

Tilknytningsstil hos pasienter med unnavikende og borderline personlighetsforstyrrelse

Guro Mikaelen Skulberg



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

05.08.2013

**Tilknytningsstil hos pasienter med
unnavikende og borderline
personlighetsforstyrrelse**

Guro Mikaelen Skulberg

Copyright Guro Mikaelen Skulberg

2013

Tilknytningsstil hos pasienter med unnvikende og borderline personlighetsforstyrrelse

Guro Mikaelen Skulberg

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: PrintShop

Sammendrag

Forfattere: Guro Mikaelen Skulberg

Tittel: Tilknytningsstil hos pasienter med unnvikende og borderline personlighetsforstyrrelse

Veiledere: Knut Arne Hagtvet, Kirsten Bennum og Theresa Wilberg

Bakgrunn: DSM-5 inneholder et alternativt forslag for diagnostisering av personlighetsforstyrrelser (pf), der svekkelser i selvet og *interpersonlig fungering* blir et nødvendig kriterie for å få diagnosen personlighetsforstyrrelse og der forskjeller i interpersonlig fungering blir brukt til differensiere mellom ulike personlighetsforstyrrelser. Forslaget ble nedstemt på grunn av manglende empiri, og det ble oppfordret til å forske mer. Lite forskning finnes på sammenhengen mellom tilknytningsstil og de fleste av personlighetsforstyrrelsene. Mitt studie ser først på hvorvidt tilknytningsstil til pasienter med personlighetsforstyrrelser skiller seg fra et normalutvalg og deretter på om tilknytningsstil kan bruke til å differensiere henholdsvis unnvikende og borderline personlighetsforstyrrelse fra andre personlighetsforstyrrelser. Forskning på området har ofte benyttet tilknytningsspørreskjemaet "Experiences in closed relationship" (ECR), men faktorstrukturen til ECR er nesten ikke undersøkt i kliniske utvalg. I dette studiet undersøkes faktorstrukturen til ECR i et utvalg av pasienter med personlighetsforstyrrelser, og de nye faktorene benyttes til å undersøke sammenhengen mellom tilknytningsstil og henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf.

Metode: Dette kvantitative studiet er et selvstendig forskningsprosjekt, der allerede innsamlet data ble stilt til rådighet av Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål Universitetessykehus. Forskjeller i tilknytningsstil mellom normalutvalg og personlighetsforstyrrelseutvalget ble undersøkt ved visuell inspeksjon. Faktorstrukturen til ECR ble undersøkt med en eksplorerende faktoranalyse. Om tilknytningsstil kunne differensiere henholdsvis unnvikende og borderline pf. fra andre personlighetsforstyrrelser ble undersøkt med hierarkisk multippel regresjonsanalyse, der det ble kontrollert for trekk fra andre personlighetsforstyrrelser.

Resultater: Visuell inspeksjon viste en høyere tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse hos pasienter med personlighetsforstyrrelser, sammenlignet med et normalutvalg. Faktoranalysen viste at det er tvetydig om ECR består av to, som opprinnelig, eller fire til-

tilknytningsskalaer for dette utvalget. Når det ble benyttet et tofaktorstruktur var tilknytningsunngåelse, men ikke tilknytningsengstelse i stand til å differensiere unnvikende pf. fra andre personlighetsforstyrrelser. Bruk av en firefaktorstruktur viste imidlertid at også tilknytningsengstelse-underfaktoren engstelse for å bli forlatt kunne differensiere unnvikende pf. fra andre personlighetsforstyrrelser. Denne sammenhengen ble maskert av at den opprinnelige tilknytningsengstelse-skalen også inneholdt spørsmål som omhandlet ”ønske om nærhet”. Firefaktorstrukturen viste også at innenfor tilknytningsunngåelse var det spesielt ”ukomfortabelhet med å dele tanker og følelsersom differensierte unnvikende personlighetsforstyrrelse fra andre personlighetsforstyrrelser. Bruk av en tofaktorstruktur viste at tilknytningsengstelse, men ikke tilknytningsunngåelse kunne differensiere borderline fra andre personlighetsforstyrrelser. Firefaktorstrukturen nyanserte dette funnet, og fant at det var engstelse for å bli forlattsom differensierte borderline pf. fra de andre personlighetsforstyrrelsene.

Konklusjon: Resultatet støtter det nye DSM-5 forslaget om av svekkelser i interpersonlig fungering kan være et fellestrekk ved alle personlighetsforstyrrelser, og at tilknytningsstil er i stand til å kunne differensiere mellom forskjellige personlighetsforstyrrelser. Tilknytningsstil hos de forskjellige personlighetsforstyrrelsene vil være viktig å ta hensyn til i terapi med disse gruppene. Resultatene tydeliggjør viktigheten av å også i framtidige studier på området undersøke faktorstruktur. De fire tilknytningsskalaene fikk fram mer nyanser i tilknytningsstilen hos unnvikende og borderline pf. enn når man tok utgangspunkt i tilknytningsskalaene utviklet fra studentutvalg, slik tidligere studier har gjort.

Forord

En stor takk rettes til Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål Universitetssykehus for å først ha vekket min interesse for denne pasientgruppen, gjennom arbeid som forskningsassistent hos dere, og for å seinere ha gitt meg tilgang til et svært spennende datamateriale. Spesielt takk til Theresa Wilberg på avdelingen, for å alltid være tilgjengelig for spørsmål, gjennomlesning av første utkast til innledningen, kritiske innspill og for å dele av din store kunnskap på fagfeltet.

Veiledere på instituttet fortjener også en stor takk: Takk til Kirsten Bennum, for god oppbacking underveis i skrivningen, og for alle dine innspill i forhold til oppbygging av oppgaven. Takk også til Knut Arne Hagtvet, for din pedagogiske evner i å skape forståelse for hvor viktig metodiske problemstillinger er for forståelse av psykologiske fenomener, for å gi meg svært grundige tilbakemeldinger på oppgaven midt i din sommerferie, og for alltid gi meg ny inspirasjon i veiledningsmøter.

Takk til mamma og pappa for omsorgsfulle telefoner, middager og praktisk støtte i prosessen, til pappa for gjennomlesning av metode, til søster Marte for oppmuntrende meldinger underveis, og til bestemor Ba for flotte avkoblingsstunder underveis i oppgaveskriving og for å ha bidratt til utdannelsen min ved å lære meg å bli glad i bøker.

Mest av alt takk til min samboer Sveinung. Det siste halvåret har du lagt ned svært mye innsats i å diskutere oppgaven og korrekturlesninger. Takk for all omsorg og ubegrenset støtte, optimisme og for å holde ut med meg. Det å kunne lene meg til deg har vært helt avgjørende for skriveprosessen.

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Tilknytning	3
1.1.1 Tilknytning hos barn	3
1.1.2 Kontinuitet i tilknytningsmønster	4
1.1.3 Tilknytning hos voksne	5
1.1.3.1 Adult Attachment Interview	5
1.1.3.2 Romantisk kjærlighet som tilknytningsprosess	6
1.1.3.3 Tilknytningsstil som modell av selv og andre	7
1.1.3.4 Experiences in Closed Relationships	8
1.1.3.5 Fordeler og ulemper med ECR i forhold til AAI	9
1.2 Tilknytningsteoriens økte rolle i DSM-5	10
1.2.1 Tilknytningsteori er sentralt for å forstå interpersonlig fungering	10
1.2.2 Generelt kriterie for personlighetsforstyrrelser	11
1.2.3 Spesifikke kriterier for personlighetsforstyrrelser	11
1.2.4 Fra kategorier til dimensjoner	12
1.2.5 Relevansen for mitt studie	13
1.3 Teorier som kobler uttrygg tilknytning til personlighetsforstyrrelse	13
1.3.1 Direkte hovedeffektmodeller	13
1.3.2 Medierende modeller	14
1.3.3 Stress-sårbarhetsmodell	15
1.3.4 Kumulativ risikomodell	15
1.3.5 Genetisk grunnlag	16
1.4 Spesifikke sammenhenger mellom tilknytning og personlighetsforstyrrelser	16
1.4.1 Unnvikende personlighetsforstyrrelse	16
1.4.1.1 Historikk	17
1.4.1.2 Kriterier	17
1.4.1.3 Unnvikende pf. forstått ut i fra “structural analysis of social behavior”	19
1.4.1.4 Affektiv flatet	19

1.4.1.5	Psykometriske egenskaper til tilknytningsrelaterte diagnosekriterier	20
1.4.1.6	Komorbiditet	21
1.4.1.7	Tidligere studier som kobler unnvikende pf. til tilknytningsstil	21
1.4.2	Borderline personlighetsforstyrrelse	27
1.4.2.1	Kriterier	27
1.4.2.2	Tidligere studier som kobler borderline pf. til tilknytningsstil	28
1.4.3	Svakheter ved tidligere studier	30
1.5	Problemstillinger	32
2	Metode	33
2.1	Design	33
2.2	Utvalg	33
2.3	Måleinstrumenter	36
2.3.1	Tilknytningsstil	36
2.3.2	Personlighetsforstyrrelser	37
2.3.3	Bakgrunnsvariabler	39
2.3.4	Etikk	39
2.4	Analysestrategi	39
2.4.1	Sammenligning med normalutvalg	39
2.4.2	Faktoranalyse	40
2.4.3	Hierarkisk multippel regresjonsanalyse	41
2.4.3.1	Valg av kontrollvariabler	41
2.4.3.2	Hierarkisk analysestrategi	42
3	Resultater	43
3.1	Innledende analyser	43
3.2	Sammenligning med normalutvalg	44
3.3	Faktoranalyse av tilknytningskårene	46
3.3.1	Tilknytningsengstelse	46
3.3.2	Tilknytningsunngåelse	47
3.4	Hierarkisk multippel regresjon	50

3.4.1	Kan tilknytningsstil predikere unnvikende personlighetsforstyrrelse? . . .	50
3.4.2	Kan tilknytningsstil predikere borderline personlighetsforstyrrelse? . . .	52
4	Diskusjon	55
4.1	Sammenligning med normalutvalg	55
4.2	Faktoranalyse	56
4.3	Tilknytningsstil hos unnvikende pf.	58
4.3.1	To-dimensjonelle modeller	58
4.3.1.1	Kontroll for komorbiditet	58
4.3.1.2	Konsekvenser av firefaktorstrukturen	59
4.3.1.3	Forskjeller i utvalg	61
4.3.1.4	Forskjeller i måleinstrumenter	61
4.3.2	Firedelt tilknytningsmodell	62
4.3.3	AAI-baserte kategorier	64
4.4	Tilknytningsstil hos borderline pf.	64
4.5	Styrker og svakheter med personlighetsforstyrrelsesmål	65
4.6	Svakheter med mitt studie	65
4.6.1	Studiets generaliserbarhet	65
4.6.2	Krysseksjonelt design	66
4.6.3	Mediatoreffekter	66
4.6.4	Pseudoempiri	66
4.6.5	Komorbiditet	66
4.6.6	Manglende kontroll for akse-I lidelser	67
4.6.7	AAI	67
4.6.8	Bruk av annen person enn partner	68
4.6.9	Dimensjonell måling av personlighetsforstyrrelser	68
4.7	Implikasjoner for klinisk praksis	68
5	Konklusjon	70

1 Innledning

Unnvikende og borderline er av de vanligste personlighetsforstyrrelsene (pf.) og samtidig av de som innebærer dårligst livskvalitet (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2006; Grant, Hasin mfl., 2004; Stuart mfl., 1998; Torgersen, 2009; Zimmerman, 1994). Sentralt i begge er sterk bekymring for interpersonlig avvising, men de innebærer forskjellige reaksjonsmønstre i møte med denne faren, om den nå er ekte eller innbilt. Personer med unnvikende pf. har en tendens til å trekke seg unna sosiale situasjoner på forhånd for å unngå smerten ved å bli avvist. Personer med borderline pf. kan derimot i møte med potensiale for avvising reagere med mer inkonsistent og dramatisk adferd i form av ekstremt negative stemninger, veksling mellom idealisering og de-evaluering av andre, identitetsforvirring, og risikofylte og selvskadende handlinger. (Meyer, Ajchenbrenner & Bowles, 2005; Millon & Davis, 1996)

En måte å forstå adferden til personer med unnvikende pf. og borderline pf. er i lys av tilknytningsteori, først introdusert av Bowlby (1969, 1973, 1980). Teorien var opprinnelig opptatt av hvordan tidlige nære bånd til omsorgsgiver dannet grunnlaget for personlighetsutvikling. Imidlertid er det først de siste ti årene at det har oppstått en rekke teoretiske posisjoner som forstår personlighetspatologi i lys av tilknytningsteori (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001; Blatt & Levy, 2003; Cohen, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004; Lyddon & Sherry, 2001; Pincus, 2005; Tiliopoulos & Jiang, 2012). Tilknytningsbasert forståelse av personlighetsforstyrrelser har hatt økende innflytelse de siste årene, noe som gjenspeiler seg i den nye utgaven av den amerikanske diagnosemanualen APA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 American Psychiatric Association [APA], 2013). DSM-5 ble publisert i mai 2013, 14 år etter forrige utgave, og inneholder bl.a. et nytt forslag til definisjon av personlighetsforstyrrelser. Det nye forslaget er radikalt annerledes det gjeldende diagnosesystemet på flere punkter, først og fremst at det tidligere rent kategorielle systemet er erstattet med en dimensjonell-kategorisk hybridmodell. En annen forskjell er at interpersonlig dysfunksjon i større grad trekkes frem som et viktig diagnostisk kjennetegn i flere av kriteriebeskrivelsene. Det nye forslaget innebærer at svekkelser i interpersonlige relasjoner blir et sentralt kriterie for å skille personer med personlighetsforstyrrelser fra en normalpopulasjon. I tillegg beskrives de ulike typene av personlighetsforstyrrelse med klare forskjeller i interpersonlig stil. Det nye forslaget var ment å erstatte den gjeldende diagnosemodellen men ble imidlertid nedstemt bl.a. ut i fra manglende empiri (American Psychiatric Association [APA], udatert). Den nye diagnosemodellen ble imidlertid tatt med

som et separat forslag i en egen seksjon av DSM-5, for å oppmuntre til videre forskning:

APA hopes that inclusion of the new methodology in Section III of DSM-5 will encourage research that might support this model in the diagnosis and care of patients, as well as contribute to greater understanding of the causes and treatments of personality disorders. (APA, udatert)

Et metastudie fra 2012 om sammenhengen mellom tilknytning og personlighetsforstyrrelser konkluderer med at denne sammenhengen er mangelfullt empirisk belyst (Tiliopoulos & Jiang, 2012). I mitt studie benytter jeg et datamateriale der det er målt tilknytningsstil ved hjelp av selvrappoteringskjema hos pasienter på Avdeling for Personlighetspsykiatri, Oslo Universitetssykehus (Oslo universitetssykehus HF, udatert). Med dette datamaterialet ønsker jeg å belyse hvordan tilknytningsstil skiller disse pasientene fra en normalpopulasjon, og hvorvidt tilknytningsstil også er i stand til å differensiere mellom trekk fra forskjellige personlighetsforstyrrelser. Datamaterialet som var tilgjengelig besto primært av pasienter med unnvikende pf. og borderline pf. Av den grunn har jeg begrenset studiet til disse to typene personlighetsforstyrrelse.

Med dette studiet ønsker jeg å bidra til eksisterende forskning på området på flere måter. For det første ønsker jeg å ta hensyn til komorbiditet mellom ulike typer personlighetsforstyrrelse. En av årsakene til å innføre en mer dimensjonell skåring i det nye forslaget til diagnosemodell i DSM-5 er nettopp at det er funnet stor grad av komorbiditet mellom de ulike typene personlighetsforstyrrelse (Skodol, Clark mfl., 2011). Mye tidligere forskning på sammenhengen mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser har ikke tatt hensyn til komorbiditet (Tiliopoulos & Jiang, 2012). I mitt studie vil jeg kontrollere for trekk fra andre personlighetsforstyrrelser for ved det å kunne konkludere på det unike bidraget tilknytningsstil har på henholdsvis unnvikende og borderline pf.

Et annet bidrag gjelder undersøkelse av konstruktvaliditeten til måleinstrumentet for tilknytningsstil, Experience in Closed Relationships (ECR-N; Olssøn, Sørebo & Dahl, 2010). Dette er av de mest brukte selvrappoteringskjemaene for tilknytningsstil, og faktorstrukturen til skjemaet har blitt godt undersøkt i normalbefolkning. Imidlertid har svært få studier undersøkt konstruktvaliditeten i et klinisk utvalg (Olssøn mfl., 2010). I dette studiet vil jeg utføre en faktoranalyse på de rapporterte skårene og bruke faktorstrukturen i videre analyser for å nansere sammenhengene mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser, da spesifikt unnvikende og borderline pf.

Det eksplisitte fokuset på unnvikende pf. vil også, i seg selv, være et vesentlig bidrag til forskningen. Tidligere studier på forholdet mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser har i overveiende grad fokusert på borderline pf. Det er få empiriske studier som har blitt utført på unnvikende pf. I tillegg har det generelt vært liten størrelse på utvalgene som er undersøkt. Dette studiet er spesielt i at det er basert på en relativt stor gruppe pasienter med unnvikende pf. (se tabell 1)

Til slutt vil dette studiet bidra til mer empiri for vurderingen av det nye forslaget som er vedlagt i DSM-5. Det gjelder både i hvilken grad utrygg tilknytningsstil skiller personer med personlighetsforstyrrelser fra et normalutvalg, og i hvilken grad, og hvordan, tilknytningsstil kan differensiere mellom forskjellige personlighetsforstyrrelser. Klarere forståelse av hvilken rolle tilknytningsstil spiller for personlighetsforstyrrelse vil også kunne ha konsekvenser for terapeutiske målsetninger, alliansebygging og forståelse av pasientgruppen.

Denne innledningen vil først ta for seg tilknytningsteorien og ulike mål for tilknytningsstil. Deretter vil den økte rollen til tilknytningsteori for det alternative diagnosesystemet i DSM-5 bli begrunnet. Ulike teorier som knytter tilknytningsstil til personlighetsforstyrrelser vil så bli introdusert. Til slutt vil relevant litteratur om unnvikende pf. og borderline pf. bli introdusert, med et hovedfokus på tidligere studier av forholdet mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelsestrekk. Jeg vil legge hovedvekten på unnvikende pf., da denne personlighetsforstyrrelsen er den av de to som er minst studert i forhold til tilknytningsstil.

1.1 Tilknytning

1.1.1 Tilknytning hos barn

Tilknytningsteorien har sin opprinnelse fra England under andre verdenskrig, fra John Bowlbys observasjoner av barn som ble separert fra sine mødre. Hos mange av barna observerte Bowlby stor grad av tap og sinne. Ut fra dette sluttet han at nærhet til omsorgsgiver var et viktig behov på lik linje med mat. (Bowlby, 1969; Levy, Meehan, Weber, Reynoso & Clarkin, 2005b)

Begrepet tilknytning viser til det nære emosjonelle båndet som dannes mellom barn og omsorgspersoner fra det første leveåret. Sentrale kjennetegn ved tilknytning vil være en søken etter nærhet til primær omsorgsgiver, og engstelse og uro ved adskillelse fra denne. Omsorgsgiver fungerer som en trygg havn ved stress og er en trygg base å utforske verden fra. Bowlby forsto tilknytningsrelatert adferd i tidlige leveår som en del av et evolusjonsbasert system med mål om å beskytte barnet mot fare. Man har senere funnet at en trygg tilknytning vil bidra til å utvikle

problemløsningsevner, emosjonsregulering, mentalisering og opplevelsen av et selv. (Fonagy, Gergely mfl., 2004; Tiliopoulos & Jiang, 2012; Torgersen, 2013)

Basert på Bowlbys arbeider studerte Mary Ainsworth individuelle forskjeller i tilknytningsstil hos 11-18 måneder gamle barn. Ainsworth plasserte barna i en stressende situasjon, den såkalte fremmedsituasjonen (“strange situation”) for å fremkalle tilknytningsadferd. Fremmedsituasjonen besto av at barnet ble plassert i et rom med mor og en fremmed voksen, før mor forlot rommet i en kort periode og kom tilbake, to ganger. Tre distinkte mønster av tilknytning ble identifisert: trygg, engstelig-ambivalent (“anxious-resistant”) og engstelig-unnvikende (“anxious-avoidant”). *Trygg* tilknytning er kjennetegnet ved at barnet viser god affektregulering; det klarer å benytte mor til å søke trøst ved gjenforening og roer seg fort ned. Omsorgspersonene til barn med trygg tilknytning er ofte kjennetegnet ved at de er sensitive for barnets behov, overstimulerer ikke barnet og evner å restabilisere barnets forstyrrede emosjonelle responser. Barn med *engstelig-ambivalent* tilknytning underregulerer sine emosjoner; de viser stor fortvilelse når de blir forlatt, og viser ambivalent adferd med både aggresjon og klenging når mor kommer tilbake. Omsorgspersonene er gjerne uforutsigbare og vekslende i sensitivitet til barnet. Barn med *engstelig-unnvikende* tilknytning reagerer, på sin side, med å trekke seg unna. De overregulerer emosjoner og viser lite reaksjoner utad, både når moren forlater dem og kommer tilbake, men har samtidig høyt indre nivå av spenning og angst. Omsorgspersonene til disse barna uttrykker gjerne selv lite emosjoner, og viser lite emosjonell sensitivitet og fysisk kontakt i interaksjonen med barnet. I senere tid har et fjerde tilknytningsmønster blitt beskrevet: *Desorganisert* tilknytning. Disse barnene viser sterkt motsetningsfulle adferdsmønstre som ikke ser ut til å ha noen klare mål. De kan vise underlige bevegelser, fryse til, vise stor vaksomhet, eller vise forvirrende emosjonelle uttrykk. Omsorgspersonene deres har gjerne også et uforutsigbart og skremmende uttrykk. (Bartholomew og Horowitz, 1991; Karterud, Wilberg og Urnes, 2010, s. 51-54; Lamb, Thompson, Gardner, Charnov og Estes, 1984)

1.1.2 Kontinuitet i tilknytningsmønster

Et sentralt spørsmål i tilknytningsforskningen er hvorvidt tilknytningsmønster tillært i tidligere barndomsår får konsekvenser for tilknytningsmønster også i voksen alder. Bowlby (1973) sin teori om indre arbeidsmodeller (“internal working models”) innebærer en viss stabilitet i tilknytningsmønster gjennom livet. I følge denne teorien internaliserer barn erfaringer med tidlig omsorgsgivere til indre representasjoner som fungerer som prototyper for hvordan de oppfatter seg selv og andre mennesker senere i livet. Bowlby (1973) beskriver to former for indre ar-

beidsmodeller. *Modeller av andre* omhandler hvorvidt man oppfatter tilknytningspersonen som en som vil respondere dersom man søker støtte og beskyttelse. *Modeller av selvet* dreier seg hvorvidt man oppfatter seg selv som en person som andre, og spesielt tilknytningspersonen, vil respondere positivt til. De indre arbeidsmodellene vil, i følge Blatt, Auerbach og Levy (1997), fungere som kognitive skjemaer som nye erfaringer organiseres etter, og som i tillegg modulerer affekt og påvirker adferd.

Flere longitudinale studier har blitt utført som har sammenlignet tilknytningsstil fra 12 måneder og opp til 21 års alder, og kommet frem til sprikende resultater. Fraley (2002) analyserte resultatene fra 27 longitudinale studier og konkluderte med at tilknytningstrygghet har moderat stabilitet, med en estimert korrelasjon på 0,39 mellom år 1 og senere år. Det ble imidlertid funnet stor variasjon i tilknytningsstabilitet mellom utvalgene, hvor høyrisikoutvalg hadde svakest kontinuitet.

1.1.3 Tilknytning hos voksne

I hovedsak finnes det to parallelle forskningstradisjoner rundt måleinstrumenter for tilknytningsstil hos voksne. Fra utviklingspsykologien har det blitt utviklet narrative fremgangsmåter som Adult Attachment Interview (AAI)(George, Kaplan & Main, 1985), mens det fra sosialpsykologien er blitt utviklet selvrapporteringsmetoder som Experiences in Closed Relationships (ECR)(Brennan, Clark & Shaver, 1998b). I dette studiet benyttes den norske utgaven av ECR, men en del av tidligere forskning på sammenhengen mellom tilknytning og personlighetsforstyrrelse har brukt AAI som målemetode. Begge metodene vil dermed bli grundigere beskrevet. I det følgende vil utviklingen av måleinstrumenter for voksen tilknytning beskrives, med spesielt fokus på AAI og ECR.

1.1.3.1 Adult Attachment Interview Adult Attachment Interview (AAI) er et semistrukturert intervju utviklet av George mfl. (1985). Personer intervjues om tilknytningsrelaterte minner fra oppvekst, samt deres forståelse og evaluering av disse minnene. Det vesentlige er ikke hva slags konkret tilknytningshistorie som presenteres, men derimot personens diskursive stil (Mannassis, Owens, Adam, West & Sheldon-Keller, 1999). Narrative blir bedømt etter hvor lett tilgjengelige minnene er, i tillegg til sammenheng og refleksjonsnivå i fremstillingen av traumatiske minner. Avhengig av hva som er dominerende i den narrative diskursen blir personen plassert i følgende kategorier:

Trygt/autonomt (“secure/autonomous”) tilknytningsmønster kjennetegner personer som har et åpent og reflektert forhold til egen historie; de holder ikke minner tilbake, men minnene blir heller ikke overveldende. I intervjuet gir de en sammenhengende og troverdig fremstilling, med direkte og konkrete eksempler.

Overopptatt (“preoccupied”) tilknytningsmønster kjennetegner individer som har overveldende barndomsminner. Personene har konfliktfylte relasjoner og viser mangel på logisk tenkning. De går inn i relasjoner til andre mennesker, men disse relasjonene blir sjelden tilfredsstillende. I intervjusituasjonen er fremstillingen inkonsistent, uklar og detaljrik, gjerne med kompliserte setningsstrukturer. Beskrivelsen av tidlige omsorgspersoner er preget av sinne eller frykt.

Avvisende (“dismissing”) tilknytningsmønster kjennetegner mennesker som holder tilbake og i liten grad går detaljert inn på minner. Personer med en slik tilknytningsstil har en emosjonell blokkering og ønsker primært å klare seg uten nære emosjonelle relasjoner. I intervjuet blir gjerne foreldrene idealisert eller devaluert, men presentasjonen er preget av inkonsistens og få konkrete minner.

Uorganisert/uklassifiserbart (“unorganized/cannot classify”) er en samlekategori for personer uten en helhetlig tilknytningsstrategi, og som det dermed er vanskelig å plassere i én kategori.

