 316-323.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Scott, L. N., Zalewski, M., Loeber, R., & Hipwell, A. E. (2014). Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 26, 361-378.
- Stern, D. (1991). *Barnets interpersonelle univers*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Tellegen, A., & Waller, N. G. (2008). Exploring personality through test construction: Development of the Multidimensional Personality Questionnaire. I: Boyle, G. J., Matthews, G., & Saklofske, D. H. (Red.), *Handbook of personality theory and testing. Personality measurement and assessment* (2. udg., s. 261-292). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vammen, K. S., & Christoffersen, M. N. (2013). *Unge selvskade og spiseforstyrrelse: kan social støtte gøre en forskel?* SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W.W. Norton.
- Van der Kolk, B. A., & Smyth, N. (2010). Trauma Assessment Packet. [CD-ROM]. The Trauma Center at Justice Resource Institute, University of Buffalo School of Social Work.
- Wang, Y. Y., Freedom, L., & Zhong, J. (2008). The adaptation of McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder among Chinese college students. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 16*(3), 258–260.
- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., & Whewell, P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 478–481.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er vores relationer: Om tilknytning, traumer og dissociation*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A prospective investigation of Borderline Personality Disorder and neglected children followed up into adulthood. *Journal of personality disorders, 23*(5), 433-446.
- Winsper, C., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychological Medicine, 42*, 2405–2420.