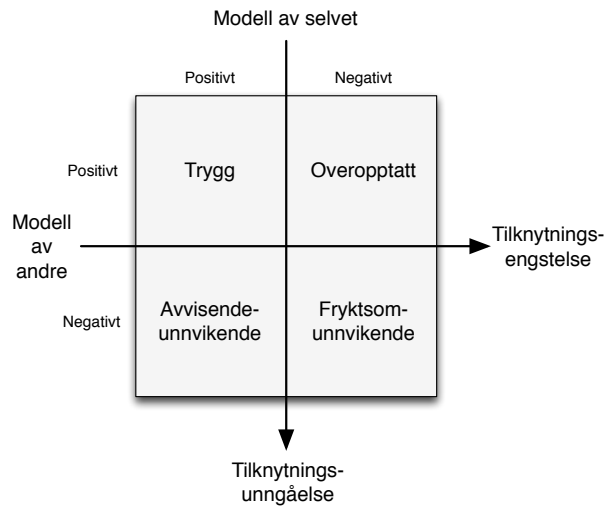
Uavklart/desorganisert (“unresolved/disorganized”) tilknytningsmønster kjennetegner personer som har opplevd et tap eller et traume og som ikke har klart å bearbeide dem. Intervjuene er preget av forvirrede, fragmenterte og avvikende følelsesuttrykk. Denne kategorien skåres parallelt med de andre fire mønstrene.

De fire kategoriene trygt, overopptatt, avvisende og uavklart er teoretisk og empirisk koblet til de fire tilknytningsstilene for barn, henholdvis trygg, engstelig-ambivalent, engstelig-unntvikkende, og desorganisert. (Hesse, 2008; Karterud mfl., 2010; Midelfart, 2012; Sibcy, 2001; Torgersen, 2013)

1.1.3.2 Romantisk kjærlighet som tilknytningsprosess Hazan og Shaver (1987) var de første som så på romantiske relasjoner i lys av tilknytningsteorien. De hevdet at det var sterke likheter mellom det emosjonelle båndet mellom omsorgsgiver og spedbarn og det båndet som

oppstår i et voksent romantisk forhold, og at romantiske forhold dermed kvalifiserer som tilknytningsbånd som kan brukes til å undersøke tilknytningsstil som voksen. Senere evidens tyder på at romantiske forhold har samme elementer som tilknytningen mellom spedbarn og omsorgsgiver og utspiller seg etter tilsvarende prosesser (Zeifman & Hazan, 2008). Hazan og Shaver (1987) baserte studiet sitt på de tre originale tilknytningsmønstrene for spedbarn: trygg, unnvikende og engstelig-ambivalent. Disse kategoriene ble i dette studiet overført til å representere voksen tilknytningsmønstre. Hazan og Shaver fant at de utrygge gruppene rapporterte mer negative erfaringer i de romantiske relasjonene i tråd med deres selvrapporterte tilknytningsmønstre. (Bartholomew & Horowitz, 1991; Nguyen & Granly, 2008; Sibcy, 2001)

1.1.3.3 Tilknytningsstil som modell av selv og andre Bartholomew og Horowitz (1991) bemerket seg at AAI og selvrapporteringsmetoden til Hazan og Shaver (1987) skilte seg fra hverandre i hvordan de beskrev personer i de respektive kategoriene for unnvikende tilknytningsmønstre. I følge Hazan og Shaver (1987) rapporterte disse personene indre uro ved intimitet med andre, mens det var motsatt for de som ble beskrevet som unnvikende av AAI (George mfl., 1985). Det virket dermed som det konseptuelt fantes to undergrupper av unnvikende tilknytning. I følge Bowlby (1973) skiller de indre arbeidsmodellene seg fra hverandre på grunnlag av hvilket bilde man har av selvet og hvilket bilde man har av andre mennesker. Ut i fra dette konstruerte Bartholomew og Horowitz (1991) en firedelt modell, basert på alle kombinasjoner av negativt og positivt syn på henholdsvis seg selv og andre. Hver kombinasjon er assosiert med en av fire tilknytningsmønstre: Trygg, overopptatt, avvisende-unnvikende og fryktsom-unnvikende. Den firedelte modellen er illustrert i figur 1. Positivt syn på både seg selv og andre tilsvarer trygg stil i linje med tidligere klassifiseringer (George mfl., 1985; Hazan & Shaver, 1987). Negativt syn på seg selv og positivt syn på andre (*overopptatt*) tilsvarer overopptatt mønster i AAI (George mfl., 1985) og engstelig-ambivalent mønster hos Hazan og Shaver (1987). Dette mønsteret kjennetegnes ved at personen føler seg verdiløs og dermed søker aksept av andre. Negativt syn på både seg selv og andre (*fryktsom-unnvikende*) tilsvarer, i hvert fall delvis, unnvikende mønstre hos Hazan og Shaver (1987). Fryktsom-unnvikende mønster kjennetegnes ved at personen ønsker bekreftelse, men forventer å bli avvist av andre mennesker og dermed unngår dem. Det siste tilknytningsmønstret, med positivt syn på seg selv og negativt syn på andre (*avvisende-unnvikende*), tilsvarer unnvikende mønster i AAI (George mfl., 1985). Avvisende-unnvikende mønster kjennetegnes ved at personen beskytter seg fra skuffelse ved å unngå nære relasjoner og å opprettholde en opplevelse av uavhengighet og usårbarhet.



Figur 1: Den firedelte modellen av voksen tilknytningsstil, introdusert av Bartholomew og Horowitz (1991). De to dimensjonene tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse, som målt ved Experiences in Close Relationships (Brennan mfl., 1998b), er også illustrert.

1.1.3.4 Experiences in Closed Relationships I forskningstradisjonen som fulgte Hazan og Shaver (1987) ble det definert og brukt en lang rekke forskjellige selvrappoterings skjemaer for voksen tilknytning (Sibcy, 2001). Brennan mfl. (1998b) tok utgangspunkt i 323 påstander/spørsmål samlet fra alle tilgjengelige selvrappoterings spørsmål og presenterte dem for et stort utvalg mennesker fra et normalutvalg. Faktoranalyse viste to, relativt ortogonale, underliggende dimensjoner: *Tilknytningsengstelse* og *tilknytningsunngåelse*. De 18 påstandene som ladet høyest på hver av de to faktorene ble beholdt. Dette resulterte i spørreskjemet Experiences in Close Relationships (ECR) med 36 påstander til bruk for å måle tilknytningsstil hos voksne. De 18 påstandene som omhandler tilknytningsengstelse inkluderer formuleringer som for eksempel: “Jeg engster meg for å bli forlatt”. De 18 påstandene som måler tilknytningsunngåelse inkluderer, på sin side, formuleringer som for eksempel: “Akkurat når partneren min begynner å kommer nær meg, merker jeg at jeg trekker meg unna”. Svarene på spørreskjemaet blir skåret på en 7 punkts Likert-skala fra “svært uenig” til “svært enig”. De to dimensjonene kan forstås ut fra den firedelte modellen i figur 1, som introdusert av Bartholomew og Horowitz (1991). Den indre arbeidsmodellen av selvet tilsvarer tilknytningsengstelse, der høy tilknytningsengstelse innebærer et negativt syn på seg selv. Høy tilknytningsunngåelse innebærer, på sin side, et negativt syn på andre mennesker. ECR kan brukes både som et dimensjonelt og et kategorisk mål, der det i det siste tilfellet brukes tilsvarende kategorier som hos Bartholomew og Horowitz (1991).

Et viktig poeng når det gjelder utarbeidelsen av ECR er at den underliggende faktorstrukturu-

ren ble funnet på basis av et studentutvalg. Det er ikke gitt at andre typer utvalg, i mitt tilfelle et utvalg av pasienter med personlighetsforstyrrelser, deler samme faktorstruktur for hvordan personene svarer på ECR-skjemaet. Ved å bruke ECR-dimensjonene på andre typer utvalg uten å utføre en faktoranalyse kan man risikere å benytte seg av faktorer som ikke evner å beskrive mønstrene i besvarelsene på en god måte. Levy, Meehan, Weber, Reynoso og Clarkin (2005a) analyserte faktorstrukturen til ECR på et utvalg pasienter med borderline pf. og fant at en seksfaktorløsning var mest beskrivende. For å utvikle en redusert utgave av ECR, ECR-S, utførte (Wei, Russell, Mallinckrodt & Vogel, 2007) en faktoranalyse basert på studentbesvarelser. Her ble en femfaktorløsning funnet å være best egnet. Ettersom utvalget i mitt studie skiller seg fundamentalt fra et studentutvalg vil jeg utføre en faktoranalyse for å vurdere den underliggende faktorstrukturen, som jeg igjen vil benytte i de videre analysene.

1.1.3.5 Fordeler og ulemper med ECR i forhold til AAI Kategoriene for voksen tilknytning som blir brukt i selvrappoteringskjemaet ECR (Brennan mfl., 1998b) ligner tilsynelatende på de som blir brukt i intervjumetoden AAI (George mfl., 1985), i hvert fall språklig sett. Forskning har imidlertid vist at selv om kategoriene har et visst overlapp, så er den statistiske assosiasjonen mellom klassifikasjoner som er funnet via ECR og AAI relativt svak (Crowell, Fraley & Shaver, 2008; Riggs, Paulson mfl., 2007). Det kan dermed se ut som om de to metodene måler noe forskjellige fenomener.

En fordel med AAI fremfor ECR er at førstnevnte, ettersom den skårer ut i fra den diskursive stilen til personen, er ment å kunne måle også ubevisste prosesser. Menneskers tilknytningsstil vil til dels være ubevisst, noe som innebærer at selvrappoteringsmetoder som ECR ikke vil kunne fange opp tilknytningsstil på en tilfredsstillende måte (Torgersen, 2013). Dette synpunktet er kanskje ekstra relevant når man skal måle tilknytningsstil hos mennesker med unnvikende personlighetsforstyrrelse, siden forskning har vist at det hos denne gruppa mennesker vil være vanlig å underdrive og ikke oppgi følelser (Dimaggio mfl., 2007; Millon & Davis, 1996). Dette kan for eksempel innebære at mennesker med denne lidelsen ikke vil oppgi engstelse i tilknytningsrelasjonen, selv om den ubevisst er tilstede. Et annet argument som er brukt mot ECR er at metoden, da påstandene fokuserer på følelser knyttet til en romantisk relasjon, kan mistenkes å måle relasjonstilfredstillelse i det aktuelle forholdet, heller enn en underliggende tilknytningsstil (Riggs, Paulson mfl., 2007; Waters, Crowell, Elliott, Corcoran & Treboux, 2002).

En ulempe med AAI er imidlertid av metoden er svært arbeidskrevende og krever grundig opplæring av intervjuer. Studier som benytter seg av denne metoden vil dermed gjerne ha be-

grenset med forsøkspersoner og derav svakere evne til [generalisere fra populasjonen. Torgersen (2013) påpeker også at intervjueren lett vil kunne la seg påvirke av de konkrete barndomserfaringene som blir omtalt i intervjuet. Det kan dermed oppstå en feilmåling idet man måler barndomserfaringer i større grad enn personens reelle tilknytningsstil. En annen ulempe med AAI er at metoden opererer med faste kategorier. Dimensjonelle mål vil gi økt styrke i statistiske analyser, sammenlignet med kategorielle (Cummings, 1990).

1.2 Tilknytningsteoriens økte rolle i DSM-5

Denne oppgaven fokuserer på den amerikanske diagnosemanualen DSM-5 (APA, 2013), og ikke International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, revision 10 (ICD-10) som er gjeldende for klinisk bruk i Norge (Organization, 1993). En grunn til dette fokuset er at det meste av eksisterende forskning på personlighetsforstyrrelser er basert på klassifikasjonene fra DSM (APA, 2000b). En vel så viktig grunn er at den femte utgaven av DSM, (DSM-5 APA, 2013), har aktualisert spørsmålet om tilknytningens rolle i personlighetspatologi. DSM-5 inneholder både det gjeldende diagnosesystemet for personlighetsforstyrrelse, som i store trekk er en videreføring av DSM-IV (APA, 2000b), og et alternativt system, i henholdsvis seksjon II og III av manualen (APA, 2013). Tiliopoulos og Jiang (2012) hevder at tilknytningsteori i de senere år har fått "økt innflytelse for den personlighetspatologiske diskursen innenfor DSM" (Tiliopoulos & Jiang, 2012, s. 19, min oversettelse). I det følgende vil jeg tydeliggjøre hvordan denne økte rollen til tilknytningsteori innenfor DSM viser seg i praksis gjennom å vise hvordan det alternative forslaget til diagnosesystem har tatt til seg ideer som sammenfaller med tilknytningsforskningen.

1.2.1 Tilknytningsteori er sentralt for å forstå interpersonlig fungering

Tilknytningsteoriens rolle for utviklingen av det alternative diagnosesystemet ser man tydeligst i at "svekkelser i interpersonlig fungering" har blitt et mer sentralt kriterie. Tilknytningsteori er et av de mest sentrale rammeverkene for å forstå fungering i interpersonlige relasjoner (Tiliopoulos & Jiang, 2012). Ainsworth (1989) argumenterte for hvordan tilknytning er viktig i alle interpersonlige relasjoner i livet: spedbarns bånd til omsorgsgiver; foreldres bånd til deres barn og andre familiebånd; bånd mellom partnere i seksuelle/romantiske relasjoner; samt vennskap både i barndom og voksenår. Mye senere forskning har betraktet voksne interpersonlige relasjoner ut i fra tilknytningsteoretiske rammer (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan mfl., 1998b; George mfl., 1985; Hazan & Shaver, 1987).

1.2.2 Generelt kriterie for personlighetsforstyrrelser

I det gjeldende diagnosesystemet for personlighetsforstyrrelse har ikke interpersonlige relasjoner noen utpreget sentral posisjon. Personlighetsforstyrrelse er her definert som: “Opplevelsesmønster og adferd som tydelig avviker fra det som forventes innenfor individets kulturelle kontekst” (Karterud mfl., 2010, s. 27). Først i et av underkriteriene er “interpersonlig fungering” nevnt, på linje med “kognisjon”, “affektivitet” og “impulskontroll” (APA, 2013). Minst to av disse fire må være til stede, så de anses dermed som like viktige.

I det alternative diagnosesystemet har interpersonlig fungering fått en klart mer sentral posisjon. Kriterie A: “Svekkelser av selv- og interpersonlig fungering” (APA, 2013) er nå et nødvendig kriterie for diagnosen personlighetsforstyrrelse. Dette kriteriet baserer seg på en forståelse av personlighetsforstyrrelse som forstyrrelser i hvordan personer tenker om og forstår to hovedaspekter: Seg selv og sine interaksjoner med andre. Forstyrrelser i selv- og interpersonlig fungering er i forslaget forstått som selve kjernen i personlighetpatologi, felles for alle personlighetsforstyrrelser. (Bender, Morey & Skodol, 2011, s. 333) foreslår at disse to dimensjonene kan fange opp “central functions common to all the disorders (...) and allow clinicians to identify the presence and severity of personality psychopathology, not a particular PD type.” Todelingen inn i selv- og interpersonlig fungering er relatert til todelingen av indre arbeidsmodeller i modeller av selv og andre, som beskrevet av både Bowlby (1973) og Bartholomew og Horowitz (1991). Dette sammenfallet er ikke tilfeldig. Tilknytningsteori er eksplisitt brukt som en av flere teoretiske basis for denne to-dimensjonelle modellen (Luyten & Blatt, 2011; Skodol, Skodol mfl., 2011). Ulike teorier for hvordan tilknytningsstil kan bidra til personlighetspatologi vil bli introdusert nedenfor, i seksjon 1.3.

1.2.3 Spesifikke kriterier for personlighetsforstyrrelser

Det alternative forslaget til diagnosesystem i seksjon III DSM-5 (APA, 2013) definerer seks spesifikke typer personlighetsforstyrrelsene (nedjustert fra ti typer i det gjeldende systemet). Hver av disse personlighetsforstyrrelsene kan diagnostiseres ut i fra et sett med spesifikke beskrivelser under kriterie A. Beskrivelsene av selv-fungering er ytterligere delt opp i to underelementer: *Identitet og selvstyring* (“self-direction”). Tilsvarende er interpersonlig fungering delt opp i *empathi* og *intimitet*. For hvert underelement er det listet opp spesifikke symptomer for den aktuelle personlighetsforstyrrelsen.

I tillegg til beskrivelsene under kriterie A er hver personlighetsforstyrrelse assosiert med et

sett karakteriske personlighetstrekk (kriterie B). Kriterie B måler patologiske personlighetstrekk organisert i fem domener, forstått som maladaptive versjoner av personlighetsmodellen kjent som “Big Five” (Goldberg, 1993), eller Five Factor Model of Personality (FFM) (McCrae & Costa, 1997). Gjennomgående i alle typespesifikke beskrivelser, både for kategori A og B, er en språkbruk farget av begreper brukt i tilknytningsteori. Jeg vil komme tilbake til eksplisitte eksempler under beskrivelsen av unnvikende pf. og borderline pf. i henholdsvis seksjon 1.4.1 og 1.4.2).

1.2.4 Fra kategorier til dimensjoner

Et grundig belyst problem med det gjeldende diagnosesystemet er at man, både i kliniske og ikke-kliniske utvalg, finner stor grad av komorbiditet mellom de ulike personlighetsforstyrrelsene, som vist i en lang rekke studier (f.eks. Grant, Stinson, Dawson, Chou & Ruan, 2005; McGlashan mfl., 2000; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005). For eksempel fant Grilo, Sanislow og McGlashan (2002) 53,5 % av personene med borderline pf. i utvalget også ble diagnostisert med unnvikende pf., mens bare 12,3 % av de uten borderline pf. hadde unnvikende pf. I tillegg viser kategorisk diagnostisering av personlighetsforstyrrelse lav diskriminerende validitet (Clark & Harrison, 2001; Clark, Livesley & Morey, 1997; Widiger & Boyd, 2009). Et uttalt mål ved det alternative diagnosesystemet i DSM-5 er å redusere komorbiditet mellom diagnosene, bl.a. ved innføring av personlighetstrekk som kriterie B (Skodol, Clark mfl., 2011). I tillegg til å diagnostisere pasienter med henhold til personlighetsforstyrrelser, kan man i det nye forslaget skåre pasienter på personlighetstrekk som ikke primært er knyttet til den diagnostiserte personlighetsforstyrrelsen (APA, 2013). På denne måten kan man beskrive pasientens særegenheter i større detalj. Det alternative forslaget er en hybrid-variant som inneholder både kategorielle diagnoser og personlighetstrekk. Et fullstendig personlighetstrekk-basert diagnosesystem ville ha fjernet de tradisjonelle diagnosene som sådan, og problemet med komorbiditet ville per definisjon falt bort (Clark, 2007; Skodol, Clark mfl., 2011). Det alternative diagnosesystemet har beholdt deler av det kategorielle systemet, men ved å kombinere dette med et personlighetstrekk-basert system, beveger det alternative diagnosesystemet seg imidlertid i retning av en oppløsning av de kategorielle personlighetsforstyrrelsesdiagnosene som sådan. For å vurdere denne bevegelsen i retning av en mer dimensjonell forståelse av personlighetsforstyrrelse opp mot empiri, blir det stadig viktigere å undersøke hva som er *unikt* med hver personlighetsforstyrrelse, altså hva som skiller dem fra hverandre, mer enn å undersøke hva som kjennetegner kategoriene som gruppe, som har vært et hovedfokus i mye tidligere forskning.

1.2.5 Relevansen for mitt studie

Som tidligere nevnt, ble det alternative forslaget til diagnosesystem for personlighetsforstyrrelser i DSM-5 nedstemt bl.a. fordi det hadde for lite empirisk grunnlag (APA, udatert). I denne oppgaven ønsker jeg, ut i fra selvrapporteringsmål på tilknytning, å belyse hvorvidt utrygg tilknytning generelt kan skille pasienter med personlighetspatologi fra et normalutvalg og dermed gir støtte til en forståelse av svekkelser i selv- og interpersonlig fungering som en kjerne for alle personlighetsforstyrrelser. I tillegg ønsker jeg å belyse hvorvidt spesifikke tilknytningsstiler kan benyttes til å differensiere mellom trekk fra ulike personlighetsforstyrrelser, i mitt tilfelle unnavikende pf. og borderline pf. Dette vil i så fall gi støtte til at spesifikk tilknytningsstil i større grad trekkes frem i de spesifikke kriteriene for de ulike typene personlighetsforstyrrelser, og at å inkludere personlighetstrekk som beskriver tilknytningsrelatert fungering som kriterier i diagnosene vil kunne være nyttig.

Jeg vil i neste seksjon gi en oversikt over noen ulike teorier som kan brukes for å forstå sammenhengen mellom tilknytning og utviklingen av personlighetspatologi.

1.3 Teorier som kobler utrygg tilknytning til personlighetsforstyrrelse

Det finnes flere alternative teorier for hvordan utrygg tilknytning kan føre til personlighetspatologi. Flere av forklaringsmodellene antar at psykiske vansker har utgangspunkt i utrygg tilknytning i tidlige omsorgsforhold. Mitt studie er et tverrsnittsstudie, og jeg har dermed ingen grunnlag for å belyse denne problemstillingen direkte. Disse forklaringsmodellene vil imidlertid fungere som alternative teoretiske grunnlag for mine resultater. De forskjellige forklaringsmodellene skiller seg også fra hverandre i hvilken grad de antar en spesifisitet mellom bestemte tilknytningsmønstre og bestemte personlighetsforstyrrelser. Som nevnt i forrige seksjon (1.2) er spørsmålet om generalitet og/eller spesifisitet mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser sentralt i mitt studie. I det følgende vil jeg beskrive de ulike forklaringsmodellene, med utgangspunkt i litteraturgjennomgangen til (Zachrisson, 2009, s. 10-17).

1.3.1 Direkte hovedeffektmodeller

Forskjellige former for eksternaliserende og internaliserende problemer er vanlige diagnosekriterier for ulike personlighetsforstyrrelser. F.eks. er borderline pf. preget av både eksternaliserende symptomer som f.eks. rusmisbruk, risikoadferd, og intenst sinn, og internaliserende symptomer som angst (APA, 2013). Unnavikende pf., på sin side, er preget av internaliserende symptomer

som sosial hemning og utilstrekkelighetsfølelse (APA, 2013). En rekke hypoteser har blitt trukket frem som direkte årsaksforklaringer på at utrygg tilknytning kan føre til eksternaliserende eller internaliserende problemer (Guttman-Steinmetz & Crowell, 2006; Zachrisson, 2009). Eksternaliserende atferd har særlig blitt satt i sammenheng med engstelig-unnvikende eller desorganisert tilknytning (Guttman-Steinmetz & Crowell, 2006). For eksempel vil mennesker med desorganisert tilknytning kunne vise eksternaliserende atferd som sterkt sinne for å sikre seg omsorg og oppmerksomhet fra tilknytningspersonen (Allen, 2008; Greenberg, Speltz & DeKlyen, 1993). Internaliserende problemer som angst er derimot gjerne satt i sammenheng med et engstelig-ambivalent tilknytningsmønster (Bar-Haim, Dan, Eshel & Sagi-Schwartz, 2007; Warren, Huston, Egeland & Sroufe, 1997). Et engstelig-ambivalent tilknytningsmønster vil gjerne innebære en manglende opplevelse av beskyttelse fra tilknytningspersonene og en vaktsonhet overfor om man vil bli forlatt. Dette kan føre til internaliserende problemer som angst (Bar-Haim mfl., 2007; Warren mfl., 1997). Videre har utrygg tilknytning vært knyttet til internaliserende problemer i form som lav selvfølelse grunnet en opplevelse av at man ikke er verdt å motta omsorg fra tilknytningspersonen (Graham & Easterbrooks, 2000). Se Zachrisson (2009) for flere eksempler på direkte modeller for sammenhenger mellom utrygg tilknytning og eksternaliserende/internaliserende problemer.

1.3.2 Medierende modeller

Flere teorier kobler utrygg tilknytning til personlighetspatologi via medierende prosesser eller mekanismer. En av disse teoriene hevder at atferdsregulering fungerer som en slik medierende mekanisme (Cole-Detke & Kobak, 1996; Kobak & Sceery, 1988). Tilknytning vil kunne forstås som et innebygd mønster for atferdsregulering. I følge denne forståelsen er avvisende tilknytningsmønster i AAI (tilsvarende engstelig-unnvikende hos spedbarn, se seksjon 1.1.3.1) knyttet til en overregulering av affekter i et forsøk på å neglisjere og unngå stressende hendelser. Overopptatt tilknytningsmønster (tilsvarende engstelig-ambivalent hos spedbarn) er knyttet til en underregulering av følelser, noe som kan føre til ekspansjon av negative følelser og angst og depresjon. Som man ser her er det tydelig at forskjellige typer tilknytningsmønster vil være knyttet til bestemte former for affektregulering, som igjen er knyttet til bestemte typer personlighetsforstyrrelser.

Fonagy, Gergely mfl. (2004) påpeker på sin side at funksjonen til tilknytning er å utvikle evnen til mentalisering. Mentalisering vil si det forstå både seg selv og andre ut fra mentale tilstander (dvs. følelser, tanker, intensjoner, og ønsker). Mentalisering vil være avgjørende for

evnen til affektregulering, for å skille mellom indre tilstander og den fysiske virkeligheten, og for å skape meningsfulle relasjoner. Mangel på evne til mentalisering vil dermed kunne føre til personlighetsforstyrrelser. Teorien til Fonagy har særlig blitt brukt i forhold til borderline pf., men Fonagy understreker at det også vil være gjeldende for andre personlighetsforstyrrelser (Fonagy, Gergely mfl. (2004). For eksempel har en hovedoppgave sett på denne teorien i forhold til unnvikende pf (Ellegaard, 2013).

En annen forklaringsmodell vil være at barn med utrygg tilknytning har arbeidsmodeller som fører til sinne, frykt og mistillit til andre mennesker. I følge denne teorien vil disse følelsene igjen vekke negative reaksjoner fra andre mennesker, noe som igjen forsterker de opprinnelige forventningene til barnet. Slik negativ attribusjonsbias vil kunne bidra til utvikling av psykisk lidelse. (Beck, Freeman & Davis, 2007; Greenberg, 1999)

1.3.3 Stress-sårbarhetsmodell

En stress-sårbarhetsmodell tar utgangspunkt i en forståelse av at tilknytningssystemet særlig vil være aktivert i stressende livssituasjoner. Slike teorier vil hevde at så lenge en person lever under stabile ytre forhold, vil ikke tilknytningsstil ha stor betydning for psykisk lidelse og personlighetsforstyrrelser (Graham & Easterbrooks, 2000; Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth & Ziv, 2006). Dersom en person derimot er utsatt for stressende livshendelser vil tilknytningsstil ha større betydning. Personer med trygg tilknytning vil ha adaptive og fleksible måter å takle stress på, som for eksempel å søke støtte fra andre mennesker. Personer med utrygg tilknytning, derimot, vil gjerne være ha lite fleksible og effektive måter å takle stress på, noe som igjen kan føre til psykiske lidelser. (Zachrisson, 2009).

1.3.4 Kumulativ risikomodel

Den kumulative risikomodelen hevder på sin side at sjansen for å utvikle psykiske vansker kan forstås som å henge sammen med den de risikofaktorene man er utsatt for. Greenberg mfl. (1993) fremhever her, inspirert av Bronfenbrenner, at både karakteristikk ved barnet, tilknytningsstil, foreldre og det økologiske miljøet rundt barnet vil være viktig for utvikling av personlighetsforstyrrelse. Det sentrale i den kumulative risikomodelen vil være summen av risikofaktorer, hvorav tilknytningsstil er en av flere. Ut i fra denne modellen hevdes det at ingen faktorer er nødvendige eller tilstrekkelige for å utvikle en personlighetsforstyrrelse. Et slik ståsted vil dermed nedtone viktigheten av hva slags rolle tilknytningsstil har for personlighetsforstyrrelser. (Zachrisson, 2009).

1.3.5 Genetisk grunnlag

En annen forklaringsmodell på sammenhengen mellom utrygg tilknytning og unnvikende pf. er at tilknytning og personlighet har det samme genetiske grunnlaget. For eksempel fant (Donnellan, Burt, Levendosky & Klump, 2008) at arvbarhetskomponentet for tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse var tilnærmet like stor som for personlighet. I tillegg fant Donnellan og kolleger at en stor andel av korrelasjonen mellom tilknytningstil og personlighet ville kunne forklares av genetiske faktorer. Andre forskere har på sin side hevdet at tilknytningsengstelse har et stort arvbarhetestimat, men at derimot tilknytningsunngåelse i stor grad er påvirket av miljøfaktorer (Crawford, John Livesley mfl., 2007). (Torgersen, 2013)

1.4 Spesikke sammenhenger mellom tilknytning og personlighetsforstyrrelser

Som jeg har argumentert for i seksjon 1.2 har det alternative forslaget til diagnosesystem for personlighetsforstyrrelser i DSM-5 (APA, 2013) medført et større fokus på tilknytningsrelaterte kriterier, både som generelle kriterier på alle personlighetsforstyrrelser, men også som spesifikke kriterier som differensierer de ulike typene pf. Denne seksjonen vil gi en oversikt over teori og empiri knyttet til sammenhengen mellom tilknytningsstil og henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf. Tiliopoulos og Jiang (2012) fant at borderline pf. var overrepresentert i litteraturen som direkte sammenlignet personlighetsforstyrrelser (etter DSM-IV kriterier) og tilknytningsstil (30 av 34 artikler), og at det var begrenset forskningsgrunnlag for de fleste andre personlighetsforstyrrelsene, deriblant unnvikende pf. Jeg vil derfor legge hovedvekten i denne presentasjonen på teori og empiri knyttet til unnvikende pf., før jeg, til slutt, vil gi en kortere sammenfatning av den tilknytningsrelaterte forskningen som er utført på borderline pf.

1.4.1 Unnvikende personlighetsforstyrrelse

Unnvikende personlighetsforstyrrelse (pf.) er en av de vanligste personlighetsforstyrrelsene (Stuart mfl., 1998; Torgersen, 2009; Zimmerman mfl., 2005), og har tradisjonelt også blitt betraktet som en av de minst alvorlige (Kernberg & Caligor, 1996). Forskning siste årene har imidlertid vist at denne lidelsen tvert i mot er en av de med høyest lidelsestrykk (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001; Wilberg, Karterud, Pedersen & Urnes, 2009). Det å ha trekk fra unnvikende pf. har vist seg å være negativ prognosefaktor for vellykket behandling (Gude & Vaglum, 2001; Vrabel, Hoffart, Rø, Martinsen & Rosenvinge, 2010), noe som gjør det viktig med mer forskning på

denne gruppa (Eikenæs, Hummelen, Abrahamsen, Andrea & Wilberg, 2013). Studier har vist at unnvikende pf. er knyttet til neglekt, emosjonell, verbal og fysisk misbruk, og stor grad av negative barndomsminner (Battle mfl., 2004; Johnson, Cohen, Brown, Smailes & Bernstein, 1999; Joyce mfl., 2003; Meyer & Carver, 2000). Utvikling av unnvikende pf. vil skyldes en kombinasjon av genetisk sårbarhet og miljøfaktorer (Millon, Millon, Meagher, Grossman & Ramnath, 2004). I det følgende vil jeg imidlertid kun legge vekt på hvilken betydning tilknytningstil, og relaterte fenomener, har på unnvikende pf. Dette er en prioritering som er gjort ut i fra oppgavens problemstilling og innebærer ikke en underkjennelse av biologiske aspekter ved lidelsen. Jeg vil først gi en kort introduksjon av diagnosen unnvikende pf., før jeg introduserer ulik tilknytningsrelevant forskning på diagnosen. Til slutt vil jeg gi en oversikt over det begrensede empiriske materialet som finnes som direkte utforsker sammenhengen mellom unnvikende pf. og tilknytningsstil.

1.4.1.1 Historikk Unnvikende personlighetsforstyrrelse ble først beskrevet av Millon (1969). Millon skilte unnvikende pf. ut i fra schizoid pf. ved at førstnevnte var karakterisert ved at de aktivt unngår interpersonlige relasjoner (Sanislow, da Cruz, Gianoli & Reagan, 2012). Diagnosen ble tatt med i DSM-III (APA, 1980) som en separat diagnose. I de forskjellige utgavene av DSM har diagnosen utviklet seg i spennet mellom schizoide, depressive og fobiske karaktertrekk (Nakash-Eisikovits, Dutra & Westen, 2002). I DSM-III-R (APA, 1987) og DSM-IV (APA, 1994) har unnvikende pf. beveget seg i retning av sosial fobi. Mye av forskningen blitt utført på diagnosen har fokusert på forholdet mellom unnvikende pf. og sosial fobi, der en vanlig oppfatning har vært at unnvikende pf. er en mer alvorlig form for sosial fobi (Reich, 2000). Millon (1981) hevdet imidlertid at personer med unnvikende pf. frykter relasjoner, mens personer med sosial fobi frykter sosiale situasjoner. Det alternative forslaget til diagnosekriterier for unnvikende pf. som er tatt med i DSM-5 (APA, 2013) legger mer vekt på svekket fungering i nære, interpersonlige relasjoner enn det gjeldende diagnosesystemet. Jeg ønsker å undersøke om det finnes empirisk grunnlag for å inkludere nye kriterier knyttet til utrygg tilknytningsstil i diagnosen. Ut i fra oppgavens begrensede omfang vil problemstillingen ikke inkludere forholdet mellom unnvikende pf. og sosial fobi, som har vært mye utforsket av andre (Eikenæs mfl., 2013; Hummelen, Wilberg, Pedersen & Karterud, 2007; Reich, 2000).

1.4.1.2 Kriterier I det gjeldende diagnosesystemet for personlighetsforstyrrelse i seksjon II i DSM-5 (APA, 2013) er unnvikende pf. definert med følgende syv kriterier, forkortet fra norsk oversettelse av (Karterud mfl., 2010, s. 252): 1) Unngår yrkesmessige aktiviteter av frykt for

kritikk og avvisning; 2) involverer seg ikke med andre mennesker uten å være sikker på å bli likt; 3) er tilbakeholdende i intime forhold av frykt for å bli latterliggjort; 4) frykter å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner; 5) er hemmet i nye mellommenneskelige relasjoner p.g.a følelse av utilstrekkelighet; 6) ser seg selv som sosialt udyktig eller mindreverdige; og 7) nøler med å delta i nye aktiviteter av redsel for forlegenhet. Minst fire av disse kriteriene må være tilstede for en diagnose.

I kriterie A i det alternative diagnosesystemet i seksjon III av DSM-5 (APA, 2013) er, slik jeg tolker det, kjennetegn fra originalt kriterie 5 og 6 samlet sammen i elementet “identitet” og kjennetegn fra originalt kriterie 1, 5 og 7 samlet sammen i elementet “selvstyring” (“self-direction”), begge underelementer av svekkelser i selv-fungering. Tilsvarende virker kjennetegn fra originalt kriterie 1, 3 og 4 å ha blitt samlet i “empati” og kjennetegn fra originalt kriterie 2 og 3 å ha blitt samlet i “intimitet”, begge underelementer av svekkelser i interpersonlig fungering. Det originale kriterie 3, som beskriver tilbakeholdenhet i intime forhold og som er videreført i kriteriet “intimitet”, har en tydelig kobling til fryktsom-unnvikende tilknytningsmønster. Under “identitet” er kjennetegnet “excessive feelings of shame” lagt til, under “selvstyring” er kjennetegnet “unrealistic standards for behavior associated with reluctance to pursue goals” lagt til, og under “empati” er kjennetegnet “distorted inference of others’ perspectives as negative” lagt til. Ellers er beskrivelsene ganske like som i det gjeldende diagnosesystemet.

Introduksjonen av kriterie A i det alternative diagnosesystemet har medført en klassifisering av kriterier i de underelementene som er beskrevet over, som igjen er relatert til modeller av selv og andre. Sett bort i fra denne klassifiseringen er, etter min mening, den eneste tilknytningsrelaterte forskjellen (i kriterie A) fra det gjeldende diagnosesystemet at “i sosiale situasjoner” er fjernet fra beskrivelsen av originalt kriterie 4. Dette åpner opp for en forståelse av frykt for å bli kritisert og avvist som noe som gjelder generelt, også i nære tilknytningsrelasjoner.

Når det gjelder kriterie B, er tilknytningsvridningen tydeligere. Kjennetegn fra originalt kriterie 1, 2 og 5 ser ut til å ha blitt samlet i trekket “tilbaketrekning” (“withdrawal”). To nye kriterier er lagt til: “Anxiousness” og “anhedonia”. “Anxiousness” beskriver personens opplevelse av angst og panikk, spesielt i sosiale situasjoner. Dette har ikke tidligere vært et eget kriterie, men har vært implisitt i noen av de gjeldende kriteriene, eks: “fears of criticism, disapproval, or rejection” i originalt kriterie 1. “Anhedonia” beskriver mangel på energi, glede og interesse, og er ikke beskrevet i det gjeldende diagnosesystemet. Ingen av disse kriteriene er eksplisitt knyttet til tilknytningsstil. Det har imidlertid kommet til et kriterie “intimacy avoidance”, hvor

koblingen til tilknytningsunngåelse er helt eksplisitt beskrevet: “Avoidance of close or romantic relationships, interpersonal attachments, and intimate sexual relationships”. Dette nye kriteriet innebærer en vridning av problematikken bort fra sosiale situasjoner og over på intime forhold, noe som er det sentrale i tilknytningsteori. På den annen side er “anxiousness”, som er knyttet til sosial angst, nå et obligatorisk kriterie, mens det nye tilknytningskriteriet ikke trenger å være til stede.

Ettersom de alternative diagnosekriteriene inneholder elementer knyttet til både tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse, vil man i følge dette kunne forvente en sammenheng mellom unnvikende pf. og fryktsom-unnvikende tilknytningmønster. Det er også en tydelig vridning mot mer fokus på tilknytningsunngåelse i det alternative forslaget.

1.4.1.3 Unnvikende pf. forstått ut i fra “structural analysis of social behavior” De fleste DSM-kriterier (APA, 2013) for unnvikende pf. beskriver interpersonlige problemer. Den klareste uttalte helhetsbeskrivelsen av interpersonlige aspekter ved unnvikende pf. er basert på structural analysis of social behavior (SASB) av Lorna Smith Benjamin. SASB koder mønstre av sosial atferd relatert til selvet, til andre personer, og til internaliserte holdninger fra signifikante andre (Sanislow, da Cruz mfl., 2012). Benjamin (2003) peker på flere trekk ved unnvikende pf.: 1) Personer med unnvikende pf. har gjerne en trygg tidlig tilknytning, noe som er en grunn til at personer med unnvikende pf. ønsker kontakt med andre mennesker. 2) Foreldrene stiller gjerne høye krav og er opptatt av å skape et imponerende sosialt image. Dersom personen begår synlige feil kan dette bli oppfattet som en ydmykelse for hele familien, noe som gjør at personen blir svært forsiktig med eksponering. Feil med personen blir gjerne påpekt, noe som resulterer i lav selvtillit. 3) Personen har ofte blitt ekskludert innen familien, noe som har ført til en forventning om avvisning. Personen ønsker gjerne sosial kontakt, men unngår kontakt med andre uten å være sikker på å ikke bli avvist. 4) I tillegg blir det gjerne formidlet til personen at familien er den eneste støtten den har; at ingen andre vil like ham/henne.

1.4.1.4 Affektiv flathet En av de sentrale kjennetegnene for unnvikende pf. er, i følge Millon (1981), at de er affektivt flate. Denne affektive flatheten er ofte forstått som at de evner å oppleve affekter, men benytter seg av aktive unngåelsestrategier for å holde unna vanskelige tanker og følelser. Dette fører igjen til at de har fragmenterte tanker, formidler seg usammenhengende og fremstår følelsesmessig forvirret (Dimaggio mfl., 2007; Millon & Davis, 1996). Taylor, Laposa og Alden (2004) fant man at mennesker med unnvikende pf. unngår både negative og positive tanker og at disse personene er bekymret for at de å vise følelser vil få personer til å tenke

negativt om dem. I et annen studie fant man at mennesker med unnvikende trekk hadde en tendens til å tolke avvisning i hypotetiske ambivalente scenarioer (Meyer, Ajchenbrenner & Bowles, 2005). I slike scenarioer hadde personen en tendens til å reagere med unngåelse og stress. Disse funnene vil kunne forstås i tråd med forståelsesrammen som er beskrevet i seksjon 1.3.2 om at mennesker med unnvikende pf. utvikler negative skjemaer relatert til seg selv og andre, noe som fører til bias i hvordan de oppfatter informasjon og som igjen medfører lite adaptive interpersonlige strategier (Beck mfl., 2007; Greenberg, 1999). Disse skjemaene kan igjen knyttes til de indre arbeidsmodellene som foreslått av Bowlby (1973).

En alternativ forklaringsmodeller for denne affektive flatheten er at personene med unnvikende pf. har vansker med å identifisere indre tilstander. (Dimaggio mfl., 2007) hevder at pasienter med unnvikende pf. har en metakognitiv feil som fører til vansker med å erkjenne egne tanker og emosjoner, samt å identifisere årsaken til følelser. Denne forståelsen kan også være i tråd med synspunktet til Fonagy, Gergely mfl. (2004), som forstår tilknytning som essensiell for utvikling av mentalisering (som beskrevet i seksjon 1.3.2). Manglende evne til mentalisering vil kunne føre til svekkelser i metakognitiv funksjon.

1.4.1.5 Psykometriske egenskaper til tilknytningsrelaterede diagnosekriterier Diagnosekriterie 3 for unnvikende pf. i DSM-IV (APA, 2000b) er som følger: “Er tilbakeholdende i intime forhold av frykt for å bli beskjemmet eller latterliggjort” (Karterud mfl., 2010, s. 252). Dette er det eneste kriteriet hvor intime relasjoner er direkte nevnt. En rekke studier har vist at dette er det diagnosekriteriet på unnvikende pf. med dårligst psykometriske egenskaper. Flere studier har vist at kriterie 3 har lavest faktorladning (Nestadt mfl., 2006; Sanislow, Morey mfl., 2002). Studier har også vist at dette kriteriet i mindre grad enn alle de andre kriteriene er i stand til å skille unnvikende pf., fra andre personlighetsforstyrrelser (Blais & Norman, 1997). Videre ser man at det kriterie 3 er det som har lavest korrelasjon med de andre kriteriene for unnvikende pf. og med diagnosen i seg selv (Hummelen, Wilberg, Pedersen & Karterud, 2006). Det kan dermed fremstå som om hemning i intime relasjoner grunnet frykt for å dumme seg ut ikke er så typisk for unnvikende personlighetsforstyrrelse.

Pedersen, Karterud, Hummelen og Wilberg (2013a) viser imidlertid at kriterie nr. 3: “Er tilbakeholdende i intime forhold...”, sammen med kriterie 4: “er besatt av frykten for å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner” (Karterud mfl., 2010, s. 252), er diagnosekriterier på unnvikende pf. som klinikere lett kan overse i utføringen av et SCID-intervju ved behandlingsinntak (Pedersen, Karterud, Hummelen & Wilberg, 2013b). Dette studiet viste at etter 18 ukers be-

handling, der terapeuten hadde observert pasienten i mange ulike kliniske kontekster, deriblant gruppebehandling, svarte terapeuten i mye større grad at pasientene oppfylte kriteriene nevnt ovenfor. En tolkning av dette funnet kan være at hemning i interpersonlig relasjoner er sentralt for forståelse av unnvikende pf., men at klinikerne ikke er i stand til å fange opp dette fra starten av en behandling. Om så er tilfelle, er dette er argument for at terapeuter bør være enda mer observante på disse kriteriene ved behandlingsstart.

1.4.1.6 Komorbiditet I den forskningen som hittil har blitt omtalt har personer med unnvikende pf. blitt behandlet som en enhetlig gruppe. Imidlertid har unnvikende pf. funnet å ha en stor grad av komorbiditet med schizoid pf., depressiv pf., avhengig pf. og paranoid pf. Millon og Davis (1996) påpeker at diagnosen viser mest overlapp med schizoid, depressiv., avhengig og paranoid pf., men også med masochistisk, schizotyp, borderline og negativistisk/passiv-aggressiv pf.¹ Millon, Millon mfl. (2004) har foreslått fire undergrupper av unnvikende personlighetsforstyrrelse som viser trekk fra henholdsvis 1) negativistisk/passiv-aggressiv pf.; 2) paranoid pf.; 3) avhengig pf.; og 4) depressiv pf. Denne underklassifiseringen åpner opp for spørsmålet om de de forskjellige undergruppene av unnvikende pf. er koblet til tilknytningsstil på forskjellige måter. (Alden & Capreol, 1993) undersøkte 76 pasienter med unnvikende pf. for behandlingsresultater på atferdsproblemer. Pasientene ble målt på skalaen Interpersonal Problems Circumplex Scales, som viste problemer med sosial unngåelse og lav selvtillit hos alle deltakere. Imidlertid så man to undergrupper. Den ene gruppen (kalde-unngående) viste lav tillit til andre mennesker og aggressiv adferd, mens den annen gruppen (utnyttet unngående) var karakterisert av å ha problemer med å bli kontrollert og utnyttet. Studiet viste at den kalde-unngående gruppa hadde nytte av eksponeringsteknikker, mens de som var i den utnyttede-unngående gruppa både viste gode resultater på eksponering- og ferdighetstrening. Dette studiet tyder på at tilknytningsstil kan være forskjellig hos forskjellige undergrupper av unnvikende pf.

Foreløpig har jeg kun sett på studier som indirekte belyser sammenhengen mellom tilknytningsstil og unnvikende pf. I det neste avsnittet vil jeg derimot ta for meg studier som har undersøkt dette forholdet direkte.

1.4.1.7 Tidligere studier som kobler unnvikende pf. til tilknytningsstil Det er få tidligere studier som har sett på sammenhengen mellom voksen tilknytningsstil og unnvikende pf. I tillegg er flesteparten av disse studiene ikke primært opptatt av unnvikende pf. Den tilknytningsrelaterte diskusjonen om unnvikende pf. i litteraturen er altså begrenset i omfang, og det

¹Flere av disse personlighetsforstyrrelsene er ikke med i DSM-IV.

blir sjelden trukket teoretiske slutninger fra funnene. Jeg har laget en oversikt over alle studier jeg er klar over som undersøker tilknytningsstil hos personer med unnvikende pf. Denne oversikten vil jeg deretter, i diskusjonen, som sammenlikningsgrunnlag for mine resultater. Jeg har tatt utgangspunkt i et metastudie som ser på sammenhengen mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser, basert på alle publiserte studier i tidsrommet 1994 til 2012 (Tiliopoulos & Jiang, 2012). 15 av studiene det er referert til i dette metastudiet inkluderer tilknytningsstil hos personer med unnvikende pf. De samme søkeordene som ble brukt i metastudiet ble benyttet den 25.04.2013 til å finne ett nytt studie (Scott, Kim mfl., 2013), som ble lagt inn i oversikten. I tillegg har jeg lagt til en hovedoppgave som undersøkte tilknytningsmønster via AAI hos et lite utvalg pasienter med unnvikende pf. (Rindal, 2000). Tre av de 15 studiene oppgitt i metastudiet (Tiliopoulos & Jiang, 2012) ble ikke tatt med i sammendraget, da de ikke var direkte relevante for dette studiet ². Tabell 1 viser en oversikt over de studiene jeg har funnet som direkte har undersøkt sammenhenger mellom unnvikende pf. og voksen tilknytningsstil, og hvor tilknytningen kan relateres til AAI (George mfl., 1985), Bartholomew og Horowitz (1991) sin firedelte modell, eller ECR sine to dimensjoner Brennan mfl. (1998b). Selv om mange av studiene er hentet fra Tiliopoulos og Jiang (2012), er de fleste detaljene lagt inn av meg. Tabell 1 er dermed, så vidt jeg vet, per dags dato den grundigste oversikten over studier som kobler unnvikende pf. med tilknytningsstil som er utarbeidet.

Som tabell 1 tydelig viser varierer de forskjellige studiene fra hverandre på mange områder: Størrelse og type på utvalget; hvilket mål som er brukt for tilknytningsstil (både selv-rapport, prototype-, eller intervjubaserte mål er representert); antall, mål, og diagnosesystem brukt for å identifisere unnvikende pf. (selv-rapport eller semi-strukturert intervju); statistisk metode brukt for å utføre analysene (og hvorvidt tilknytningsmønster eller personlighetsforstyrrelse er avhengig variabel); om unnvikende pf. blir undersøkt alene eller i fellesgruppe med de andre personlighetsforstyrrelsene i cluster C; om det kontrolleres for komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser; og hvorvidt målene for henholdsvis tilknytningsmønster og personlighetsforstyrrelse

²Fonagy, Leigh mfl. (1996) ble kuttet ut fordi det kun forholdt seg til unnvikende pf. i en samlekategori sammen med mange andre personlighetsforstyrrelser. Hooley og Wilson-Murphy (2012) undersøkte primært sammenhengen mellom borderline pf. og overgangsobjekter, og trakk i den sammenhengen også inn unnvikende pf. Den direkte sammenhengen mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser ble ikke undersøkt i dette studiet, men ble i stedet mediert via tilknytning til overgangsobjekter. Dette studiet ble derfor også kuttet fra sammendraget. Meyer, Ajchenbrenner og Bowles (2005) benyttet tilknytningsmålet Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) (Armsden & Greenberg, 1987). IPPA relaterer seg til verken ECR-dimensjonene tilknytningsengstelse eller AAI-kategoriene, og er dermed ikke sammenlignbart med mitt studie (Brennan mfl., 1998b). Det ble heller ikke funnet noen signifikante sammenhenger mellom unnvikende pf. og IPPA-tilknytningsfaktorene. Dette studiet ble dermed også kuttet fra sammendraget.

Tabell 1: Oversikt over studier som har undersøkt sammenhengen mellom tilknytningsstil og unnvikende pf.

Referanser	Normal	Klinisk	Annet	Utvalg	T. mål	# pf.	Pf. mål	DSM	Metode	Tilknytningsmønster			
AAI kategorier													
Rindal (2000)		12 (12)		Unnvikende pf.	AAI ⁱ	1	DSM-IV ^{kd}	IV	-	TR	OO	AV	UA
Rosenstein mfl. (1996)		NA (60)		Generell	AAI ⁱ	11	SCID-P ^{kd}	III-R	Likel. ratio χ^2	.	+	0	.
Westen, Nakash mfl. (2006)		NA (150)		Ungdom med pf.	APQ-A ^p	10	DSM-IV ^{kd}	IV	Korrelasjon	-	0	+	0
									Part. korr. ^k	0	0	0	0
Westen, Nakash mfl. (2006)		NA (145)		Voksne med pf.	APQ ^p	10	DSM-IV ^{kd}	IV	Korrelasjon	-	0	0	0
									Part. korr. ^k	-	0	-	0
Bartholomew kategorier/dimensjoner													
Brennan og Shaver (1998)	245 (1407)			Studenter	RQ ^{sv}	13	PDO-R ^{sv}	III-R	MANOVA ^{pf}	TR	OO	AU	FU
Nakash-Eisikovits mfl. (2002)		146 (294)		Ungdom med pf.	RQ ^{sv}	10	DSM-IV ^{kd}	IV	Korrelasjon	-	+	+	+
Timmerman og Emmelkamp (2006)	NA (195)	NA (39)	NA (192)	Fengselsinnsatte	RQ ^{sv}	3 ^{kl}	PDO-R ^{sv} /IPDE ^{kd} (kat)	III-R	ML regresjon ^k	-	+	0	+
							PDO-R ^{sv} /IPDE ^{kd} (dim)	III-R	ML regresjon ^k	-	+	-	+
Alexander mfl. (1998)			NA (92)	Kvinner, incest	FAI ⁱ	4	MCMI-II ^{sv}	III ^m	MH regresjon ^{pf}	-	0	-	0
Meyer, Pilkonis, Proietti mfl. (2001)		8 (149)		Stemmingslidelser	AAPR ^p	13	PDE/SIDP-R ^{kd}	III-R	Korrelasjon	-	+	.	.
Scott, Kim mfl. (2013)	3 (55)	10 (45)		Bordelinsympt.	Flere	3	Flere	IV	Korrelasjon	.	+	.	.
Riggs, Paulson mfl. (2007)		27 (80)		Traume-relatert	ECR ^{sv}	12	MCMI-III ^{sv}	IV ^m	MANOVA ^t	.	-	-	+ ^b
ECR dimensjoner													
Riggs, Paulson mfl. (2007)		27 (80)		Traume-relatert	ECR ^{sv}	12	MCMI-III ^{sv}	IV ^m	MANOVA ^t	TE	TU	+	+
Riggs, Sahl mfl. (2007)		27 (80)		Traume-relatert	ECR ^{sv}	12	MCMI-III ^{sv}	IV ^m	MHL regresjon ^{pf}	+	+	+	+
Meyer, Pilkonis og Beevers (2004)	NA (176)			Studenter	ECR ^{sv}	3	SCID-II-SQ ^{sv}	IV	Korrelasjon	+	+	+	+
Crawford, Shaver mfl. (2006)	NA (604)			Longitudinelt	ECR ^{sv}	3 ^{kl}	Flere	III & IV	M regresjon ^{pf}	+	-	-	-
Fossati mfl. (2003)		25 (487)		Spesialisert på pf.	ASQ ^{sv}	12	SCID-II-2.0 ^{kd}	IV	CCA	TE*	TU*	+	+

Note. Tall uten parentes: Antall personer med unnvikende pf.; Tall i parentes: Antall personer uten unnvikende pf.; NA: Ikke tilgjengelig; TR: trygg; OO: overopptatt; AV: avvisende; UA: uavklart; AU: avviseende-unnvikende; FU: fryktsom-unnvikende; TE: tilknytningsengstelse; TU: tilknytningsunnngåelse; * er rotet 45° i forhold til tilknytningsengstelse og tilknytningsunnngåelse; ^{a,b,c} Resultater med ulike bokstaver er signifikant forskjellige; ⁱ intervju-basert mål; ^{kl} personlighetsforstyrrelse er analysert som klustre; ^{kd} klinisk diagnostisering; ^m inkluderer personlighetsforstyrrelsesdiagnosene til Millon; ^{pf} prototype-basert mål; ^{sv} personlighetsforstyrrelse er avhengig variabel; ^{sr} selv-rapporterings skjema; ^t tilknytningsstil er avhengig variabel.

er kategoriske eller dimensjonelle. Alle disse forskjellene har innflytelse på hvorvidt og hvordan resultatene kan sammenlignes. Jeg vil i det følgende gå gjennom studiene i den rekkefølge de er oppgitt i tabell 1, først de som er basert på tilknytningsmønstrene definert av AAI (George mfl., 1985), deretter de som rapporterer resultatene i henhold til den firedelte modellen til Bartholomew og Horowitz (1991), og til slutt de studiene som kan kobles til de to dimensjonene som ble funnet av ECR Brennan mfl. (1998b).

AAI-baserte kategorier Rindal (2000) undersøkte 12 pasienter med unnvikende pf. ved hjelp av AAI (George mfl., 1985)³. I dette studiet ble det funnet at pasientene med unnvikende pf. hadde en blanding av avvisende og overopptatte strategier. Rindal (2000) beskrev at pasientene tilsynelatende hadde mer avvisende strategier, mens fant at disse mønstrene gjerne dekket over mer skjulte overopptatte strategier, preget av tildekket sinne og hevnløst.

Rindahl argumenterer for at mennesker med unnvikende pf. ikke vil erkjenne sin egen avhengighet av, og behov for å oppsøke andre mennesker. Videre vil de lett undertrykke at de har konflikter med andre mennesker og vil ikke så lett gi til kjenne at de blir overveldet av negative minner. Ut fra dette hevder Rindahl i diskusjonen at selvrapporteringsmetoder, i motsetning til AAI, ikke vil være i stand til å fange opp at mennesker med unnvikende pf. også har et overopptatt tilknytningsmønster. Dette funnet styrker argumentet om at selvrapporteringsmetoder, i motsetning til AAI, ikke vil være i stand til å fange opp en persons tilknytningsstil, da den er ubevisst (som beskrevet i seksjon 1.1.3.5).

Rosenstein mfl. (1996) målte også tilknytningsstil ved hjelp av AAI, og fant, i likhet med Rindal (2000), sammenheng mellom unnvikende pf. og overopptatt tillknytningsmønster. Imidlertid fant dette studiet ikke en positiv sammenheng med avvisende tilknytningsmønster, i motsetning som hos Rindal (2000).

Westen, Nakash mfl. (2006) målte tilknytningsstil i to utvalg pasienter med personlighetsforstyrrelser, en med ungdom og en med voksne personer, i et sett parallele studier. En av hensiktene med studiene var å prøve ut et nyutviklet prototypebasert mål, Attachment Prototype Questionnaire (APQ; Westen & Nakash, udatert), i versjoner for henholdsvis ungdom og voksne. Dette skjemaet blir fylt ut av en erfaren kliniker, og er ment å måle interpersonlig adferd i tilknytningsrelasjoner, representasjoner av selv og andre, mønstre i diskursstil, og emosjonsregulering. Det benytter seg av kategoriene utviklet for AAI, da målet er ment, i likhet med AAI, å fange opp

³Rindahl benytter seg av Crittenden sine kategorier for tilknytningsstil, som i tillegg til hovedkategoriene fra AAI også benytter seg av forskjellige underkategorier av tilknytningsstil (Crittenden, 2008). Denne hovedoppgaven refererer kun til hovedkategoriene av hensyn til leservennlighet.

mer ubevisste side vel tilknytningstilen til pasientene. Dette studiet er et av få som kontrollerer for komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser. Studiene fant at trekk for unnvikende pf. hos voksne pasienter kan differensieres fra trekk fra andre personlighetsforstyrrelser ved mindre trygg og avvisende tilknytningsmønster.

Firedele tilknytningsmodell Syv av studiene beskrevet i tabell 1 har benyttet seg av den firedele modellen for voksen tilknytning introdusert av (Bartholomew & Horowitz, 1991). I denne gruppen varierer målemetoder på tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser betraktelig. Tre av studiene benytter seg av Relationship Questionnaire (RQ), som er et selvrappoteringsmål utviklet av Bartholomew og Horowitz (1991): Brennan, Clark og Shaver (1998a), Nakash-Eisikovits mfl. (2002), Timmerman og Emmelkamp (2006).

Brennan mfl. (1998a) er basert på et spesielt stort utvalg, hvorav hele 245 personer oppfylte kriteriene for unnvikende pf. Det er imidlertid flere svakheter ved dette studiet. For det første benytter studiet seg av selvrappoteringskjemaet Personality Diagnostic Questionnaire Revised (Hyler & Rieder, 1987, PDQ-R;) til å måle personlighetsforstyrrelser. Dette skjemaet er funnet å gi en spesielt høy overdiagnostisering (Brennan mfl., 1998a). I tillegg vil det å måle både personlighetsforstyrrelser og tilknytningsstil med selvrappoteringskjema kunne føre til en for høy korrelasjon mellom dem på grunn av mulige bias i hvordan hver enkelt person besvarelsesstil (Shedler, Mayman & Manis, 1993; Westen & Weinberger, 2004). Det er også verdt å merke seg at dette studiet benytter studenter og ikke pasienter i utvalget. Det er vanskelig å fastslå om den kunnskapen man skaffer seg om studenter er overførbar til personer man møter i klinisk praksis. Nakash-Eisikovits mfl. (2002) er et studie med flere styrker: Det har et stort utvalg med pasienter som er diagnostisert med personlighetsforstyrrelser, og pasienten blir diagnostisert for av klinikere i stedet for basert på selvrappoteringsmål. Timmerman og Emmelkamp (2006) er på sin side et studie av fengselsinnsatte, hvorav en del var innlagt for psykiatrisk behandling. Studiet hadde også en normalgruppe som kontroll. Antallet personer med unnvikende pf. er imidlertid ikke oppgitt, og det er antakelig ganske lavt, da gruppen er slått sammen med de andre personlighetsforstyrrelsene i cluster C. Resultatene fra dette studiet bør dermed ikke tillegges stor vekt. Alle de tre studiene basert på tilknytningsmålet RQ gir, tross forskjellene, ganske like resultater: Unnvikende pf. er funnet å være positivt koblet til fryktsom-unnvikende tilknytning og negativt koblet til trygg tilknytning i alle tre. Det er derimot noe uenighet i hvorvidt unnvikende pf. har en positiv sammenheng med overopptatt tilknytningsmønster og en negativ sammenheng med avvikende mønster.

Alexander mfl. (1998) brukte, i motsetning til de overnevnte studiene, et intervjubasert mål for tilknytningsstil. Studiet finner også andre resultater enn de foregående studiene, noe som er spesielt tydelig ved at det, i motsetning til de foregående studiene, ikke finner positiv sammenheng mellom unnvikende pf. og fryktsom-unnvikende tilknytning. Dette kan imidlertid også skyldes at studiet er basert på et spesielt utvalg, nemlig kvinner utsatt for incest, eller er basert på versjon III av DSM.

To studier havner litt på siden av de andre på grunn av spesielle valg på tilknytningsmål. (Meyer, Pilkonis, Proietti mfl., 2001) benyttet seg imidlertid av syv tilknytningsprototyper utviklet av (Pilkonis, 1988). Det er vanskelig å koble disse syv typene direkte til de fire tilknytningsmønstrene etter Bartholomew og Horowitz (1991) eller til de to tilknytningsdimensjonene. Studiet er i tabell 1 lagt inn basert på en kobling til Bartholomews tilknytningsmønster som er oppgitt i studiet. (Scott, Kim mfl., 2013) på sin side undersøkte primært sammenhengen mellom borderline og overopptatt tilknytningsmønster i et utvalg med mennesker med borderlinesymptomer, men analyserte i den sammenheng også unnvikende pf. En styrke ved dette studiet er at det målte tilknytningsstil med en kombinasjon av selvrappoteringskjemaer og skjemaer fylt ut av klinikere. Studiet viste i begge tilfeller en unnvikende pf. hadde sammenheng med overopptatt tilknytningsmønster, men at dette mønsteret var sterkere relatert til borderline pf. Dette studiet målte imidlertid ikke de andre tilknytningsmønstrene og er dermed ikke fullt så interessant til bruk for sammenligning.

Det siste studiet, (Riggs, Paulson mfl., 2007), er basert på ECR Brennan mfl. (1998b), og gir også noe annerledes resultater enn de andre. Spesielt skiller det seg ut fra de andre kategorielle studiene ved at det finner negativ sammenheng med overopptatt tilknytningsstil. Resultatet er imidlertid i tråd med det dimensjonelle hovedresultatet i studiet, som er rapportert i henhold til de to tilknytningsdimensjonene fra ECR (se neste seksjon).

To-dimensjonelle modeller Tre av studiene i tabell 1 benytter seg av ECR og rapporterer sammenhenger i henhold til de to dimensjonene tilknytningsengstelse og tilknytningsunnngåelse. På tross av forskjellig type utvalg, diagnosemål og statistisk metode, viser de alle at unnvikende pf. er positiv koblet til begge tilknytningsdimensjoner. (Crawford, John Livesley mfl., 2007) fant andre resultater enn disse tre, men har inkludert unnvikende pf. i en felles variabel med de andre personlighetsforstyrrelsene i cluster C, og måler dermed noe litt annet. Fossati mfl. (2003) rapporterer resultatene i henhold til to dimensjoner som ikke er identiske med ECR sine, og kan heller ikke sammenlignes direkte.

Oppsummering Når det gjelder spørsmålet om hvilken tilknytningsstil, om noen, som kan knyttes til unnvikende personlighetsforstyrrelse, er det tydelig ut i fra tabell 1 at forskningsresultatene spriker. Basert på de studiene som forholder seg til tradisjonen etter Bartholomew og Horowitz (1991) sett ser det imidlertid ut som om det er stor enighet i at unnvikende pf. er positivt koblet til fryktsom-unnvikende tilknytning (positiv tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse), og negativt koblet til trygg og avvisende-unnvikende tilknytning. Når det gjelder overopptatt tilknytning er det derimot mer uenighet, men et flertall av studiene finner likevel en positiv tilknytning til unnvikende pf. Som beskrevet i 1.4.1.2 passer fryktsom-unnvikende tilknytning godt med det alternative forslaget til diagnosekriterier for DSM-5 (APA, 2013). Det alternative forslaget viser imidlertid en vridning mot tilknytningsunngåelse, noe som ikke er overensstemmelse med den positive koblingen til overopptatt tilknytningsmønster som er funnet i noen av studiene.

Studiene som baserer seg på AAI-kategoriene gir imidlertid ganske annerledes resultater. Imidlertid er ikke dette så overraskende, da det er funnet lite statistisk assosiasjon mellom de AAI og ECR (se seksjon 1.1.3.5). Når det gjelder mitt studie, vil det, ettersom jeg benytter ECR til å måle tilknytningsstil, være nærliggende å sammenligne resultatene mine i første omgang med de studiene som forholder seg til enten Bartholomew-kategoriene eller ECR-dimensjonene.

1.4.2 Borderline personlighetsforstyrrelse

Borderline personlighetsforstyrrelse ble først beskrevet i litteraturen i 1940 (Hoch & Polatin, 1949; Stern, 1938) og ble offisielt definert som en personlighetsforstyrrelsesdiagnose i DSM-III (APA, 1980). Borderline pf. er en av de personlighetsforstyrrelsene med høyest prevalens i pasientutvalg (Stuart mfl., 1998; Zimmerman mfl., 2005), av de med høyest lidelsestrykk (Torgersen, 2009) og med mest dramatiske symptomer (Crawford, Shaver mfl., 2006; Skodol, Skodol mfl., 2011). Dette har bidratt til at dette er den personlighetsforstyrrelsen som det har blitt forsket mest på (Karterud mfl., 2010; Tiliopoulos & Jiang, 2012).

1.4.2.1 Kriterier Det gjeldende diagnosesystemet i seksjon II av DSM-5 (APA, 2013) for borderline pf. inneholder ni kriterier, som omhandler (basert på norsk oversettelse av Karterud mfl. (2010, s. 233)): 1) Desperate anstrengelser for å unngå å bli forlatt; 2) ustabile og intense mellommenneskelige forhold; 3) identitetsforstyrrelse; 4) impulsivitet som er potensielt selv-ødeleggende; 5) gjentatte selvmordsforsøk, selvmordstrusler eller selvbeskadigende atferd; 6) følelsesmessig ustabilitet; 7) kronisk følelse av tomhet; 8) vanskeligheter med å kontrollere sine; og 9) stress-relatert paranoia eller dissosiasjon. For å få diagnosen borderline pf. må man

oppfylle minst fem av kriteriene.

I det alternative diagnosesystemet i seksjon III i DMS-5 (APA, 2013) har disse kriteriene blitt kraftig omorganisert, men de fleste av kjennetegnene fra de gjeldende kriteriene kan finnes igjen i nye kontekster. Det eneste kjennetegnet som er fjernet er “tendens til paranoid tenking” i kriterie 9. Det er imidlertid lagt til en del nye kjennetegn. Den største forskjellen skyldes omorganiseringen inn i overordnet kriterie A og B. Originalt kriterie 3, 7 og 9 er, slik jeg tolker det, slått sammen til kriteriet “identitet”, som er et underelement av svekkelser i selv-fungering. Tilsvarende er originalt kriterie 1 og 2 slått sammen til kriteriet “intimitet”, under svekkelser i interpersonlig fungering. Under kriteriet “intimitet” er det imidlertid lagt til flere kjennetegn som referer klart til tilknytningsteori. Det er påpekt spesifikt at det er snakk om nære (“close”) relasjoner. I tillegg er kjennetegnene “mistrust”, “neediness”, og “anxious preoccupation with real or imagined abandonment” lagt til. Alle disse kjennetegnene kan knyttes til dimensjonen tilknytningsengstelse, som er kjennetegnet med et ønske om mer nærhet kombinert med en frykt for å avvist. I tillegg er det lagt til to helt nye kriterier, under henholdsvis “selvstyring” (“self-direction”) og “empati”, som ikke har like entydig kobling til tilknytningsteori.

Under kriterie B er de originale kriteriene 4, 5, 6 og 8 etter min oppfatning reorganisert inn i de fem trekkene: “Emotional lability”, “depressivity”, “impulsivity”, “risk taking”, og “hostility”. To delvis nye kriterier er lagt til. Det første, “anxiety”, er så vidt nevnt i originalt kriterie 6, men har i det nye forslaget blitt mye grundigere beskrevet. Det er også lagt til kjennetegnet “often in reaction to interpersonal stresses”, i tråd med tilknytningsvendingen i det nye forslaget. Kriteriet “separation insecurity” er utvidet fra originalt kriterie 1: “Fears of rejection by - and/or separation from - significant others, associated with fears of excessive dependency and complete loss of autonomy”. Denne dobbeltheten kan forstås ut i fra tilknytningsmønsteret fryktsom-unnvikende, som innebærer et negativt syn på seg selv som en som er uten verdi og dermed vil bli avvist, og et negativt syn på den andre som en man ikke helt kan stole på og dermed må søke uavhengighet fra. Dette kriteriet er ikke et nødvendig kriterie, noe som tilsier at det ikke vil kjennetegne alle med diagnosen. Totalt sett tyder de tilknytningsrelaterte kjennetegnene på en assosiasjon med enten overopptatt eller fryktsom-unnvikende stil.

1.4.2.2 Tidligere studier som kobler borderline pf. til tilknytningsstil Det er en rekke studier som har undersøkt tilknytningsstil hos personer med borderline pf. Med tanke på at denne kunnskapen i mye større grad enn for unnvikende pf. har blitt systematisert av andre, vil jeg her begrense meg til en kort oversikt over hovedtrekkene fra tidligere studier.

AAI-baserte kategorier I et metastudie som ble gjort på 105 AAI studier med blandede kliniske grupper fant man at de fleste borderline-pasienter hadde en overopptatt tilknytningsstil (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2008). Crittenden (2008) har imidlertid hevdet at de vanlige AAI-kategoriene utgjør for grove kategorier å forstå menneskers tilknytningsmønster ut i fra. Som et alternativ har hun dannet et system som opererer med mange underkategorier. Ved hjelp av dette systemet fant hun i kasuistiske studier at borderline-pasienter har en blanding av komplekse tilknytningsstrategier, der de veksler mellom både hjelpsløshet, fiendtlighet og avvising (Crittenden & Newman, 2010; Karterud mfl., 2010).

Firedelt tilknytningsmodell Ut i fra den firedelte tilknytningsmodellen til (Bartholomew & Horowitz, 1991) er resultatene overveiende konsistente. Studier basert på selvrappoteringsmål for tilknytningsstil har vist signifikant negativ korrelasjon med trygg tilknytning og signifikant positiv korrelasjon med fryktsom-unnvikende og overopptatt tilknytningsmønster (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004; Choi-Kain mfl., 2009; Levy mfl., 2005b; Minzenberg, Poole & Vinogradov, 2006).

To-dimensjonelle modeller Ettersom dimensjonen tilknytningsengstelse, sett ut i fra den firedelte tilknytningsmodellen til Bartholomew og Horowitz (1991) tilsvarende fryktsom-unnvikende og overopptatt tilknytningsmønster (se figur 1), vil de samme studiene som referert i forrige punkt støtte en sammenheng mellom tilknytningengstelse og borderline pf. Denne sammenhengen støttes også av konsistente funn fra flere studier som direkte har målt tilknytningsengstelse dimensjonelt (f.eks. Meyer, Pilkonis & Beevers, 2004; Riggs, Paulson mfl., 2007; Scott, Levy & Pincus, 2009). Når det gjelder tilknytningsunngåelse, derimot, har studiene funnet mindre konsistente svar. Noen studier har ikke funnet noen signifikant assosiasjoner med tilknytningsunngåelse (Meyer, Pilkonis & Beevers, 2004; Nickell, Waudby & Trull, 2002, f.eks.), mens andre har funnet assosiasjoner med både tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse (Levy mfl., 2005a; Scott, Levy & Pincus, 2009). Scott, Levy og Pincus (2009) fant, i et studie basert på 1407 studenter, at borderline pf. var assosiert til tilknytningsunngåelse, men at denne forsvant dersom man kontrollerte for assosiasjonen mellom de to tilknytningsdimensjonene. Det kan altså se ut som om trekk fra borderline pf. kun er assosiert med tilknytningsunngåelse når dette opptrer sammen med høy tilknytningsengstelse.

1.4.3 Svakheter ved tidligere studier

Jeg vil i denne seksjonen trekke ut hvilke konsekvenser den forutgående gjennomgangen av litteraturen vil ha for mitt studie.

Noe av årsaken til de sprikende resultatene mellom studiene på tilknytningstil hos personer med unnvikende pf. kan være forskjeller i utvalg, i måleinstrumenter og i metodikk. For det første er det mange utvalg der antallet personer med unnvikende pf. ikke er oppført, og i de som har oppført antallet er det generelt få personer med denne diagnosen. Med unntak av to studier (Brennan mfl., 1998a; Nakash-Eisikovits mfl., 2002) er det bare fra 8 til 27 personer med unnvikende pf. i de studiene der antallet er beskrevet. Små utvalg vil kunne føre til at studiene har dårligere evne til å generalisere til populasjonen, noe som kan være en del av forklaringen på at studiene kommer fram til forskjellige resultater. Studier der flere personer i utvalget oppnår diagnosen unnvikende pf. vil være bedre egnet til å belyse hvordan sammenhengen mellom tilknytningsstil og unnvikende pf. arter seg.

Studiene er svært forskjellige i hvilke utvalgs-kriterier som er brukt, og det er ikke gitt at det gir mening å sammenligne resultatene på tvers av utvalg. Hvorvidt man har basert studiet sitt på et klinisk utvalg eller et normalutvalg vil bestemme hva slags spørsmål man har mulighet å svare på. For å se hvorvidt unnvikende pf. og borderline pf. skiller seg fra andre personlighetsforstyrrelser, som jeg vil belyse i dette studiet, vil det være fordelaktig med et klinisk utvalg. Mange av de andre studiene som har blitt gjort ha imidlertid benyttet seg av normalutvalg. For å skaffe meg et felles sammenligningsgrunnlag med de andre studiene har jeg undersøkt hvordan mitt utvalg av pasienter med personlighetsforstyrrelse skiller seg fra et normalutvalg med hensyn på tilknytningsstil. Ved å vise at pasienter med personlighetsforstyrrelse skiller seg ut fra et normalutvalg med høyere grad av utrygg tilknytning, vil jeg også støtte grunnlaget for vridningen av det alternative diagnosesystemet i DSM-5 i mer tilknytningsrelatert retning (APA, 2013).

Resultatene viser med stor tydelighet at valg av måleinstrumenter har mye å si for resultatene. Der er en rekke tilknytningsmål å velge mellom (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya & Lancee, 2010). Hovedvalget står mellom å velge et intervju-basert mål eller et selvrapporeringsmål. Disse to tradisjonene vil antakeligvis måle noe ulike aspekter av tilknytning, så valget bør bli gjort på basis av teoretiske vurderinger. For intervjubaserte mål skiller AAI seg ut. For selvrapporerings-skjemaer fremstår ECR som et godt valg, både fordi det er basert på en reduksjon av items fra en rekke andre skjemaer og fordi det måler tilknytning dimensjonelt, noe som har en rekke fordeler. Styrken ved å måle tilknytningsstil dimensjonelt ved hjelp av selvrapporerings-skjema

må imidlertid sees opp mot viktigheten av å måle ubevisste prosesser, som intervjubaserte metoder som AAI har større mulighet til. Et relatert poeng er at det er viktig at studiene ikke benytter seg av selvrapporterings skjemaer for å måle både personlighetsforstyrrelser og tilknytningsstil, ettersom responsstil kan føre til en for høy korrelasjon mellom tilknytningsstil og pf.

En mangel med de fleste studiene som har sammenlignet tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser ved hjelp av selvrapporteringsmål for tilknytning er å unnlate å undersøke faktorstrukturen til spørreskjemaet i utvalget. Dette er spesielt viktig for bruk av ECR i kliniske utvalg, da den to-dimensjonelle strukturen i utgangspunktet ble funnet ut i fra et studentutvalg Brennan mfl. (1998b). Dersom faktorstrukturen viser seg å være annerledes enn ECR sine to dimensjoner vil dette kunne være med på å nyansere resultatene.

Når det gjelder diagnostisering av personlighetsforstyrrelser vil valget av målemetode være viktig. Det er ikke klart om det er semistrukturerte intervjuer eller selvrapporterings skjemaer som har best validitet (Widiger & Boyd, 2009). Det er imidlertid anbefalt å først og fremst bruke semistrukturerte intervjuer til kliniske diagnoser, da selvrapporteringsmål som oftest er konstruert slik at de feiler i retning av falske positive. Diagnoser basert på longitudinale observasjoner vil kunne føre til mer valide diagnoser (Pedersen mfl., 2013a).

Relatert til valg av diagnosemetode er også en påpasselighet i forhold til tolkning av resultatene. Ettersom forskjellige studier historisk har målt personlighetsforstyrrelse ut i fra forskjellige versjoner av diagnosemanualen, vil de til syvende og sist måle noe forskjellige fenomener.

Et siste moment som er viktig å fremheve er at det vil være viktig med studier som kontrollerer for komorbiditet av symptomer fra forskjellige personlighetsforstyrrelser. Nesten ingen av studiene på tilknytningsstil for unnvikende pf. har kontrollert for komorbiditet med de andre personlighetsforstyrrelsene. Ettersom unnvikende pf. viser høy komorbiditet med andre akse II diagnoser (seksjon 1.4.1.6) vil det å velge å kontrollere for dette overlappet ha store konsekvenser for resultatet. Grunnleggende sett er det to forskjellige spørsmål man vil svare på i de to tilfellene. Dersom man ikke kontrollerer for komorbiditet vil man undersøke tilknytningsstilen til den gruppen av personer som er diagnostisert med unnvikende pf. Ved å kontrollere for trekk fra andre personlighetsforstyrrelser vil man derimot i større grad se på hva som skiller den spesifikke diagnosen fra de andre diagnosene, på bakgrunn av empiri fra utvalget. Resultater fra slike studier vil kunne ha konsekvenser for utviklingen av DSM i mer dimensjonell retning (se seksjon 1.2.4).

1.5 Problemstillinger

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i det alternative diagnosesystemet som er vedlagt i DSM-5 (APA, 2013). Dette forslaget innebærer en vridning i retning av å forstå personlighetsforstyrrelse i lys av tilknytningsstil, i form av svekkelser i selv- og interpersonlig fungering. Dette gjelder både den generelle forståelse av alle personlighetsforstyrrelser, men også som spesifikke diagnosekriterier og personlighetstrekk koblet til de ulike typene personlighetsforstyrrelse. Det er imidlertid påpekt at det trengs mer empiri før man velger å ta i bruk det alternative systemet.

Jeg ønsker i dette studiet å bidra med mer empiri rundt diagnosene unnvikende pf. og borderline pf. Jeg har fått tilgang til et datamateriale basert på pasienter ved Avdeling for Personlighetspsykiatri, Oslo Universitetssykehus. Spesielt kjennetegnes utvalget av at det er en stor andel pasienter med unnvikende pf. og/eller borderline pf. De fleste tidligere studier på unnvikende pf. er kjennetegnet ved relativt små utvalg.

Den første problemstillingen jeg vil undersøke gjelder hvordan mitt utvalg skiller seg fra et normalutvalg med hensyn på tilknytningsstil. Denne problemstillingen er delt opp i to underspørsmål:

- 1a. Hvordan skiller hele utvalget av pasienter med ulike personlighetsforstyrrelser seg fra et normalutvalg når det gjelder tilknytningsstil?
- 1b. Hvordan skiller pasienter med unnvikende pf. og borderline pf. seg fra et normalutvalg når det gjelder tilknytningsstil?

Svar på problemstilling 1a vil belyse hvorvidt tilknytningsstil er sentralt for alle personlighetsforstyrrelse, slik tilknytningsvridningen i det alternative diagnosesystemet i DSM-5 antar. Svar på problemstilling 1b vil i tillegg være med på å karakterisere diagnosene unnvikende pf. og borderline pf. i lys av et normalutvalg. Svar på begge underspørsmål vil lette sammenligningen av mine resultater med tidligere studier som er utført på normalutvalg.

Mitt utvalg er et klinisk utvalg av pasienter med personlighetsforstyrrelse, mens de to tilknytningsdimensjonene som er utledet fra selvrapporteringskjemaet ECR Brennan mfl. (1998b) er utledet på bakgrunn av et utvalg med studenter. Ettersom jeg benytter meg av ECR i mitt studie vil det være viktig å undersøke faktorstrukturen i mitt utvalg. Rent spesifikt benytter jeg ECR-N, den norske utgaven av dette skjemaet (Olsson mfl., 2010). Problemstilling nr. 2 er da:

2. Hvilken faktorstruktur har ECR-N for et utvalg pasienter med personlighetsforstyrrelser?

Svar på problemstilling nr. 2 vil dermed bidra til at de tilknytningsvariablene jeg benytter meg av i de senere analysene i best mulig grad beskriver mønstrene i besvarelsene til pasientene

i mitt utvalg.

Hovedproblemstillingen i dette studiet relaterer seg til den spesifikke tilknytningsstilen hos pasienter med henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf. Jeg vil i denne analysen kontrollere for trekk fra alle andre personlighetsforstyrrelser representert i utvalget, slik at jeg finner den unike effekten tilknytningsstil har på de to personlighetsforstyrrelsene:

3. Hvordan kan tilknytningsstil differensiere henholdsvis trekk for unnvikende og borderline pf. fra andre personlighetsforstyrrelser i et klinisk utvalg?

Svar på problemstilling nr. 3 vil kunne belyse hvorvidt spesifikke tilknytningsstiler kjenner tegner de to personlighetsforstyrrelsene og hvorvidt dette sammenfaller med diagnosekriteriene i det alternative diagnosesystemet i seksjon III av DSM-5 (APA, 2013). I tillegg vil en påvisning av spesifikke tilknytningsrelaterte kjennetegn støtte opp under den generelle vridningen i retning av å forstå personlighetsforstyrrelser i lys av tilknytningsstil, som er til stede i forslaget.

2 Metode

2.1 Design

Dette studiet er en tverrsnittsundersøkelse der det ble målt personlighetsforstyrrelser, tilknytningsstil og bakgrunnsvariabler (akse-1-lidelser, psykososial fungering, interpersonlige problemer og symptomtrykk).

2.2 Utvalg

Utvalget besto i utgangspunktet av alle pasienter som ble henvist til Avdeling for personlighetspsykiatri på Ullevål Universitetssykehus, i tidsrommet 2006-2010. Avdeling for personlighetspsykiatri er en spesialpoliklinikk der pasienter henvises for alvorlig personlighetsproblematikk (Oslo universitetssykehus HF, udatert). 49 av de 290 pasientene (17 %) gjennomførte ikke diagnostiseringen av personlighetsforstyrrelsestrekk og ble derfor ekskludert fra analysen.

For de 241 personene som ble inkludert i den endelige analysen var gjennomsnittsalderen 31 år ($SD = 7,54$), 76 % var kvinner, 40 % levde alene, 19 % levde med ektefelle, 12 % levde med barn, 7 % levde med sine foreldre, mens 21 % levde med andre personer. Gjennomsnittlig antall år med utdanning etter ungdomsskole var 4,49 ($SD = 2,99$), 34 % var ikke i arbeid og gjennomsnittlig antall måneder hvor personen hadde arbeidet/studert minst 50 % var 4,61 ($SD = 4,43$).

Pasientene hadde gjennomsnittlig 1,27 ($SD = 0,64$) personlighetsforstyrrelser. 95,0 % av pasientene hadde minst én personlighetsforstyrrelse og 27,0 % av pasientene hadde minst to. Fordelingen av personlighetsforstyrrelser er beskrevet i tabell 2.

Tabell 2: *Fordelingen av personlighetsforstyrrelser i utvalget (i prosent)*

Personlighetsforstyrrelse	Andel
Borderline	47,3
Unnvikende	30,7
Blandet (NOS)	22,0
Paranoid	10,8
Tvangspreget	6,6
Avhengig	5,8
Narsisistisk	2,5
Schizotyp	1,2

Note. Total andel overstiger 100 % på grunn av komorbiditet

I utvalget hadde 47 pasienter unnvikende pf. uten å ha borderline pf., 87 pasienter hadde borderline pf. uten å ha unnvikende pf., mens 27 pasienter hadde begge disse diagnosene. Demografisk og diagnostisk beskrivelse av disse tre pasientgruppene er vist i tabell 3.

Som tabell 3 viser, er de tre pasientgruppene med borderline og/eller unnvikende pf. like på de fleste demografiske og kliniske variabler. I gruppen med kun borderline pf. var det statistisk signifikant flere personer med spiseforstyrrelser, mens færre hadde angstlidelser, sammenlignet med de andre gruppene. Personer som hadde både borderline pf. og unnvikende pf. skårte også statistisk signifikant høyere på GSI, som måler generelt symptomnivå, enn de med kun borderline pf. Pasienter med unnvikende pf. skårte høyere på CIP enn de med kun borderline pf., noe som indikerer at disse personene har et høyere nivå av interpersonlig stress.

Akse 1-lidelser var fordelt på følgende måte i utvalget: 79,1 % av personene i utvalget hadde en stemningslidelse, 72,8 % hadde en angstlidelse, 25,5 % hadde en substansrelatert lidelse, 17,2 % hadde spiseforstyrrelser og 6,3 % hadde somatoforme lidelser. Gjennomsnittsskårer på GAF (48,80, $SD = 6,71$) GSI (1,64, $SD = 0,66$) og CIP (1,64, $SD = 0,52$) indikerer at dette er et utvalg karakterisert av alvorlig global dysfungering og høyt nivå av symptomer og interpersonlig stress.

Det ble gjennomført en frafallsanalyse basert på all tilgjengelig datamateriale for å undersøke om det var relevante forskjeller mellom de 241 personene som ble inkludert i analysen og de 49 personene som ble ekskludert fra analysen. Dette ble gjort fordi frafallet kunne ha konsekvenser for hvor representative og generaliserbare dataene mine var. Tabell 4 viser deskriptiv statistikk over disse to gruppene. Av personer som var ekskludert fra analysen var det statistisk signifikant

Tabell 3: Demografisk og diagnostisk beskrivelse av pasienter med borderline og unnvikende pf.

Karakteristikk	Borderline (n = 87)		Unnvikende (n = 47)		Begge (n = 27)	
	%	M (SD)	%	M (SD)	%	M (SD)
Kjønn						
Kvinne	89,7		76,6		77,8	
Mann	10,3		23,4		22,2	
Sivilstatus						
Ugift	73,6		63,8		73,1	
Fast samboer	13,8		10,6		11,5	
Gift	4,6		8,5		0,0	
Separert	4,6		4,3		7,7	
Skilt	3,4		12,8		7,7	
Bosituasjon						
Alene	37,9		42,6		55,6	
Med foreldre	8,0		8,5		0,0	
Med barn	13,8		8,5		3,7	
Med ektef./samboer og barn	18,4		21,3		14,8	
Andre	21,8		19,1		25,9	
Daglig virke						
Student	23,5		13,3		12,0	
Hjemmearbeidende/husmor	2,4		0,0		0,0	
100 % arbeid	20,0		20,0		28,0	
50 % arbeid	9,4		4,4		4,0	
Uføretrygdet	15,3		8,9		4,0	
Arbeidsløs*	29,4		53,3		52,0	
Alder		29,48 (7,44)		30,91 (7,75)		29,11 (6,70)
Utdanning		4,13 (2,51)		4,29 (3,55)		4,20 (3,46)
Arbeid siste 12 mnd.		5,28 (4,46)		3,59 (4,21)		4,63 (4,47)
Akse 1-lidelser						
Stemningslidelser	75,6		80,9		85,2	
Angstlidelser*	68,6		87,2		85,2	
Substansrelaterte lidelser	36,0		17,0		37,0	
Spiseforstyrrelser*	27,9		10,6		11,1	
Somatoforme lidelser	8,1		4,3		7,4	
Antall akse 1-lidelser		2,86 (1,46)		3,13 (1,35)		3,44 (1,60)
Akse 2- lidelser						
Paranoid pf.	10,3		8,5		25,9	
Tvangspreget pf.	9,2		4,3		3,7	
Avhengig pf.	9,2		6,4		3,7	
Schizotyp pf.	0,0		2,1		3,7	
Narsissistisk pf.	3,4		0,0		0,0	
Antall pf. kriterier		14,63 (4,69)		13,55 (4,26)		20,78 (6,60) ^a
Global dysfungering, symptomnivå og interpersonlig stress						
GAF		48,92 (7,79)		46,79 (4,84)		47,19 (4,62)
GSI		1,64 (0,61)		1,72 (0,57)		2,09 (0,75) ^b
CIP		1,50 (0,48) ^c		1,81 (0,51)		1,91 (0,48)

Note. Sammenligninger er utført ved en enveis ANOVA med Scheffe *post hoc* test (dimensjonelle var.) eller en χ^2 test (kategorielle var.). Personlighetsforstyrrelser uten komorbiditet med unnvikende pf. eller borderline pf. er ikke tatt med. ^a $B + U > B^{**}$, $B + U > U^{**}$. ^b $B + U > B^{**}$. ^c $B < U^{**}$, $B < B + U^{**}$. * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

flere som var hjemmearbeidende, samt flere som var uføretrygdet, sammenlignet med de som ble inkludert i analysen. At flere av de som frafalt studiet ikke var i arbeid kan indikere at de

hadde en noe alvorligere problematikk enn de i studiet. På den andre siden viste de ikke høyere symptomtrykk og interpersonlig stress.

Tabell 4: *Frafallsanalyse*

Karakteristikk	Inkludert (<i>n</i> = 241)		Ekskludert (<i>n</i> = 49)	
	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Kjønn				
Kvinne	76,3		83,7	
Mann	23,7		16,3	
Sivilstatus				
Ugift	69,7		70,3	
Fast samboer	13,0		21,6	
Gift	5,5		2,7	
Separert	4,2		0,0	
Skilt	7,6		5,4	
Bosituasjon				
Alene	40,2		48,6	
Med foreldre	7,1		13,5	
Med barn	12,1		5,4	
Med ektefelle/samboer og barn	19,2		21,6	
Med andre	21,3		10,8	
Daglig virke				
Student	16,5		19,4	
Hjemmearbeidende/husmor *	1,3		8,3	
100 % arbeid	22,6		13,9	
50 % arbeid	7,4		0,0	
Uføretrygdet *	12,6		27,8	
Arbeidsløs	39,6		30,6	
Alder		30,92 (7,54)		29,12 (6,71)
Utdanning		4,48 (2,99)		3,56 (2,71)
Arbeid siste 12 mnd.		4,61 (4,43)		3,63 (4,18)
Symptomnivå og interpersonlig stress				
GSI		1,64 (0,66)		1,72 (0,73)
CIP		1,64 (0,52)		1,75 (0,58)

Note. Sammenligninger er utført ved en enveis ANOVA (dimensjonelle var.) eller en χ^2 test (kategorielle var.). * $p < 0.05$.

2.3 Måleinstrumenter

2.3.1 Tilknytningsstil

Tilknytningsstil ble målt med spørreskjemaet “Experiences in Close Relationship”, norsk utgave, som er en av de vanligste spørreskjemaene for å måle tilknytningsstil hos voksne (Olsson mfl., 2010). Spørreskjemaet er grundigere beskrevet i seksjon 1.1.3.4 i innledningen. Den norske utgaven av ECR ble laget av Øyvind Urnes, seksjonsoverlege ved Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål Universitetssykehus, ved å oversette til norsk, oversette tilbake til engelsk, og oversette på nytt til norsk. ECR spør i utgangspunktet etter personens tilknytningserfaringer i

forhold til partner, men i dette studiet ble man bedt om å benytte seg av den personen som sto en nærmest, dersom man ikke hadde en partner. (Olssøn mfl., 2010)

ECR er et spørreskjema som har mulighet til å måle tilknytning både som kontinuerlige dimensjoner og som kategorier. I dette studiet er det benyttet en dimensjonell måling i tråd med Cummings (1990) sine anbefalinger. Cummings oppgir tre grunner til å benytte seg av dimensjonell skåring i stedet for kategoriell: 1) Ikke alle individer kan klassifiseres i en “prototype” når det gjelder tilknytningsstil. 2) Individer som er klassifisert i samme kategori vil likevel kunne ha store forskjeller i opplevd trygghet. 3) Individer som har en tilknytningsstil i grenseland mellom kategorier vil måtte plasseres i en av dem basert på skjønn. Dimensjonell skåring vil dermed kunne redusere potensielle målefeil. Ved å bruke dimensjonell skåring i stedet for kategoriell vil man altså totalt sett øke styrken i de statistiske analysene. (Cummings, 1990)

På den andre siden har det blitt argumentert for at dimensjonell skåring av underliggende kategorielle fenomener kan være problematisk. Dersom man bruker et dimensjonelt mål på et kategorielt fenomen vil noe av variansen være spuriøs (Ravitz mfl., 2010). Det har imidlertid blitt godt demonstrert i litteraturen at tilknytningsstil, så vel som psykopatologi, er best beskrevet ved dimensjonelle mål (Scott, Levy & Pincus, 2009).

I flere studier på normalutvalg har ECR vist seg å ha en adekvat konvergerende og diskriminerende validitet, og god indre konsistens (Fraley, Fraley mfl., 2000; Sibley & Liu, 2004). I et studie der ECR ble sammenlignet med tre andre vanlige spørreskjema-baserte måter å måle tilknytning på, ble ECR funnet å være det spørreskjemaet med best psykometriske egenskaper (Fraley, Fraley mfl., 2000). Også i et norsk normalutvalg har ECR vist seg å ha gode psykometriske egenskaper (Olssøn mfl., 2010).

2.3.2 Personlighetsforstyrrelser

For å måle personlighetsforstyrrelser ble det semistrukturerte intervjuet Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-2) benyttet (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997). I et tidligere studie fra personlighetsavdelingen på Ullevål Universitetssykehus ble 24 av intervjuene tatt opp på video og skåret av en uavhengig skårer (Arnevik, 2009). Cohens Kappa var her 0,75 for unnvikende pf. og 0,66 for borderline pf., noe som indikerer en akseptabel diagnostisk inter-rater enighet ⁴.

Diagnostisering av personlighetsforstyrrelser ble gjort etter “Longitudinal, expert, all prin-

⁴Siden jeg ikke hadde mulighet for å estimere Kappa-verdier fra eget datamateriale, oppgir jeg i stedet Kappa fra et tidligere relevant studie.

ciple” (LEAD) standard (Pedersen mfl., 2013a), som beskrevet i det følgende: Ved inntak gjennomførte pasientene et SCID-2 intervju for å måle personlighetsforstyrrelser. Intervjuet ble gjennomført av en behandler ved Avdeling for personlighetspsykiatri som hadde fått grundig opplæring i metoden. Resultatet av intervjuet ble deretter drøftet på et møte med andre behandlere og sammenlignet med all annen informasjon som var tilgjengelig om pasienten, som henvisningsbrev, brev fra pasienten, og inntaksintervju. Pasientene deltok deretter i et dagbehandlingsprogram over 18 uker, der personene deltok i både individualterapi og gruppeterapi. Ved behandlingsslutt ble det gjort en ny og endelig vurdering av hvorvidt SCID-kriteriene som var satt ved behandlingsstart var riktige. Den nye vurderingen ble gjort i en gruppe med flere klinikere som hadde observert pasienten. Behandlingsprogrammet var kjennetegnet av dagbehandling som besto av en rekke forskjellige gruppeterapier (psykodynamisk, kognitiv, kunst- og kroppsbevissthetsterapi) samt individualterapi, noe som gav terapeutene inngående kunnskap om pasientene fra forskjellige kontekster. (Pedersen mfl., 2013a)

55 personer ble diagnostisert for personlighetsforstyrrelser kun ved å gjennomføre SCID-2 intervju ved inntak. Årsaken til dette var at disse pasientene deltok i et studie der terapi på dagavdeling og behandling hos privatpraktiserende psykolog ble sammenlignet. Disse pasientene ble tildelt behandling hos privatpraktiserende psykolog og det var derfor ikke mulig å gjøre diagnostisering ved hjelp av LEAD-prinsippet på disse pasientene. Disse personene er likevel inkludert i studiet på tross av større usikkerhet knyttet til diagnostiseringen av dem.

Ved bruk av SCID-2 vil man ha mulighet til å måle personlighetsforstyrrelse enten som antall diagnosekriterier eller som kategorier, hvor man i det siste tilfellet kategoriserer pasientene ut i fra om antall diagnosekriterier overstiger et gitt terskelnivå. I dette studiet benyttes antall kriterier som et mål på grad av personlighetsforstyrrelse, som gjort i en rekke andre studier (Foshati mfl., 2003; Hill mfl., 2011; Morse mfl., 2009). Dersom man i stedet hadde brukt en dikotom skåring kunne dette ha ført til tap av informasjon om individuelle forskjeller, redusert power og effektstørrelse, og ha introdusert spuriøse effekter, som diskutert i seksjon 2.3.1. Dikotomisering kunne også ha ført til at man overså ikke-lineære effekter. Til slutt var det ønskelig å kunne sammenligne resultatene med andre studier som har benyttet seg av kontinuerlige variabler. (MacCallum, Zhang & Preacher, 2002)

DSM-IV (APA, 2000b) bygger på en kategorisk forståelse av personlighetsforstyrrelser. Ved å måle personlighetsforstyrrelse med et dimensjonelt mål, har jeg fjernet meg noe fra dette. Resultatene mine vil dermed ikke kunne forstås direkte ut fra de ulike diagnosene, men må tolkes

ut i fra antakelsen om at personlighetsforstyrrelser er noe man kan ha i større eller mindre grad.

2.3.3 Bakgrunnsvariabler

I dette studiet ble det benyttet en rekke måleinstrumenter for å måle bakgrunnsvariabler som ikke inngår i selve analysene, men som er med på å danne en beskrivelse av pasientene i utvalget. For å måle akse-I lidelser ble det benyttet Mini International Neuropsychiatric Interview for Axis 1 (Sheehan mfl., 1998). Psykososial fungering ble målt med Global Assessment of Functioning (GAF) (American Psychiatric Association [APA], 2000a). Circumplex of Interpersonal problem (CIP) (Pedersen, 2002) ble brukt til å måle interpersonlige problemer. Kartlegging av symptomtrykk ble gjort med "The Symptom Checklist-90-R" (SCL-90-R) (Derogatis, 1983). Ut fra tilgjengelig datamateriale hadde jeg ikke mulighet for å undersøke reliabilitet for disse måleinstrumentene⁵.

2.3.4 Etikk

Datamaterialet i denne studien ble stilt til rådighet av Avdeling for Personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus i Oslo, og er hentet inn som en del av vanlig behandlingsrutine. Alle dataene er registrert i en anonym database og kan ikke tilbakeføres til pasienten. Pasientene har gitt skriftlig samtykke til at dataene kan brukes til forskning. Basert på disse rutineene har det ikke vært nødvendig å søke Regional komité for medisinsk forskningsetikk (Wilberg, 2013).

2.4 Analysestrategi

2.4.1 Sammenligning med normalutvalg

Første mål i studiet var todelt: a) Å undersøke hvorvidt pasientene i utvalget som helhet hadde en annerledes tilknytningsstil enn mennesker fra et normalutvalg, og b) å undersøke om pasientene i utvalget med henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf. hadde annerledes tilknytningsstil enn normalutvalget. For å undersøke dette ble dataene mine sammenlignet med data fra et nylig norsk studie (Olsson mfl., 2010), der tilknytningsstil er målt ved hjelp av ECR for en norsk normalpopulasjon. Studiet er basert på ECR-tilknytningsskårer for 437 mennesker fra Hedmark i Norge, derav 272 (62 %) kvinner, 99 personer var 30 år, 140 personer var 40 år og 198 personer var 45 år.

I utgangspunktet er det komplisert å sammenligne utvalget beskrevet i denne oppgaven med

⁵Se (Arnevik, 2009) for en mer utførlig beskrivelse av disse måleinstrumentene og for reliabilitetsmål fra et tidligere studie fra Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål Universitetssykehus.

studiet til Olssøn et. al., ettersom man i sammenligningen ikke kan kontrollere for utenforstående rivaliserende variabler. Man kan dermed ikke vite om evt. forskjeller skyldes at personene i utvalget beskrevet i denne oppgaven har personlighetsforstyrrelser eller om det er andre rivaliserende forklaringer. Dette gjør at denne sammenligningen skal tolkes med forsiktighet. Å sammenligne tilknytningsstilen i disse to utvalgene er likevel den framgangsmåten som er mulig ut fra dataene jeg har tilgjengelig, og det er interessant å gjøre en slik sammenligning, da det kan gi indikasjon på om dataene mine stemmer overrens med det man har funnet i tidligere studier.

For å se på forskjellen i tilknytningsstil mellom normalutvalget og mine utvalg ble fordelingen av tilknytnings-skårene for de to utvalgene sammenlignet. Dataene i dette studiet ble sammenfattet av histogrammer. I studiet til Olssøn var ikke originaldataene tilgjengelig, så disse ble approksimert med en trunkert normalfordeling basert på gjennomsnitt, standardavvik, minimum- og maksimumsverdi oppgitt i studien. Dette er antakeligvis en grov approksimasjon, men sannsynligvis konservativ, da en normalpopulasjon antakelig er forskjøvet mot en trygg tilknytning, med lavere verdier på tilknytningsengstelse og -unngåelse. Sammenligningen ble gjort mot hele utvalget i studier mitt, samt mot delutvalgene av pasienter med fulle diagnosekriterier for henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf.

2.4.2 Faktoranalyse

En eksplorativ faktoranalyse ble brukt for å undersøke den underliggende faktorstrukturen til måleskalaene tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse, målt med ECR-N (Olssøn mfl., 2010). Cronbachs alfa ble brukt for å evaluere den indre konsistensen til dimensjonene. Ideelt sett burde det ha blitt utført en faktoranalyse av alle 36 påstandene. Imidlertid er en vanlig konvensjon innenfor faktoranalyse at man bør ha med ti ganger så mange forsøkspersoner som antall items (Nunnally, 2010). I dette studiet hadde jeg kun 240 forsøkspersoner og det var derfor ikke mulig å gjennomføre en faktoranalyse på alle 36 påstander. Det ble derfor bestemt å utføre en faktoranalyse på de to subskalaene tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse, hver for seg. De to dimensjonene består hver for seg av 18 påstander og har i tidligere studier vist seg å være relativt uavhengige (Brennan mfl., 1998b; Olssøn mfl., 2010).

Det ville også vært ønskelig å estimere reliabilitet og utføre faktoranalyser på de andre instrumentene som var involvert i studiet. Dette var ikke mulig da datamaterialet jeg fikk tildelt ikke representerte data på itemsnivå.

2.4.3 Hierarkisk multippel regresjonsanalyse

For å undersøke hvorvidt tilknytningsengstelse og -unngåelse kan predikere trekk for unnvikende pf. og borderline pf. ble det valgt å benytte en univariat multippel regresjonsanalyse. Kjønn, alder og trekk fra andre personlighetsforstyrrelser ble innlemmet som kovariater i modellen.

2.4.3.1 Valg av kontrollvariabler Enkelte variable kan mistenkes å forårsake spuriøse sammenhenger mellom hovedvariablene, og disse ønsker jeg da å kontrollere for i analysen (Cohen, West & Aiken, 2003, s. 75-79). I mitt tilfelle vil kontrollvariable kunne identifiseres ved at de har funnet å være relatert til både personlighetsforstyrrelser og tilknytningsstil. Både borderline pf. og unnvikende pf. har vist seg å være vanligere hos kvinner enn menn innenfor psykisk helsevesen, og synkende i omfang med alder (Karterud mfl., 2010; Reich, Nduaguba & Yates, 1988). En metaanalyse av 100 studier som har benyttet selvrapporteringskjemaer for voksen tilknytning, hovedsakelig ECR Brennan mfl. (1998b), fant kjønnsavhengige forskjeller i både tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse (Del Giudice, 2011). I tillegg har det blitt funnet aldersrelaterte mønstre i tilknytningsskårer for det relaterte skjemaet ECR-R (Chopik, Edelstein & Fraley, 2013). For å undersøke om alder og kjønn skaper spuriøse sammenhenger mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelse, ble disse variablene dermed inkludert som kovariater.

Utvalget mitt besto av mennesker som hadde komorbide trekk fra mange ulike personlighetsforstyrrelser. For å undersøke hva slags *unik* effekt tilknytningsstil hadde på trekk fra henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf. ble det kontrollert for trekk fra de andre personlighetsforstyrrelsene: Borderline/unnvikende pf. (den av disse som ikke er avhengig variabel), schizotyp pf., schizoid pf., paranoid pf., antisosial pf., narcissistisk pf., histrionisk pf., avhengig pf. og tvangspreget pf. En ulempe med å kontrollere for mange variabler er at dette kan føre til ustabile regresjonskoeffisienter. En måte dette er løst på i tidligere studier er å slå sammen de forskjellige personlighetsforstyrrelsene til en fellesskåre (Lynum, Wilberg & Karterud, 2008; Wilberg mfl., 2009). Imidlertid vil en fellesskåre innebære store validitetsproblemer, der det er vanskelig å vite hva som kontrolleres for (Nunnally, 2010). Det ble derfor i dette studiet valgt å ikke slå forskjellige personlighetsforstyrrelser sammen til en sumskåre, men i stedet inkludere trekk fra ulike pf. som selvstendige variabler .

Relasjonen mellom tilknytningsstil og trekk fra henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf. ble undersøkt i følgende regresjonsmodell:

$$y' = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_6x_6 + b_7x_7 + b_8x_8 + b_9x_9 + b_{10}x_{10} + b_{11}x_{11} + b_{12}x_{12} + b_{13}x_{13} \quad (1)$$

der y' er trekk fra henholdsvis unnvikende pf. eller borderline pf.; x_1 er kjønn; x_2 er alder; x_3 er trekk fra borderline pf. eller unnvikende pf. (den av disse som ikke er avhengig variabel); x_4 er trekk fra schizotyp pf.; x_5 er trekk fra schizoid pf.; x_6 er trekk fra paranoid pf.; x_7 er trekk fra antisosial ungdom pf.; x_8 er trekk fra antisosial voksen pf.; x_9 er trekk fra narsissistisk pf.; x_{10} er trekk fra histrionisk pf.; x_{11} er trekk fra avhengig pf.; x_{12} er tilknytningsengstelse; og x_{13} er tilknytningsunnngåelse.

2.4.3.2 Hierarkisk analysestrategi Prediktorvariablene ble delt inn i blokker og testet i følgende rekkefølge, i henhold til metodologi for simultan og hierarkisk analyse av sett med uavhengige variable (Cohen mfl., 2003, s. 162-176):

Blokk 1 Kjønn og alder

Blokk 2 Trekk fra personlighetsforstyrrelsene borderline/unnvikende pf., schizotyp pf., schizoid pf., paranoid pf., antisosial ungdom pf., antisosial voksen pf., narsissistisk pf., histrionisk pf., avhengig pf. og tvangspreget pf.

Blokk 3 Tilknytningsengstelse og tilknytningsunnngåelse

I en blokkvis hierarkisk multippel regresjonsanalyse legger man inn variablene som sett (blokker) i en forutbestemt rekkefølge. Etter en blokk med variable har blitt lagt til som prediktorer utfører man en regresjonsanalyse, før neste blokk legges inn. Ved å sammenligne forklart varians fra et steg til det neste vil man kunne undersøke hvor mye variablene i den aktuelle blokken forklarer ut over det som ble forklart av variablene i forrige steg (Cohen mfl., 2003, s. 158-170). Ved å legge inn prediktorvariablene i den rekkefølgen som er beskrevet over, kunne jeg finne ut hvor stor andel av variansen som ble forklart henholdsvis av kjønn og alder (blokk 1), av komorbide trekk fra andre personlighetsforstyrrelser ut over det som ble forklart av kjønn og alder (blokk 2), og av den unike effekten av tilknytningsstil ut over det som ble forklart av kjønn, alder og komorbiditet (blokk 3). Ved å legge til tilknytningsstil i den siste blokken vil det være desto større grunn til å tro på resultatet dersom tilknytningsstil får en signifikant prediksjonseffekt. De variablene som ikke ble signifikante, ble underveis fjernet som prediktorer og innlemmet i residualen i modellen for å øke styrken til signifikanstesten.

3 Resultater

3.1 Innledende analyser

Preliminære analyser ble brukt for å undersøke nøyaktigheten av dataregistreringen, manglende verdier og hvor godt dataene passet til forutsetningene for å gjennomføre en multippel regresjonsanalyse.

Datamaterialet ble undersøkt for univariate ekstremverdier. Alle verdier var innenfor det som var mulige ut fra spørreskjemaene som ble benyttet, og det ble ikke funnet noen grunner til å tro at det var feilpunchede skårer. Det ble på bakgrunn av dette bestemt å inkludere alle verdiene i den videre analysen. Tabell 5 viser en oversikt over gjennomsnitt, standard-avvik, minimum- og maksimumverdier, skjevhet og kurthosis for alle hovedvariablene. Ingen manglende verdier ble funnet.

Tabell 5: *Fordelingsegenskaper*

Variabel	M	SD	Variasjonsbredde		Skjevhet	Kurtosis
			Potensiell	Faktisk		
Alder	30,93	7,55	-	20-56	0,76	0,09
Tilknytningsengstelse	4,46	1,29	1,00-7,00	1,11-7,00	-0,15	-0,62
Tilknytningsunnngåelse	3,52	1,26	1,00-7,00	1,22-6,94	0,15	-0,70
Unnvikende pf. trekk	2,29	1,93	0-7	0-7	0,40	-0,88
Borderline pf. trekk	4,22	2,23	0-15	0-9	-0,11	-0,68
Schizotyp pf. trekk	0,81	1,03	0-17	0-7	2,04	6,79
Schizoid pf trekk	0,35	0,69	0-7	0-3	2,25	4,94
Paranoid pf. trekk	1,54	1,55	0-8	0-7	1,04	0,77
Antisosal ungdom pf. trekk	0,87	1,79	0-15	0-15	3,76	20,57
Antisosal voksen pf. trekk	0,43	0,73	0-7	0-3	1,62	1,83
Narcissistisk pf. trekk	0,63	1,15	0-17	0-6	2,37	6,07
Histrionisk pf. trekk	0,31	0,67	0-7	0-4	2,41	6,15
Avhengig p.f trekk	1,49	1,51	0-8	0-6	1,09	0,70
Tvangspreget pf. trekk	1,23	1,36	0-9	0-7	1,17	1,38
Ønske om nærhet ^a	4,06	1,44	1,00-7,00	1,00-7,00	-0,01	-0,79
Engstelse for å bli forlatt ^a	5,10	1,31	1,00-7,00	1,14-7,00	-0,52	-0,37
Tilbaketrekning som respons på nærhet ^a	3,29	1,53	1,00-7,00	1,00-7,00	0,23	-0,91
Ukomfortabel med å dele tanker og følelser ^a	3,74	1,24	1,00-7,00	1,44-7,00	0,16	-0,69

Note. ^a Disse fire variablene er faktorer som ble funnet ut i fra faktoranalyse av tilknytningsskårene i mitt utvalg. Se seksjon 3.3.

For å vurdere om de ulike variablene var normalfordelt, ble det generert histogrammer av dem i SPSS (ikke vist i denne oppgaven). Visuell inspeksjon av histogrammene viste en tydelig positiv skjevhet på fordelingene til trekk for alle typer personlighetsforstyrrelse bortsett fra unnvikende pf. og borderline pf., dvs: Schizotyp pf., schizoid pf., paranoid pf., antisosal ungdom pf., antisosal voksen pf., narcissistisk pf., histrionisk pf., avhengig pf. og tvangspreget pf. Skjev-

het og kurtorsis var også høyere for trekk for de personlighetsforstyrrelsene der det ble registrert positivt visuell skjevhet, som forventet. I følge Bulmer (1979) er skjevhetsverdier utenfor ± 1 , som en tommelfingerregel, å anses som å representere høy skjevhet. Med unntak av unnvikende pf. og borderline pf., viste alle variablene for trekk av personlighetsforstyrrelser skjevhetsverdier utenfor ± 1 . Ettersom mer normalfordelte variabler ofte gir bedre tilpasset regresjonsmodell, ble det valgt å logtransformere trekk for alle personlighetsforstyrrelser bortsett fra for unnvikende pf. og borderline pf. Tabell 6 viser forbedret skjevhet- og kurtorsisverdier for disse variablene etter transformasjonen.

Ved hjelp av Mhalanobis distanse (Cohen mfl., 2003) ble ett tilfelle av multippel uteligger identifisert, med $p < 0,001$. Inspeksjon av dataene viste at dette tilfellet hadde blitt skåret til 0,00 på svært mange variabler. Det så dermed ut å skyldes feilpunching. Av den grunn ble dette tilfellet slettet fra analysen, slik at utvalgsstørrelsen ble redusert til 240.

Tabell 7 viser bivariante korrelasjoner mellom de forskjellige hovedvariablene i studiet⁶. Signifikante sammenhenger er angitt.

3.2 Sammenligning med normalutvalg

Tilknytningsskårene i dette studiet ble sammenlignet med data fra et norsk normalutvalg (Olsson mfl., 2010) både for hele studiet (alle personlighetsforstyrrelser), og for undergruppene bestående av alle pasienter med fulle diagnosekriterier for henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf. Resultatene er vist i figur 2.

De ulike subfigurene i figur 2 viser generelt en forskyvning mot høyere tilknytningsunngåelse og høyere tilknytningsengstelse sammenlignet med approksimasjonen fra normalutvalget. Forskyvningen mot høyere verdier av tilknytningsengstelse er merkbart større enn tilsvarende forskyvning mot høyere tilknytningsunngåelse, noe som kan tyde på at tilknytningsengstelse er et klarere kjennetegn på personer med personlighetsforstyrrelse. Det er også verdt å merke seg at det er nesten ingen i utvalget som har helt lave verdier av tilknytningsengstelse.

Når det gjelder sammenligningen av unnvikende pf. og borderline pf. er det en tydelig forskyvning mot høyere tilknytningsengstelse hos pasienter med borderline pf. sammenlignet med pasienter med unnvikende pf.. På samme måte kan man se en tydelig forskjell i tilknytningsunngåelse, der personer med unnvikende pf. skårer noe høyere enn personer med borderline pf.

⁶Tabellen inkluderer 4 nye faktorer som vil bli introdusert i seksjon 3.3

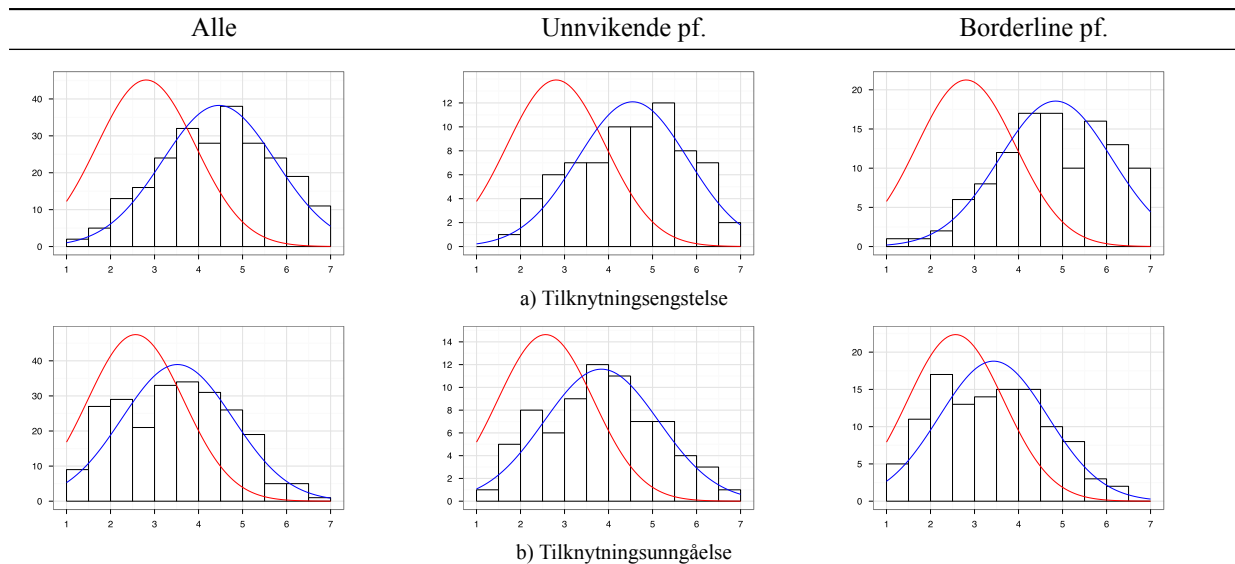
Tabell 6: Verdier for skjevhet og kurtosis for diagnosevariablene før og etter logtransformering

Variabel	Skjevhet		Kurtosis	
	Før	Etter	Før	Etter
Schizotyp pf. trekk	2,04	0,58	6,79	-0,52
Scizoid pf. trekk	2,25	1,60	4,94	1,36
Paranoid pf. trekk	1,04	0,09	0,77	-1,21
Antisosal ungdom pf. trekk	3,76	1,42	20,57	1,17
Antisosal voksen pf. trekk	1,62	1,19	1,83	-0,09
Narcissistisk pf. trekk	2,37	1,32	6,07	0,69
Histrionisk pf. trekk	2,41	1,79	6,15	1,91
Avhengig pf. trekk	1,09	0,12	0,70	-1,10
Tvangspreget pf. trekk	1,17	0,24	1,38	-1,23

Tabell 7: Bivariate korrelasjoner mellom alle hovedvariabler

Variabel	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	
1. Kjønn	-0,203**	-0,059	0,250**	0,012	-0,018	-0,089	0,020	-0,048	-0,170**	0,096	0,052	-0,070	0,156*	-0,011	0,140*	0,151*	0,015	-0,040	
2. Alder	-0,035	-0,068	-0,253**	-0,062	-0,006	-0,068	-0,197**	-0,110	-0,129*	-0,024	-0,065	-0,002	-0,132*	-0,046	-0,124	-0,120	-0,070	-0,006	
3. Unnvikende pf. trekk		0,148*	0,263**	0,129*	0,129*	0,061	-0,073	-0,117	-0,117	-0,088	0,090	-0,135*	0,028	0,236**	-0,011	0,091	0,178*	0,261**	
4. Borderline pf. trekk		0,187**	-0,025	-0,062	-0,062	0,237**	0,221**	0,060	0,192**	0,192**	0,163*	0,091	0,302**	-0,075	0,279**	0,279**	-0,004	-0,148*	
5. Schizotyp pf. trekk		0,382**	0,285**	0,111	0,043	0,382**	-0,004	0,111	0,048	0,111	-0,075	0,004	0,007	0,167**	0,026	-0,026	0,154*	0,148*	
6. Schizoid pf. trekk		0,066	0,066	0,136*	0,136*	0,066	-0,001	0,136*	0,150*	0,040	-0,043	0,007	-0,198**	0,175**	-0,135*	-0,268**	0,146*	0,176**	
7. Paranoid pf. trekk			0,199**	0,156*	0,156*	0,199**	0,199**	0,156*	0,189**	0,052	-0,094	0,254**	0,128*	0,131*	0,162*	0,043	0,167**	0,061	
8. Antisosal ungdom pf. trekk				0,315**	0,315**	0,315**	0,315**	0,315**	0,274**	0,246**	0,005	0,102	0,027	0,058	0,025	0,024	0,077	0,023	
9. Antisosal voksen pf. trekk									0,225**	0,225**	-0,056	-0,013	-0,044	0,074	-0,026	-0,067	0,110	0,015	
10. Narcissistisk pf. trekk										0,289**	0,008	0,254**	0,033	-0,005	0,054	-0,010	0,070	-0,096	
11. Histrionisk pf. trekk											0,184**	0,077	0,116	-0,056	0,086	0,145*	-0,009	-0,101	
12. Avhengig pf. trekk												0,054	0,240**	-0,065	0,181**	0,293**	-0,057	-0,061	
13. Tvangspreget pf. trekk													-0,072	-0,122	-0,023	-0,143*	-0,086	-0,141*	
14. Tilknyningsengstelse														0,042	0,959**	0,869**	0,156*	-0,108	
15. Tilknyningsunnngåelse															0,100	-0,067	0,927**	0,889**	
16. Ønske om nærhet																0,693**	0,209**	-0,055	
17. Engstelse for å bli forlatt																	0,033	-0,177**	
18. Tribaketreking som respons på nærhet																		0,652*	
19. Ukomfortabel med å dele tanker og følelser																			19.

Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.



Figur 2: Sammenligning av tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse hos forskjellige grupper pasienter med personlighetsforstyrrelse opp mot en normalpopulasjon. Histogrammet viser antall pasienter med respektive skårer. Den blå kurven er en approksimasjon av mitt utvalg ved en trunkert normalfordeling basert på gjennomsnitt, standardavvik, minimum- og maksimumverdi. Tilsvarende viser den røde kurven en approksimasjon av utvalget i (Olsson mfl., 2010), også den ved en trunkert normalfordeling.

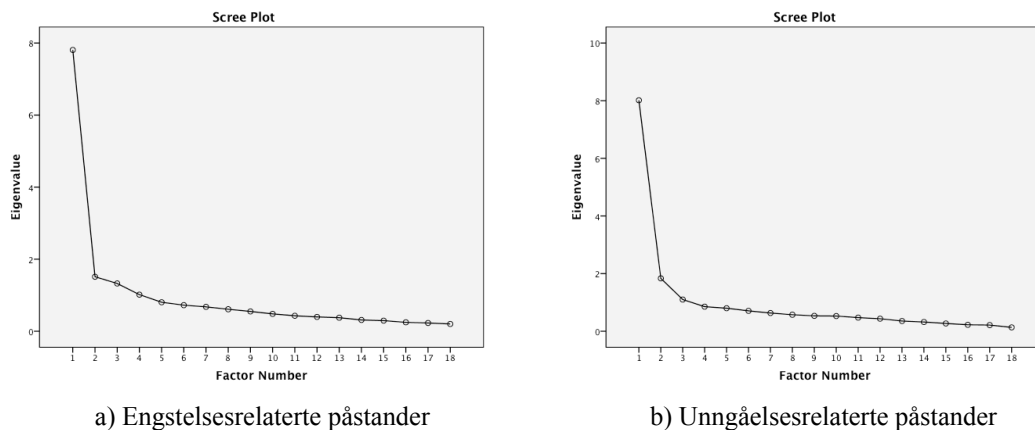
Som svar på problemstilling 1 har jeg funnet at mitt utvalg av pasienter med personlighetsforstyrrelse, både når det gjelder hele utvalget og kun de som er diagnostisert med henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf., skiller seg fra et normalutvalg ved høyere tilknytningsunngåelse og tilknytningsengstelse. Ut i fra mine data virker det som om det er tilknytningsengstelse, av de to tilknytningsdimensjonene, som klart skiller pasienter med personlighetsforstyrrelser fra normalutvalg. Det er også verdt å merke seg at disse slutningene bygger på en visuell inspeksjon av datamaterialet, og at dette ikke behøver å bety at det er en statistisk signifikant forskjell i tilknytningsstil mellom pasientene med personlighetsforstyrrelser og normalutvalget.

3.3 Faktoranalyse av tilknytningskårene

3.3.1 Tilknytningsengstelse

Eksplorativ faktoranalyse (med metoden Principal axis factoring med oblik rotasjon) ble brukt for å undersøke den underliggende faktorstrukturen til tilknytningsengstelse-skalaen. Det ble valgt å benytte Cattells scree-test (Cattell, 1966) for å vurdere hvor mange faktorer som skulle ekstraheres. Scree-plottet for faktoranalysen er vist i figur 3.

I følge Cattell (1966) finnes det ingen absolutt test til å vurdere antall faktorer; man bør derfor undersøke forskjellige faktorløsninger rundt bruddet på scree-testen. Ut i fra scree-plottet for engstelseskalaen (figur 3) er det ikke klart om det bør ekstraheres en eller to faktorer. Det



Figur 3: Scree plott for faktoranalyse av ECR-N.

ble derfor valgt å se på både en enfaktorløsning og en tofaktorløsning videre. Enfaktorløsningen, altså dimensjonen tilknytningsengstelse, hadde en Cronbachs alpha på 0,92. En tofaktorløsning ble vurdert ut i fra meningsfyllden av faktorladningene i en oblik rotert «principal axis» løsning. Faktorladninger for hver enkelt påstand i ECR-N basert på faktoranalysen er vist i figur 8. De to underfaktorene som oppsto for tilknytningsengstelse ble tolket som psykologisk meningsfulle:

Faktor 1 inneholdt påstander som ladet høyt angående ønske om mer nærhet og negative følelser knyttet til at partner ikke ønsket like mye nærhet. Denne faktoren ble kalt “ønske om nærhet”.

Faktor 2 viste høye ladninger av påstander som dreide seg om engstelse for å bli forlatt. Denne variabelen ble derfor kalt nettopp “engstelse for å bli forlatt”.

De to underfaktorene av tilknytningsengstelse, “ønske om nærhet” og “engstelse for å bli forlatt”, viste en korrelasjon på 0,69 (se tabell 7), noe som tilsier at de to faktorene ikke er identiske. Faktoren “ønske om nærhet” hadde en Cronbachs alfa på 0,90, mens “engstelse for å bli forlatt” hadde en Cronbachs alpha på 0,83. At de nye faktorene både gir teoretisk mening og har god indre konsistens gjør at det er en mulighet for at tilknytningsengstelse kan tolkes som bestående av to underfaktorer.

3.3.2 Tilknytningsunngåelse

En tilsvarende faktoranalyse ble også utført for tilknytningsunngåelse. Scree-testen (figur 3) viste at det også i dette tilfellet var tvetydig om skalaen besto av en eller to faktorer. Det ble derfor også her vurdert en tofaktorløsning i tillegg til enfaktorløsningen.

Tabell 8: Faktorstruktur for tilknytningsstil til 240 pasienter med personlighetsforstyrrelser, målt ved ECR-N skjemaet.

Påstand	E1	E2	U1	U2
E1: Ønske om nærhet				
12. Jeg ønsker ofte å være helt sammensmeltet med min kjæreste, og det skremmer ... noen ganger bort	0,809	-0,139		
26. Jeg erfarer at min partner ikke ønsker å være like nær som jeg ønsker	0,804	-0,194		
20. I blant føler jeg at jeg tvinger partneren min til å vise mer følelser eller engasjement	0,772	-0,060		
16. Mitt behov for å være veldig nær kan av og til skremme folk bort	0,727	0,006		
30. Jeg blir frustrert når partneren min ikke er så mye til stede som jeg ønsker	0,566	0,164		
6. Jeg bekymrer meg over at min kjæreste ikke bryr seg like mye om meg som jeg bryr meg om ham/henne	0,562	0,225		
24. Hvis jeg ikke får partneren min til å vise interesse for meg, blir jeg opprørt eller sint	0,534	0,098		
36. Jeg tar det ille opp når partneren min tilbringer tid borte fra meg	0,531	0,167		
10. Jeg ønsker ofte at min partners følelser for meg var like sterke som mine for ham/henne	0,521	0,221		
4. Jeg bekymrer meg mye over mine kjæresteforhold	0,451	0,266		
32. Jeg blir frustrert hvis kjæresten min ikke er tilgjengelig når jeg trenger det	0,403	0,256		
E2: Engstelse for å bli forlatt.				
22. Jeg bekymrer meg ikke så ofte over å bli forlatt *	-0,144	0,892		
2. Jeg bekymrer meg for å bli forlatt	-0,090	0,871		
8. Jeg bekymrer meg en god del over å miste min partner	0,125	0,690		
14. Jeg bekymrer meg for å være alene	-0,042	0,672		
18. Jeg trenger mange forsikringer fra partneren min om at jeg er elsket	0,344	0,405		
28. Når jeg ikke er involvert i et forhold, føler jeg meg noe engstelig og usikker	0,197	0,314		
34. Når kjæresten min misliker noe ved meg, føler jeg meg elendig	0,223	0,251		
U1: Tilbaketrekning som respons på nærhet.				
7. Jeg blir urolig når en kjæreste ønsker å komme svært nær meg			0,915	-0,063
5. Akkurat når partneren min begynner å komme nær meg, merker jeg at trekker jeg meg unna			0,888	-0,037
11. Jeg ønsker å komme nær min partner, men jeg trekker meg stadig unna			0,875	-0,126
13. Jeg blir nervøs når min partner kommer for nær meg			0,826	-0,003
17. Jeg forsøker å unngå å komme for nær partneren min			0,757	0,061
23. Jeg foretrekker å ikke være for nær min kjæreste			0,631	0,105
21. Jeg synes det er vanskelig å tillate meg å være avhengig av en kjæreste			0,556	0,010
9. Jeg føler meg ikke vel når jeg skal åpne meg for en kjæreste			0,476	0,397
3. Jeg har det godt med å være følelsesmessig nær min kjæreste *			0,386	0,227
U2: Ukomfortabel med å dele tanker og følelser.				
27. Jeg diskuterer vanligvis mine problemer og bekymringer med partneren min *			-0,075	0,856
25. Jeg forteller partneren min nesten alt *			-0,021	0,784
35. Jeg søker partneren min for mange ting, inkludert det å få trøst og beroligelse *			-0,006	0,779
33. Det hjelper å gå til partneren min når jeg har det vanskelig *			-0,052	0,708
31. Jeg har ikke noe i mot å be kjæresten min om trøst, råd eller hjelp *			0,079	0,570
15. Jeg føler meg komfortabel når jeg deler mine private tanker og følelser med min partner *			0,004	0,558
1. Jeg foretrekker å ikke vise en partner hvordan jeg føler meg innerst inne			0,321	0,421
19. Jeg synes det er relativt lett å komme nær partneren min *			0,231	0,309
29. Jeg føler meg komfortabel med å være avhengig av en kjæreste *			0,016	0,252

Note. Faktorladninger for hver enkelt påstand i ECR-N, basert på utført faktoranalyse. Faktoranalysen ble utført ved Principal Axis Factoring, rotert ved Promax med Kaiser normalisering. Roteringen konvergente etter 3 iterasjoner. * Reversert påstand.

Enfaktorløsningen ble funnet å ha en Cronbachs alpha på 0,92. Det ble utført en oblik rotasjon av tofaktorløsningen, og resultatet er vist i figur 8. Disse to underfaktorene av tilknytningsunngåelse ble tolket som psykologisk meningsfulle:

Faktor 1 inneholdt spørsmål som omhandlet uro og nervøsitet når partner kom nære og tilbaketrekning fra partner i slike situasjoner. Denne faktoren ble derfor kalt “tilbaketrekning som respons på nærhet”.

Faktor 2 inngikk i den andre faktoren var stort sett positive påstander om trygghet og komfortabelhet med å dele tanker og følelser med partner. Da disse påstandene var reverserte, ble faktoren kalt “ukomfortabel med å dele tanker og følelser”.

På den annen side kan denne tofaktorstrukturen tolkes som en metodeeffekt, på basis av at den andre underfaktoren primært inneholdt påstander som var reverserte. Dette vil bli mer utfyllende beskrevet i seksjon ?? i diskusjonen.

Korrelasjonen mellom de to nye faktorene var på 0,65, noe som tilsier at de ikke er identiske. Cronbachs alfa på “tilbaketrekning som respons på nærhet” var på 0,92 mens Cronbachs alfa på “ukomfortabel med å dele tanker og følelser” var på 0,84. Også når det gjelder tilknytningsunngåelse kan teoretisk meningsfullhet og god indre konsistens åpne opp for å tolke denne dimensjonen som bestående av to underfaktorer.

For å ytterligere undersøke om det var to eller fire tilknytningsfaktorer ble det bestemt å utføre regresjonsanalyser både med de to opprinnelige faktorene, tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse og de fire nye faktorene ”ønske om nærhet”, engstelse for å bli forlatt”, “tilbaketrekning som respons på nærhet” og “ukomfortabel med å dele tanker og følelser”. Tolkningen av resultatene fra regresjonsanalysen kan bidra til å belyse hvorvidt en firefaktorløsning får frem mer meningsfull informasjon om fenomenet.

Som svar på problemstilling 2 har jeg funnet støtte både for en faktorstruktur med to faktorer, tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse, i tråd med tidligere litteratur (Brennan mfl., 1998b; Olsson mfl., 2010), men også for en faktorstruktur med fire faktorer, bestående av to underfaktorer for hver av de to originale faktorene.

3.4 Hierarkisk multippel regresjon

3.4.1 Kan tilknytningsstil predikere unnvikende personlighetsforstyrrelse?

Resultatene fra den hierarkiske regresjonsanalyse med trekk fra unnvikende pf. som avhengig variabel er fremstilt i tabell 9. Tabellen viser regresjonsstegene i sin endelige form etter at ikke-signifikante kovariater har blitt fjernet som prediktorer og innlemmet i residualen i modellen. Multikollinearitet kan påvirke regresjonsanalyser i stor grad, og bør dermed unngås. Variance Inflation Factor (VIF) er en indeks som måler hvor mye variansen til en regresjonskoeffisient øker på grunn av kolaritet (Cohen mfl., 2003, s. 423-425). En tommelfingerregel sier at VIF-verdier over 10 viser alvorlig multikolaritet (Cohen mfl., 2003)(**ibid.**). I denne regresjonsanalysen ble multikollinearitet vurdert ved hjelp av Variance Inflation Factor (VIF) og funnet å være innenfor akseptable verdier.

I steg 1 av regresjonsanalysen ble ingen av variablene kjønn og alder funnet signifikant på et $p < 0,05$ nivå. Det ble med andre ord ikke funnet noen subgruppeneffekter, og de to variablene ble fjernet som prediktorer i modellen for å øke styrke på signifikanstesten.

I steg 2 bidro trekk fra andre personlighetsforstyrrelser til å forklare 15,7 % av variansen i unnvikende pf. trekk, noe som viser at det er viktig å kontrollere for andre personlighetsforstyrrelser. Trekk fra unnvikende pf. ble funnet å være positivt predikert av schizotyp pf. ($\beta=0,325$, $p < 0,01$) og avhengig pf. ($\beta=0,172$, $p < 0,01$). Trekk fra borderline pf. ($\beta=-0,144$, $p < 0,01$) og narsissistisk pf. ($\beta=-0,177$, $p < 0,01$) ble derimot funnet å predikere i negativ retning. Trekk fra følgende personlighetsforstyrrelser hadde ikke signifikante effekter, og ble dermed utelukket som prediktorer i modellen: schizoid pf., paranoid pf., antisosial ungdom pf. antisosial voksen pf., histrionisk pf. og tvangspreget pf.

I steg 3A ble det funnet at tilknytningsunngåelse hadde et unikt, men relativt beskjedent bidrag til å forklare variansen i unnvikende pf. trekk etter at effekten av kjønn, alder og trekk fra andre personlighetsforstyrrelser var fjernet som prediktorer ($\beta=0,174$, $p < 0,01$, forklart varians: 2,9%). Tilknytningsengstelse ble derimot ikke funnet å ha signifikant effekt på trekk fra unnvikende pf. og ble derfor utelukket som prediktor i den endelige modellen.

En alternativ regresjonsmodell, steg 3B, ble også analysert. I denne modellen ble "tilknytningsengstelse" erstattet av de to nye faktorene "ønske om nærhet" og "engstelse for å bli forlatt", mens "tilknytningsunngåelse" ble erstattet av faktorene "tilbaketrekning som respons på nærhet" og "ukomfortabel med å dele tanker og følelser" (se seksjon 3.3).

Tabell 9: Hierarkisk regresjonsanalyse som predikerer unnvikende pf. trekk basert på tilknytningstil, kontrollert for kjønn, alder, og trekk fra andre personlighetsforstyrrelser

Variabel	Unnvikende pf. trekk			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3A	Modell 3B
Steg 1				
Kjønn
Alder
Steg 2				
Borderline pf. trekk		-0,144*	-0,132*	-0,149*
Schizotyp pf. trekk (log.)		0,325**	0,292**	0,287**
Schizoid pf. trekk (log.)		.	.	.
Paranoid pf. trekk (log.)		.	.	.
Antisosal ungdom pf. trekk (log.)		.	.	.
Antisosal voksen pf. trekk (log.)		.	.	.
Narsissistisk pf. trekk (log.)		-0,177**	-0,167**	-0,147*
Histrionisk pf. trekk (log.)		.	.	.
Avhengig pf. trekk (log.)		0,172**	0,174**	0,140*
Tvangspreget pf. trekk (log.)		.	.	.
Steg 3A ^a				
Tilknytningsengstelse			.	
Tilknytningsunnngåelse			0,174**	
Steg 3B ^a				
Ønske om nærhet				.
Engstelse for å bli forlatt				0,136*
Tilbaketrekning som respons på nærhet				.
Ukomfortabel med å dele tanker og følelser				0,203**
<hr/>				
R^2		0,157	0,186	0,204
ΔR^2			0,029 ^b	0,047 ^b
<hr/>				
F		10,974**	10,728**	9,979**
ΔF			8,367** ^b	6,889** ^b

Note. Estimaten i tabellen er standardiserte regresjonskoeffisienter. R^2 er multipl korrelasjon kvadrert. ΔR^2 er endring i R^2 mellom modellene. F er mellom-gruppe varians delt på innen-gruppe varians. ΔF er endring i F mellom modellene. Variabler som ikke er avmerket med verdier har blitt fjernet som prediktorer da de ikke ble funnet signifikante.

^a Modell 3A har med seg de opprinnelige to tilknytningsvariablene. Disse er i modell 3B erstattet med en fire-faktormodell, der “ønske om nærhet” og “engstelse for å bli forlatt” er underfaktorer av tilknytningsengstelse, mens “tilbaketrekning som respons på nærhet” og “ukomfortabel med å dele tanker og følelser” er underfaktorer av tilknytningsunnngåelse. ^b Sammenlignet med modell 2. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

I den alternative modellen 3B bidro faktorene “engstelse for å bli forlatt” og “ukomfortabel med å dele tanker og følelser” til sammen med å forklare 4,7 % av variansen, noe som er betraktelig høyere enn forklart varians for tilknytningsunnngåelse i modell 3A (2,9 %). Dette viser at det å dele hver av de to tilknytningsvariablene opp i to underfaktorer er nyttig for å få frem mer informasjon om sammenhengen mellom tilknytningstil og unnvikende pf.

I den endelige modellen, modell 3B, hadde “engstelse for å bli forlatt” et unikt bidrag til å forklare unnvikende pf. trekk ($\beta = 0,136$, $p < 0,05$.) Dette er et interessant funn fordi det i modell 3A ikke ble funnet en signifikant sammenheng mellom tilknytningsengstelse og unnvikende pf.

trekk. Dette kan tyde på at den underliggende sammenhengen kan ha blitt maskert av den andre underfaktoren av tilknytningsengstelse: “Ønske om nærhet”. Skåren for tilknytningsengstelse regnes ut ved å ta gjennomsnitt over alle de 18 relaterte påstandene. Dersom påstandene som er relatert til de to underfaktorene forskyves i hver sin retning, vil det være umulig å se dette dersom man bare ser på tilknytningsengstelsesskåren. Før faktoren “ønske om nærhet” ble fjernet som prediktor fra den endelige modellen, ble den funnet å ha en β på $-0,153$ ($p = 0,075$), mens “engstelse for å bli forlatt” hadde en β på $0,235$ ($p < 0,01$). Etersom regresjonskoeffisientene har motsatt fortegn kan det se ut som om de to faktorene, i modell 3A, har motvirket hverandre og dekket over en interessant sammenheng i datamaterialet.

Å dele tilknytningsunnngåelse i to faktorer var med på å nyansere funnet om at tilknytningsunnngåelse var knyttet til trekk fra unnvikende pf. Den nye regresjonsanalysen viste at subfaktoren “ukomfortabel med å dele tanker og følelser” var i stand til å predikere trekk for unnvikende pf. ($\beta=0,203$, $p<0,05$), men at “tilbaketrekning som respons på nærhet” derimot ikke hadde noen signifikant sammenheng med unnvikende pf. trekk. Det å ta i bruk de to underfaktorene av tilknytningsunnngåelse var altså med på å presisere at sammenhengen mellom tilknytningsunnngåelse og unnvikende pf. i større grad skyldtes underfaktoren “ukomfortable med å dele tanker og følelser”. Funnene fra modell 3B understreker at det vil være viktig å undersøke faktorstrukturen i utvalg med personlighetsforstyrrelser for å belyse mer komplekse sammenhenger med tilknytningsstil.

Som svar på problemstilling 3 kan jeg foreløpig konkludere med at tilknytningsunnngåelse kan brukes til i å differensiere trekk fra unnvikende pf. fra andre personlighetsforstyrrelse i noen grad. Kombinasjonen av faktorene “engstelse for å bli forlatt” og “ukomfortabel med å dele tanker og følelser” kan også brukes til å differensiere trekk fra unnvikende pf. fra andre personlighetsforstyrrelser, med noe større prediksjonseffekt.

3.4.2 Kan tilknytningsstil predikere borderline personlighetsforstyrrelse?

En tilsvarende univariat hierarkisk multippel regresjonsanalyse ble utført for å belyse sammenhengene mellom tilknytningsstil og trekk fra borderline pf. Resultatene fra den endelige regresjonsmodellen er vist i tabell 10. Multikollinearitet ble også her vurdert ved Variance Inflation Factor (VIF) og funnet å være innenfor akseptable verdier.

I motsetning til hos unnvikende pf. viste kovariatene kjønn og alder seg å ha signifikant sammenheng med trekk fra borderline pf. Denne sammenhengen var i forventet retning, ved

Tabell 10: Hierarkisk regresjonsanalyse som predikerer borderline pf. trekk basert på tilknytningstil, kontrollert for kjønn, alder, og trekk fra andre personlighetsforstyrrelser

Variabel	Borderline pf. trekk			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3A	Modell 3B
Steg 1				
Kjønn	0,207**	0,219**	0,190**	0,192**
Alder	-0,211**	-0,144*	-0,124*	-0,128*
Steg 2				
Unnvikende pf. trekk		-0,154**	-0,149**	-0,164**
Schizotyp pf. trekk (log.)		.	.	.
Schizoid pf. trekk (log.)		.	.	.
Paranoid pf. trekk (log.)		0,189**	0,155**	0,174**
Antisosal ungdom pf. trekk (log.)		0,169**	0,169**	0,165**
Antisosal voksen pf. trekk (log.)		0,133*	0,152*	0,150*
Narsissistisk pf. trekk (log.)		.	.	.
Histrionisk pf. trekk (log.)		.	.	.
Avhengig pf. trekk (log.)		0,172**	0,127*	0,116*
Tvangspreget pf. trekk (log.)		.	.	.
Steg 3A ^a				
Tilknytningsengstelse			0,223**	
Tilknytningsunnngåelse			.	
Steg 3B ^a				
Ønske om nærhet				.
Engstelse for å bli forlatt				0,218**
Tilbaketrekning som respons på nærhet				.
Ukomfortabel med å dele tanker og følelser				.
R^2	0,105	0,255	0,3	0,297
ΔR^2		0,15	0,045 ^a	0,042 ^b
F	13,930**	11,354**	12,369**	12,218**
ΔF		9,343**	14,762** ^b	13,857** ^b

Note. Estimaten i tabellen er standardiserte regresjonskoeffisienter. R^2 er multiplert korrelasjon kvadrert. ΔR^2 er endring i R^2 mellom modellene. F er mellom-gruppe varians delt på innen-gruppe varians. ΔF er endring i F mellom modellene. Variabler som ikke er avmerket med verdier har blitt fjernet som prediktorer da de ikke ble funnet signifikante.

^a Modell 3A har med seg de opprinnelige to tilknytningsvariablene. Disse er i modell 3B erstattet med en fire-faktormodell, der "ønske om nærhet" og "engstelse for å bli forlatt" er underfaktorer av tilknytningsengstelse, mens "tilbaketrekning som respons på nærhet" og "ukomfortabel med å dele tanker og følelser" er underfaktorer av tilknytningsunnngåelse. ^b Sammenlignet med modell 2. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

at trekk fra borderline pf. var vanligere hos kvinner ($\beta = 0,207$, $p < 0,01$) og ble redusert med alderen ($\beta = -0,211$, $p < 0,01$). Til sammen forklarte kjønn og alder 10,5 % av variansen.

I steg 2 ble det funnet at trekk fra unnvikende pf. hadde en negativ og signifikant sammenheng ($\beta = -0,154$, $p < 0,01$) på borderline pf. trekk. Positive sammenhenger ble funnet med trekk fra paranoid pf. ($\beta = 0,189$, $p < 0,01$), avhengig pf. ($0,172$, $p < 0,01$), samt trekk fra antisosal pf., delt inn i ungdom ($\beta = 0,169$, $p < 0,01$) og voksen ($\beta = 0,133$, $p < 0,05$). I utvalget mitt kan det dermed se ut som om borderline pf. og unnvikende pf. tenderer å klustre med ulike grupper av andre personlighetsforstyrrelser. Til sammen kunne trekk fra andre personlighetsforstyrrel-

ser forklare 15 % av variansen. Følgende variabler var ikke signifikante på et $p < 0,05$ nivå, og var utelatt som prediktorer i den endelige modellen: schizotyp pf., schizoid pf., narsisistisk pf., histrionisk pf. og tvangspreget pf.

Tilknytningsunngåelse var ikke i stand til å predikere trekk fra borderline pf. og ble utelatt som prediktor i modell 3A. Derimot ble det funnet at tilknytningsengstelse hadde positiv og signifikant sammenheng ($\beta = 0,223$, $p < 0,01$) etter at effekten som skyldes kjønn, alder og andre personlighetsforstyrrelser var fjernet som prediktorer. Tilknytningsengstelse alene forklarte 4,5 % av variansen.

En alternativ regresjonsanalyse (modell 3B) ble gjennomført der “tilknytningsengstelse” ble erstattet av faktorene “ønske om nærhet” og “engstelse for å bli forlatt”, mens “tilknytningsunngåelse” ble erstattet av “tilbaketrekning som respons på nærhet” og “ukomfortabel med å dele tanker og følelser”.

De fire nye faktorene forklarte til sammen 5,4 % av variansen i modell 3B, og $\Delta F(4, 228) = 4,495$ for overgangen fra modell 2 til modell 3B var signifikant ($p < 0,01$). På tross av dette var ingen av de fire faktorene signifikante hver for seg. Som beskrevet av (Cohen mfl., 2003, s. 170) er ikke dette et uvanlig fenomen. En mulig forklaring på denne situasjonen kunne vært multikolaritet, men VIF-verdier viste ingen tegn til dette. For å finne ut hvilke av variablene som bidro til den overordnede signifikansen ble det bestemt å utføre en “stepwise” multipl regressjon i steg 3B. I en “stepwise” regressjon blir en og en variabel enten lagt til eller fjernet som prediktor etter en på forhånd spesifisert regel (Cohen mfl., 2003, s. 161-162). Jeg brukte regelen som er satt som default i SPSS, som er basert på inkludering og ekskludering av variable basert på p-verdien til F statistikken (inkludering: $p \leq 0,05$; ekskludering: $p \geq 0,1$). “Stepwise” regresjon ble valgt fordi jeg her, i motsetning til resten av de hierarkiske regresjonsanalysene, ikke hadde noe teoretisk rasjonale for å bestemme i hvilken rekkefølge de fire faktorene skulle legges inn som prediktorer. Det må her understrekes at dette er en høyst eksplorerende prosedyre som bør etterprøves av fremtidig forskning. Ved bruk av denne fremgangsmåten endte jeg opp med at kun en av de fire faktorene ble signifikante, nemlig “engstelse for å bli forlatt” ($\beta = 0,218$, $p < 0,01$). Å legge til denne variabelen forklarte 4,2 % av variansen (se tabell 10). Ved å dele de originale tilknytningsdimensjonene opp i underfaktorer presiserte jeg altså at sammenhengen mellom tilknytningsengstelse og borderline pf., som ble funnet ved bruk av modell 3A, spesielt skyldtes faktoren “engstelse for å bli forlatt”.

Som svar på problemstilling 3 har jeg funnet at tilknytningsengstelse kan differensiere trekk

fra borderline pf. fra andre personlighetsforstyrrelser. Basert på firefaktorstrukturen har jeg også funnet at underfaktoren “engstelse for å bli forlatt” kan differensiere trekk fra borderline pf. Både unnvikende pf. og borderline pf. har en signifikant sammenheng med “engstelse for å bli forlatt”, kontrollert for kjønn, alder, og andre personlighetsforstyrrelser, men skiller seg fra hverandre ved at trekk fra unnvikende pf. kan predikeres av tilknytningsunnngåelse, og spesielt “ukomfortabel med å dele tanker og følelser”.

4 Diskusjon

Dette studiet var basert på et datamateriale på pasienter som ble henvist til Avdeling for personlighetspsykiatri på Ullevål Universitetssykehus, i perioden 2006-2010. Hensikten med studiet var å undersøke mønstre av relasjoner mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser, spesifikt unnvikende pf. og borderline pf.

Denne diskusjonen vil starte med å ta for seg sammenligningen av mitt utvalg med et normalutvalg, før den vil diskutere faktoranalysen. Deretter vil resultatene fra regresjonsanalysene diskuteres opp mot teori og tidligere studier. Etter dette kommer en diskusjon om styrker og svakheter med måten studiet måler personlighetsforstyrrelse på. Til slutt vil jeg ta opp svakheter med mitt studie og implikasjoner for klinisk praksis.

4.1 Sammenligning med normalutvalg

I dette studiet undersøkte jeg hvorvidt pasientene i utvalget, som nesten utelukkende besto av pasienter med personlighetsforstyrrelser, skilte seg fra et normalutvalg (Olssøn mfl., 2010) med hensyn på tilknytningsstil. Jeg fant at verdiene for tilknytningsengstelse skilte mitt utvalg markant fra et normalutvalg. Tilknytningsunnngåelse var også høyere enn i normalutvalget, men ikke like markert. For undergruppene av pasienter med unnvikende pf. og borderline pf. var resultatene tilsvarende, men med en tendens mot høyere tilknytningsengstelse for borderlinepasientene og høyere tilknytningsunnngåelse for pasientene med unngående pf., sammenlignet med hele utvalget.

Det alternative diagnosesystemet for personlighetsforstyrrelser i DSM-5 (APA, 2013) baserer seg på en forståelse av svekkelser i selv- og interpersonlig fungering som sentralt for alle personlighetsforstyrrelser. Ut i fra dette er det naturlig å forvente høyere grad av utrygg tilknytning hos mennesker med personlighetsforstyrrelser. Mine resultater bekrefter dette, og dermed grunnlaget for den videre analyse og diskusjonen. På ett plan er dette imidlertid å slå inn åpne

dører. Mange tidligere studier har vist en betydelig vridning mot utrygg tilknytning i kliniske utvalg pasienter med personlighetsforstyrrelser sammenlignet med normalutvalg (f.eks. Brennan & Shaver, 1998).

Sammenligningen med normalutvalg har imidlertid gitt meg informasjon på to viktige områder. For det første gir sammenligningen informasjon om det relative forholdet mellom to måter tilknytningsstil kan differensiere på: Mellom mitt utvalg og et normalutvalg, og personlighetsforstyrrelsene seg i mellom. Det er tydelig fra figur 2 at tilknytningsstil mye klarere kan differensierer mitt utvalg av pasienter med personlighetsforstyrrelser fra en normalpopulasjon enn det kan brukes til å differensiere mellom personlighetsforstyrrelser.

For det andre har sammenligningen med et normalutvalg skapt et basis som gjør det lettere å sammenligne mine resultater med andre studier. Spesielt er det en interessant observasjon at tilknytningsengstelse viser større forskjell i de to utvalgene, sammenlignet med tilknytningsunnåelse, noe jeg vil benytte i den videre diskusjonen.

Det er imidlertid klart at mangelen på tilgang til datamaterialet fra en normalpopulasjon er en sterk mangel med denne analysen. Dette har ført til at jeg bare har kunnet utføre en visuell analyse; jeg har ikke hatt mulighet til å finne om forskjellene er statistisk signifikante. Idellt sett burde jeg ha benyttet en matchet kontrollgruppe. Dette ville ha gitt meg mulighet til mer avanserte analyser, hvor jeg kunne ha undersøkt forholdet mellom personlighetsforstyrrelsene mitt utvalg og en normalpopulasjon mye mer utførlig.

4.2 Faktoranalyse

Ut i fra faktoranalysen fant jeg støtte for både en tofaktor- og en firefaktorløsning. Faktorene jeg identifiserte i firefaktorstrukturen har klare likhetstrekk med faktorer funnet i tidligere studier som har utført en faktoranalyse på basis av ECR (Brennan mfl., 1998b). Levy mfl. (2005a) analyserte faktorstrukturen til ECR på et utvalg pasienter med borderline pf. og fant seks faktorer. De fire faktorene som ble funnet i mitt studie korresponderer direkte til fire av de seks faktorene i Levy mfl. (2005a). De resterende 2 faktorene i Levy mfl. (2005a) beskriver sinne ved partners fravær (faktor 3) og vanskeligheter med å være avhengig av andre (faktor 6). Dessverre ble de seks faktorene i Levy mfl. (2005a) ikke brukt direkte i videre analyser, så det var vanskelig for meg å sammenligne mine resultater med dette studiet.

Wei mfl. (2007) utførte en faktoranalyse for å utvikle en redusert utgave av ECR, ECR-S, basert på et studentutvalg. De to underfaktorene av tilknytningsunnåelse i mitt studie korresponde-

rer direkte til de to unngåelsesfaktorene i Wei mfl. (2007). Når det gjelder tilknytningsengstelse finner Wei mfl. (2007) tre faktorer, hvorav to korresponderer direkte til de to underfaktorene av tilknytningsengstelse i mitt studie. Den siste faktoren beskriver sinne ved partners fravær (faktor 2), tilsvarende som hos Levy mfl. (2005a).

Wei mfl. (2007) påpekte at den ene underfaktoren av tilknytningsunngåelse stort sett besto av påstander som var reversert, altså de påstandene som, i motsetning til flertallet, var positivt formulert. Tilsvarende finner jeg for faktoren “ukomfortabel med å dele tanker og følelser” (se figur 8). Reversering av påstander er ofte gjort ut fra en tankegang om å kontrollere for mulige “responsbias”, men studier har ofte vist det samme resultatet som jeg finner her: at de reverserte spørsmålene ender opp som en egen faktor (DiStefano, DiStefano, Motl & Motl, 2006). Dette kan omtales som en “item wording” effekt (DiStefano mfl., 2006). Dette kan ha en sammenheng med at personene som svarer ikke får med seg at spørsmålene er reverserte, eller misforstår meningen på grunn av reverseringen. En mulig årsak til at denne faktoren dukker opp for utvalget mitt kan være at pasienter typisk opplever kognitive svekkelser knyttet til høy angst og lav konsentrasjon, og dermed lettere svarer feil. Imidlertid dukker denne faktoren også opp hos Wei mfl. (2007), som har basert faktoranalysen på en studentutvalg. I tillegg blir faktoren, i min analyse, funnet å differensiere unnvikende pf. fra de andre personlighetsforstyrrelsene. Dette kan tyde på at faktoren inneholder varians som er knyttet til et aspekt av tilknytningsstil, og ikke bare skyldes en metodeeffekt. For å kontrollere for evt. “item wording” effekter bør senere forskning teste ut ikke-reverserte versjoner av disse påstandene og sjekke om det har effekt på faktoranalysen, slik Wei mfl. (2007) gjorde i sitt studie.

Verken Levy mfl. (2005a), Wei mfl. (2007), eller mitt studie representerer en gullstandard for hvordan faktoranalyse bør utføres på selvrapporteringsmål for tilknytning. Levy mfl. (2005a) er kritisert for å ha for lite utvalg til å utføre en full faktoranalyse av de 36 påstandene i ECR (Critchfield, Levy, Clarkin & Kernberg, 2008). Wei mfl. (2007) har stort nok utvalg, men velger å utføre faktoranalyse selvstendig for de to tilknytningsdimensjonene ettersom hensikten er å utarbeide et nytt, redusert skjema. I mitt utvalg burde jeg ideelt utført en faktoranalyse på alle påstander samlet. På den måten kunne jeg ha undersøkt om de to tilknytningsdimensjonene, som er utarbeidet fra et normalutvalg, også ville passet med mitt utvalg av pasienter med personlighetsforstyrrelser. Dessverre var ikke utvalget mitt stort nok for det. I tillegg er det viktig å være klar over at Scree-testen ikke er noen absolutt test, men basert på subjektive vurderinger. Jeg vet ikke sikkert hvor mange faktorer som best representerer variansen i mitt studie. Der-

med har jeg valgt å utføre analysene både med en tofaktor- og en firefaktorløsning. Ved å også utføre analysene basert på firefaktormodellen har jeg kunnet nyansere hvordan tilknytningsstil differensierer henholdsvis unnvikende pf. og borderline pf., sammenlignet med tidligere studier.

4.3 Tilknytningsstil hos unnvikende pf.

I den hierarkiske regresjonsanalysen (modell 3A, tabell 9) fant jeg at tilknytningsunnngåelse, men ikke tilknytningsengstelse, differensierte trekk fra unnvikende pf. fra trekk fra de andre personlighetsforstyrrelsene. Tilsvarende analyser har blitt gjort i flere studier, som beskrevet i seksjon 1.4.1.7 og tabell 1. Jeg vil i det følgende diskutere mine funn opp mot disse studiene i følgende rekkefølge: Først de som benytter seg av de to dimensjonene introdusert med ECR (Brennan mfl., 1998b), deretter de som kan kobles opp mot den firedelte tilknytningsmodellen til (Bartholomew & Horowitz, 1991), og til slutt de som benytter seg av AAI kategorier (George mfl., 1985).

4.3.1 To-dimensjonelle modeller

Crawford, Shaver mfl. (2006) behandlet unnvikende pf. i en felles variabel med andre personlighetsforstyrrelser i cluster C. Cluster C inneholder også avhengig pf., som man kan anta vil forskyve resultatene i retning av negativ sammenheng med tilknytningsunnngåelse (Brennan & Shaver, 1998). Jeg ser dermed bort i fra resultatene fra dette studiet. Tre studier fant at unnvikende pf. hadde positiv sammenheng med tilknytningsunnngåelse, i likhet med mitt studie, men skiller seg fra mitt studie ved at de også fant positiv sammenheng også med tilknytningsengstelse (Meyer, Pilkonis & Beevers, 2004; Riggs, Paulson mfl., 2007; Riggs, Sahl mfl., 2007). Det er flere måter å forklare hvorfor disse resultatene avviker fra mine.

4.3.1.1 Kontroll for komorbiditet For det første har jeg, i den hierarkiske regresjonsanalysen, kontrollert for trekk fra de andre personlighetsforstyrrelsene, noe som ikke har blitt gjort i de tre studiene over. Som nevnt i seksjon 1.4.1.6 eksisterer unnvikende pf. sjelden alene, men opptrer som regel sammen med trekk fra andre personlighetsforstyrrelser. I den hierarkiske regresjonsanalysen la jeg til trekk fra de andre personlighetsforstyrrelsene i steget før jeg la til variablene for tilknytningsstil. På den måten har jeg kunnet trekke fra forklart varians som skyldes trekk fra de andre personlighetsforstyrrelsene *før* jeg inkluderer tilknytningsstil som prediktorer i regresjonen. Dette er imidlertid et konservativt valg. Ved å sette opp regresjonen på en slik måte trekker jeg fra all samvariens med andre personlighetsforstyrrelser i utvalget og sitter igjen med den variansen som er fullstendig unik for unnvikende pf. Etersom de tre andre studiene ikke har

kontrollert for komorbiditet, vil ikke sammenhengen som er funnet med tilknytningsengstelse i de studiene kunne tilskrives den variansen som er unikt for unnvikende pf., som i mitt studie. Sammenhengen med tilknytningsengstelse kan i de studiene like gjerne skyldes samvarians med de andre personlighetsforstyrrelsene i utvalgene. Jeg kan altså ikke sammenligne resultatene mine direkte med de andre studiene. For sammenligningens skyld hadde det dermed vært interessant å utføre tilsvarende analyse som jeg har utført på datamaterialet i de tre overnevnte studiene.

4.3.1.2 Konsekvenser av firefaktorstrukturen En annen årsak til at jeg ikke fant sammenheng mellom unnvikende pf. og tilknytningsengstelse i mitt studie kan være at tofaktorstrukturen fra ECR (Brennan mfl., 1998b) var for lite nyansert for utvalget mitt. Som beskrevet i seksjon 3.3 fant jeg også støtte for en firefaktorstruktur for å beskrive tilknytningsstil. I den etterfølgende hierarkiske regresjonsanalysen fant jeg at faktoren “engstelse for å bli forlatt”, som er en underfaktor av tilknytningsengstelse, samt faktoren “ukomfortabel med å dele tanker og følelser”, som er en underfaktoren av tilknytningsunnngåelse, kunne differensiere trekk fra unnvikende pf. fra andre personlighetsforstyrrelser. Som beskrevet i seksjon 3.4.1 kunne det se ut som om “engstelse for å bli forlatt” ble maskert av den andre underfaktoren “ønske om nærhet” i den hierarkiske regresjonen basert på tofaktorstrukturen. Dette kan forklare at jeg ikke fant sammenheng mellom tilknytningsengstelse og unnvikende pf., i motsetning til de tre studiene beskrevet over (Meyer, Pilkonis & Beevers, 2004; Riggs, Paulson mfl., 2007; Riggs, Sahl mfl., 2007).

Ved bruk av en firefaktormodell for tilknytningsstil har jeg fått mer nyanserte resultater enn det som tidligere er funnet i studier som har benyttet seg av bare to dimensjoner (se tabell 1). Funnet av den predikerende effekten til faktorene “engstelse for å bli forlatt” og “ukomfortabel med å dele tanker og følelser” passer også godt overens med mye av den tidligere forskningen på unnvikende pf., som beskrevet i seksjon 1.4.1. Benjamin (2003) beskrev personer med unnvikende pf. ved at de gjerne hadde hatt foreldre som satte høye krav til dem, var opptatt av sosialt image, og stadig påpekte feil ved dem. Dette medfører, i følge Benjamin, at personene vegrer seg for å bli eksponert, og de føler seg dermed ukomfortable med å dele av sitt indre liv. Taylor mfl. (2004) fant i tråd med dette at personer med unnvikende pf. er bekymret for at andre vil tenke negativt om dem hvis de viser følelser. En alternativ forståelse blir fremholdt av Dimaggio mfl. (2007), som mener at personer med unnvikende pf. har en metakognitiv feil; de opplever vansker med å erkjenne sine egne tanker og følelser. Dette kan igjen skyldes at utrygg tilknytning har hindret utvikling av mentaliseringsevne hos barnet (Fonagy, Gergely mfl., 2004). Det

gir god mening at personer med en slik metakognitiv feil svarer i henhold til påstandene koblet til faktoren “ukomfortabel med å dele tanker og følelser”.

Faktoren “engstelse for å bli forlatt” har også god støtte i litteraturen. Meyer, Ajchenbrenner og Bowles (2005) fant at personer med unnvikende pf. gjerne oppfattet hypotetiske ambivalente situasjoner som avvisende, og at de reagerte med unngåelse og stress. En forklaring på dette kan være at utrygg tilknytning, i form av indre arbeidsmodeller, kan ha forårsaket negative skjemaer av seg selv og andre som skaper forventninger om å bli avvist (Beck mfl., 2007; Bowlby, 1973; Greenberg, 1999). Benjamin (2003) beskriver at personer med unnvikende pf. gjerne har opplevd avvisning innen familien, og dermed forventer avvisning også fra andre.

Ingen av de to tilknytningsfaktorene som jeg fant sammenheng mellom er direkte representert i diagnosekriteriene for unnvikende pf. i DSM5 APA, 2013, hverken i det gjeldende diagnosesystemet eller i det alternative systemet. Under “empati” i det alternative systemet er kjennetegnet “preoccupation with, and sensitivity to, criticism or rejection” med, et kjennetegn som også er med i en litt annen formulering i det gjeldende systemet. Dette kjennetegnet er åpenbart relatert til “engstelse for å bli forlatt”. De høyest ladede påstandene i ECR for denne faktoren bruker imidlertid ordet “abandoned” i engelsk utgave, som er et klart sterkere ord enn “rejection”. “Ukomfortabel med å dele tanker og følelser” kan relateres bl.a. til “self-appraisal as socially inept”, til “diminished mutuality within intimate relationships” og til “nervousness, tenseness, or panic, often in reaction to social situations”, men er likevel ikke tilstede i seg selv. Tilsvarende kjennetegn er også tilstede i det gjeldende diagnosesystemet, bortsett fra kriteriet som går direkte på “anxiousness”. Dersom mine resultater blir replisert i andre studier, kan det være grunn til å vurdere å legge mer vekt på kjennetegn i retning av de to underfaktorene jeg har identifisert.

Basert på firefaktorstrukturen på tilknytning finner jeg altså støtte for at to faktorer som representerer underaspekter av henholdvis tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse differensierer unnvikende pf. fra de andre personlighetsforstyrrelsene. Sammenlignet med de tre studiene jeg har nevnt ovenfor (Meyer, Pilkonis & Beevers, 2004; Riggs, Paulson mfl., 2007; Riggs, Sahl mfl., 2007) vil mine resultater kunne tolkes som at de går i samme retning, men er nyanseringer. Det er altså, etter mine resultater, “engstelse for å bli forlatt” som er det differensierende aspektet ved tilknytningsengstelse for personer med unnvikende pf., og tilsvarende “ukomfortabel med å vise tanker og følelser” som er det differensierende aspektet av tilknytningsunngåelse.

4.3.1.3 Forskjeller i utvalg Det er imidlertid en viktig forskjell til mellom mitt studie og de tre jeg viser til her. Mitt studie er basert på et utvalg av personer som er diagnostisert med personlighetsforstyrrelser, mens de andre studiene er basert på et henholdsvis et studentutvalg (Meyer, Pilkonis & Beevers, 2004) og et utvalg med pasienter utsatt for traumer (Riggs, Paulson mfl., 2007; Riggs, Sahl mfl., 2007). Som jeg har vist i seksjon 3.2 skiller mitt utvalg seg fra et normalutvalg med at personene har både høyere tilknytningsengstelse og høyere tilknytningsunnngåelse, men at forhøyningen av tilknytningsengstelse virker betydelig større enn forhøyningen av tilknytningsunnngåelse. Dette kan dermed forklare at mine resultater avviker fra studiet til Meyer, Pilkonis og Beevers (2004), som er basert på et studentutvalg. Det kan dermed virker som om sammenhengen som dette studiet finner mellom unnvikende pf. og tilknytningsengstelse kan tilskrives en økt tilknytningsengstelse som er felles for alle personlighetsforstyrrelser.

4.3.1.4 Forskjeller i måleinstrumenter Jeg har ikke data som kan belyse hvordan mitt utvalg skiller seg fra utvalget til de to andre studiene (Riggs, Paulson mfl., 2007; Riggs, Sahl mfl., 2007), som var et utvalg av pasienter fra et behandlingsprogram for traume-relaterte lidelser. Her var 65 % av pasientene klassifisert med personlighetsforstyrrelser, men denne vurderingen var basert på selvrapporteringsmål. Det er generelt anbefalt å bruke selvrapporteringsmål først og fremst for screening-formål, da de som oftest er konstruert slik at de heller feiler i retning av falske positive enn falske negative; for vurdere om en person har personlighetsforstyrrelser anbefales i stedet semistrukturerte intervjuer (Widiger & Boyd, 2009). Det er også funnet begrenset konfidensvaliditet mellom selvrapporteringmål og semistrukturerte intervjuer, så sammenligning av studier basert på forskjellige typer mål må alltid gjøres med forsiktighet (Widiger & Boyd, 2009). Selv om man antar at selvrapporteringsmålet som ble brukt i de to traume-relaterte studiene (Riggs, Paulson mfl., 2007; Riggs, Sahl mfl., 2007) er valid, er det uansett et stort innslag av pasienter uten personlighetsforstyrrelse i utvalget. Funnet av tilknytningsengstelse som diskriminerende kan dermed fortsatt skyldes at høy tilknytningsengstelse er en generell egenskap som skiller personlighetsforstyrrelser fra normalutvalg, og ikke spesifikt knyttet til unnvikende pf.

Fossati mfl. (2003) er i likhet med mitt studie basert på et utvalg av pasienter ved en klinikk som er for personlighetsforstyrrelse. Det totale antallet pasienter er høyere enn i mitt studie (487 vs. 241), men det er mindre andel som er diagnostisert med personlighetsforstyrrelser (68,6 % vs. 95,0 %), samt markant færre som er diagnostisert med unnvikende pf. (25 vs. 74). Dette studiet kommer frem til tilsvarende resultater som i mitt studie, at tilknytningsunnngåelse, men ikke

tilknytningsengstelse, var koblet til unnvikende pf. Selv om det også hos Fossati mfl. (2003) er en stor andel personer uten personlighetsforstyrrelse, har man her benyttet SCID-II semistrukturert intervju som i mitt studie (First mfl., 1997). Det at både Fossati mfl. (2003) og mitt studie benytter seg av samme mål for personlighetsforstyrrelser vil også, i seg selv, kunne føre til at jeg får liknende resultater.

Studiet til Fossati mfl. (2003) ligner også på mitt studie i at det til en viss grad kontrollerer for komorbiditet. Studiet benytter seg av en kanonisk korrelasjonsanalyse, der alle personlighetsforstyrrelsene er lagt inn på lik linje. Samvariasjonen mellom alle personlighetsforstyrrelser og tilknytningsstil vil dermed fordele seg mellom de ulike typene pf. Man vil ikke finne fullstendig unik varians for unnvikende pf., som i mitt studie, men samvariasjonen med komorbide personlighetsforstyrrelser vil likevel være redusert.

En vesentlig forskjell mellom studiet til Fossati mfl. (2003) og mitt er at førstnevnte bruker selvrapporteringskjemaet Attachment Style Questionnaire (ASQ) (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994). Dette skjemaet fører til et fem-dimensjonelt tilknytningssmål som ikke direkte er sammenlignbare med de to dimensjonene som er benyttet i mitt studie. Tilknytningsunngåelse og tilknytningsengstelse er derimot, av forfatterne, koblet til de to kanoniske variatene som blir funnet i analysen. De påpeker imidlertid at de to kanoniske variatene er rotert 45° i forhold til målene i ECR Brennan mfl. (1998b), som jeg benytter. Denne konklusjonen er basert på tolkning og ikke direkte matematisk sammenligning, så den er antakeligvis ikke eksakt. Denne rotasjonen vil imidlertid føre til at det blir vanskelig å sammenligne mine resultater med studiet til Fossati mfl. (2003). Det at dette studiet kun finner kobling til tilknytningsunngåelse kan, på grunn av denne rotasjonen, likevel bety at tilknytningsengstelse, dersom det hadde blitt målt via ECR, ville vært koblet til unnvikende pf.

4.3.2 Firedelt tilknytningsmodell

Det er tydelig av den forutgående diskusjonen at ulike mål på både tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelse forvansker sammenligningen av resultater. Situasjonen blir ikke lettere av det i tillegg varierer hvorvidt studier rapporterer resultatene ut i fra tilknytningsdimensjoner eller tilknytningskategorier. En del av studiene på unnvikende pf. har benyttet seg av de fire tilknytningsmønstrene som først ble beskrevet i Bartholomew og Horowitz (1991), mens andre har brukt tilknytningskategoriene som er brukt i AAI (George mfl., 1985). (Meyer, Pilkonis, Proietti mfl., 2001) benytter seg imidlertid av syv tilknytningsprototyper utviklet av (Pilkonis, 1988). Det er vanskelig å koble disse syv typene direkte til de fire tilknytningsmønstrene til Bartholo-

mew og Horowitz (1991) eller til de to tilknytningsdimensjonene. Scott, Kim mfl. (2013), på sin side, diskuterer kun hvorvidt unnvikende pf. er koblet til overopptatt tilknytningsstil. Jeg ser dermed bort i fra disse to studiene i den videre diskusjonen av studier som benytter seg av tilknytningskategorier.

Som beskrevet i seksjon 1.4.1.7 er det relativt stor enighet mellom de fleste studiene som har undersøkt unnvikende pf. med henblikk på tilknytningsmønster etter kategoriene etter Bartholomew og Horowitz (1991). Stort sett går de fleste i retning av negativ assosiasjon med utrygg og avvisende-unnvikende tilknytning, og positiv assosiasjon til fryktsom-unnvikende. Det varierer imidlertid hva slags assosiasjon man finner til overopptatt tilknytning. Regresjonsanalysen som jeg utførte basert på en to-dimensjonell faktorstruktur viste at bare tilknytningsunnngåelse, og ikke tilknytningsengstelse, differensierte trekk fra unnvikende pf. fra trekk fra de andre personlighetsforstyrrelsene. Sett ut i fra den firedelte tilknytningsmodellen (figur 1), vil dette resultatet innebære en positiv assosiasjon med avvisende-unnvikende og fryktsom-unnvikende tilknytningsmønster. Det siste er i tråd med de fleste tidligere kategorielle studier, men positiv assosiasjon til avvisende-unnvikende stil står i klar motsetning. Dette kan skyldes flere av de grunnene som er diskutert over: forskjeller i kontroll av komorbiditet, forskjeller i utvalg, ulike måleinstrumenter, eller at ulike versjoner av diagnosekriteriene er brukt. Jeg vil imidlertid ikke gå videre inn på disse mulige forklaringene, da det rett og slett er for mange hensyn å ta stilling til.

Det som imidlertid virker tydelig er at resultatene mine ved bruk av firefaktormodellen i mye større grad passer med de tidligere studiene. Jeg finner, som tidligere nevnt, at faktoren “redsel for å bli forlatt”, som er en underfaktor av tilknytningsengstelse, samt faktoren “ukomfortabel med å dele tanker og følelser”, som er en underfaktor av tilknytningsunnngåelse, differensierer trekk fra unnvikende pf. fra de andre personlighetsforstyrrelsene. Dette kan, ut i fra den firedelte tilknytningsmodellen til (Bartholomew & Horowitz, 1991) (figur 1) forstås som positiv assosiasjon med fryktsom-unnvikende tilknytningsmønster, samt negativ assosiasjon til de tre andre tilknytningsmønstrene, i tråd med Riggs, Paulson mfl. (2007). Mine resultater kan dermed forstås som en nyansering av de tidligere resultatene, med at det spesifikt er redselen for å blitt forlatt og ukomfortabelhet med å vise tanker og følelser som skiller seg ut som de viktigste kjennetegnene ved fryktsom-unnvikende tilknytningsmønster for å differensiere unnvikende pf. fra de andre personlighetsforstyrrelsene. Det som skiller mine resultatene fra mange av de andre kategorielle studiene er at jeg dermed finner negativ kobling til overopptatt tilknytningsmønster. Dette kan også forstås ut i fra at jeg kontrollerer for komorbiditet med de andre personlighets-

forstyrrelsene. Det er mulig at mitt utvalg skiller seg fra de andre studiene ut i fra hvilke andre personlighetsforstyrrelser unnvikende pf. er komorbid med, dvs. hvilken undergruppe an unnvikende pf. som er mest til stede i utvalget. Disse kan ha forskjellig tilknytningsstil, noe som kan forklare forskjellene i resultater. Dette er imidlertid bare spekulasjoner, og jeg har ikke undersøkt dette ytterligere.

4.3.3 AAI-baserte kategorier

Som beskrevet i seksjon 1.1.3.5 er det ikke åpenbart at voksen tilknytningsstil målet etter ECR og AAI er det samme fenomenet. Jeg vil dermed ikke tolke mine resultater ut i fra de studiene som har benyttet AAI. Jeg vil likevel trekke frem argumentasjonen til Rindal (2000), som beskrevet i seksjon 1.4.1.7, at selvrappoteringsmål ikke vil være i stand til å fange opp at mennesker med unnvikende pf. har overopptatt tilknytningmønster. For å fange opp overopptatt tilknytningmønster trenger man, i følge Rindal (2000), å bruke et mål som kan fange opp ubevisste prosesser, som AAI, og dette kan være med på å sette spørsmålstegn ved resultatene mine.

4.4 Tilknytningsstil hos borderline pf.

I den hierarkiske regresjonsanalysen (modell 3A, tabell 10) fant jeg at tilknytningsengstelse, men ikke tilknytningsunnngåelse, differensierte trekk fra borderline pf. fra de andre personlighetsforstyrrelsene. Forstått ut i fra den firedelte modellen til Bartholomew og Horowitz (1991) tilsvarer dette positiv assosiasjon med overopptatt og fryktsom-unnvikende tilknytningsmønster, og negativ assosiasjon med de to andre. Som beskrevet i seksjon 1.4.2.2 er dette i tråd med de fleste andre studier som er utført (f.eks. Agrawal mfl., 2004; Choi-Kain mfl., 2009; Minzenberg mfl., 2006). Jeg har imidlertid ikke funnet noen assosiasjon med tilknytningsunnngåelse. På dette punktet er det ikke konsensus i forskningen, men resultatene mine er heller ikke kontroversielle på noen måte. Mine resultater er ikke i motsetning til van Ijzendoorn og Bakermans-Kranenburg (2008), som er et metastudie basert på 105 AAI studier som fant at de fleste borderline-pasienter har overopptatt tilknytningsstil. Dette med forbehold om at AAI og ECR antakeligvis måler beslektede, men noe ulike fenomener (se seksjon 1.1.3.5).

Ved bruk av en firefaktormodell for tilknytningsstil har jeg, også for borderline pf., funnet mer nyanserte resultater enn det som tidligere er funnet. Jeg fant at faktoren “engstelse for å bli forlatt”, som er en underfaktor av tilknytningsengstelse, predikerer for trekk fra borderline pf., kontrollert for trekk fra andre personlighetsforstyrrelser. Dette er i tråd med tidligere forskning, og kan forstås som en nyansering. Mine resultater er også i tråd med det nye forslaget til

diagnosesystem for personlighetsforstyrrelser i DSM-5 (APA, 2013). Under diagnosekriteriet “intimitet” er “anxious preoccupation with real or imagined abandonment”, noe som direkte tilsvare faktoren “engstelse for å bli forlatt”, som jeg fant sammenheng med. Kriteriet “separation insecurity” inneholder kjennetegnet “fears of rejection - and/or separation from - significant others”, som tilsvare den faktoren jeg har funnet. Samme kriterie inneholder imidlertid også et kjennetegn som går i retning av tilbaketrekning: “Fears of excessive dependency and complete loss of autonomy”. Denne unnvikende tendensen fant jeg ikke støtte for i mine resultater. Kriteriet “separation insecurity” er imidlertid et ikke et nødvendig kriterie, så mine resultater står ikke i motsetning til forslaget til DSM-kriterie.

4.5 Styrker og svakheter med personlighetsforstyrrelsesmål

En styrke med dette studiet er at det benytter seg av en diagnostisering av personlighetsforstyrrelse ut fra longitudinell observasjon av pasienten. Fordelen med dette kan illustreres av et studie som nylig kom ut fra personlighetsavdelingen på Ullevål, der mine data er hentet fra (Pedersen mfl., 2013a). I dette studiet fant de at flere av diagnosekriteriene på personlighetsforstyrrelser som var til stede hos pasientene ikke ble fanget opp i et inntaksintervju, men først etter at pasienter hadde vært i behandling i en periode. Dette viser viktigheten av longitudinell måling av personlighetsforstyrrelse. En svakhet med målingene i dette studier er imidlertid at personlighetsforstyrrelse ikke er målt av uavhengige observatører. Det er dermed ingen muligheter for å måle interraterreliabilitet, og diagnostiseringen kan være preget av subjektivt bias.

4.6 Svakheter med mitt studie

4.6.1 Studiets generaliserbarhet

En mulig svakhet ved studiet relaterer seg til forskjellen mellom de menneskene som ble inkludert i studiet og de som ikke ble inkludert. Signifikant færre av de som ikke deltok var ikke i arbeid, dette kan indikere at disse personene hadde en alvorligere problematikk. Det er imidlertid ikke funnet høyere symptomnivå hos de som frafalt studiet. Det vil også kunne tenkes at tilknytningsstil i seg selv er en faktor som bidrar til at pasienter unngår å delta i studie, for eksempel ved at de som skårer høyere på tilknytningsunngåelse ikke deltar i like stor grad. Dette kan ha påvirket resultatet av studiet.

4.6.2 Krysseksjonelt design

Dette studiet benytter seg av et krysseksjonelt design. Dette gjør at studiet ikke har mulighet til å trekke kausale slutninger. Longitudinelle studier vil være viktige for å undersøke om utrygg tilknytningsstil er en årsaksfaktor i utvikling av personlighetsforstyrrelser.

4.6.3 Mediatoreffekter

Som for andre tilsvarende studier har jeg undersøkt forholdet mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelse direkte. Scott, Levy og Pincus (2009) finner imidlertid at negativ affekt og impulsivitet er en mediator mellom tilknytningsstil og borderline pf. Tilsvarende kan tenkes å også gjelde for andre personlighetsforstyrrelser. Ut fra datamaterialet mitt hadde jeg ikke mulighet til å undersøke relevante mediatormodeller, men slik forskning vil være viktig for å få mer detaljert kunnskap om hvordan tilknytning påvirker personlighetsforstyrrelser.

4.6.4 Pseudoempiri

En fare ved designet av min studie er at det potensielt kan presentere resultater basert på pseudoempiri. Enkelte av spørsmålene i SCID (First mfl., 1997), som benyttes for å måle trekk fra personlighetsforstyrrelser i dette studiet, er svært overlappende med enkelte spørsmål i ECR (Brennan mfl., 1998b), som måler tilknytningsstil. Dette innebærer at jeg kan ha risikert å ha målt samme fenomen via to forskjellige spørreskjemaer, slik at sammenhengene jeg har funnet mellom tilknytningsstil og personlighetsforstyrrelser blir sirkulære. Meyer, Pilkonis, Proietti mfl. (2001) fant f.eks. at tilknytningsprototyten for borderline korrelerte så høyt med kriteriet for borderline pf. at bare en enkelt variabel kunne brukes i regresjonsanalysen.

I dette studiet hadde jeg ikke tilgang til enkeltskårene for personlighetsforstyrrelsesmålet. Ved å undersøke overlappet mellom de spørsmålene som måler tilknytningsstil og de som måler personlighetsforstyrrelser, ville jeg kunne fått kunnskap om hvor stort dette problemet var. Risikoen for pseudoempiri er imidlertid til stede i mange av de andre studiene som sammenligner tilknytning med personlighetsforstyrrelser, og er i så henseende å betrakte som en grunnleggende problematikk for fagfeltet.

4.6.5 Komorbiditet

I dette studiet undersøker jeg hva som er unikt med henholdsvis unnavikende pf. og borderline pf. etter at variansen som skyldes andre personlighetsforstyrrelser tatt bort. Dette designet er valgt for å kunne belyse en av antakelsene som ligger til grunn for det alternative diagnosesyste-

met i DSM-5 (APA, 2013), at de forskjellige personlighetsforstyrrelsene har unike trekk som er knyttet til tilknytningsstil. Studiet bekrefter at det er unike trekk ved forskjellige personlighetsforstyrrelser.

På den andre siden risikerer jeg at det jeg sitter igjen med etter å ha fjernet komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser vil representere en type pasient som aldri vil eksistere i klinisk praksis. De fleste pasienter med personlighetsforstyrrelser, og spesifikt unnvikende pf., viser også trekk fra andre personlighetsforstyrrelser (se seksjon 1.4.1.6).

Som beskrevet tidligere hadde jeg ikke tilgang til enkeltskårene for personlighetsforstyrrelsesmålet. Hvis jeg hadde hatt dette ville det vært mulig å utføre en faktoranalyse av personlighetsforstyrrelsene, og undersøkt om det fantes undergrupper av trekk fra forskjellige personlighetsforstyrrelser som var knyttet til bestemte tilknytningsforstyrrelser. For eksempel kunne det tenkes at mennesker med trekk fra unnvikende pf. og avhengig pf. hadde lav tilknytningsunngåelse, mens de med trekk fra unnvikende pf. og paranoid pf. hadde en mer unngående tilknytningsstil.

4.6.6 Manglende kontroll for akse-I lidelser

I dette studiet sto jeg ovenfor et dilemma om hvorvidt jeg skulle ta med akse-I lidelser som kontrollvariabler. Funn fra tidligere studier har tydet på at akse-I lidelser i mindre grad enn personlighetsforstyrrelser er knyttet til tilknytningsstil. Det vil imidlertid være en viss kobling mellom disse to (Dozier, Stovall-McClough & Albus, 2008). Det ble derfor vurdert å inkludere akse-I lidelser som kontrollvariabler. Dette ville imidlertid ha innebåret et svært høyt antall uavhengige variabler i regresjonsanalysen, noe som kunne ført til ustabile effekter. Senere studier bør derfor i større grad utforske hvor sentralt komorbiditet med akse-I lidelser er for sammenhengen mellom tilknytning og personlighetsforstyrrelsestrekk. Spesielt vil det være viktig å kontrollere for sosial fobi i analysene av unnvikende pf. da disse, som beskrevet i seksjon 1.4.1.1, er sterkt beslektet.

4.6.7 AAI

Dette studiet benyttet seg kun av selvrapporeringsmålet ECR (Brennan mfl., 1998b). En mulighet for mer robust måling av tilknytningsstil ville ha vært å ha inkludert både AAI (George mfl., 1985) og ECR i en felles analyse. Dette ville ha forbedret gyldigheten av resultatene, men ville også ha vært mye mer ressurskrevende og utenfor omfanget av denne hovedoppgaven.

4.6.8 Bruk av annen person enn partner

Ved utfylling av selvrapporteringskjemaet ECR (Brennan mfl., 1998b) ble man i dette studiet ble man bedt om å benytte seg av den personen som sto en nærmest dersom man ikke hadde en partner. Dette valget kan ha hatt konsekvenser som jeg ikke har oversikt over.

4.6.9 Dimensjonell måling av personlighetsforstyrrelser

Som beskrevet i metodekapittelet vil det å benytte seg av dimensjonelle mål generelt ha flere fordeler fremfor å benytte kategorielle mål. Som de fleste tidligere studier på området har jeg valgt å benytte et dimensjonelt mål på personlighetsforstyrrelse (se tabell 1). Med dette valget fjerner jeg meg imidlertid fra den kategorielle diagnosen som foreligger i DSM-IV (APA, 1994). Samtidig vil en dimensjonell skåring være mer i tråd med tankegangen bak det alternative diagnosesystemet i DSM-5 (APA, 2013), som jeg jo har ønsket å belyse.

4.7 Implikasjoner for klinisk praksis

Trekk fra unnvikende pf. har vist seg å føre til dårligere prognose av behandling av akse-I lidelser. For eksempel har det blitt vist at mennesker som har trekk fra unnvikende pf. viser mindre bedring i depresjon i en ett års oppfølgingsundersøkelse (Hoffart & Martinsen, 1993). Tilsvarende har det blitt funnet at å ha trekk fra unnvikende pf. fører til negativ prognose på spiseforstyrrelser (Vrabel mfl., 2010). Videre har man sett at mennesker med unnvikende pf., har en tendens til tilbakefall etter behandling. En mulig forklaring på dette er at de relasjonelle mønstrene ved pasientene behandlingssted er av en annen karakter enn de omgivelsene personen møter hjemme i ettertid (Gude & Vaglum, 2001). Dette tyder på viktigheten av å utvikle behandlingsmetoder som er spesielt tilpasset at personer har trekk fra unnvikende pf. En bedre forståelse av problematikken kan føre til mer effektiv behandling av denne forstyrrelsen (Eikenæs mfl., 2013). Mitt studie bidrar til en bedre forståelse av problematikken til pasienter med unnvikende pf. ved å peke på at de kan være kjennetegnet ved høy tilknytningsengstelse, i form av en høy engstelse for å bli forlatt, samt unnvikende atferd i form av ukomfortabelhet med å dele tanker og følelser.

Det finnes begrenset mengde forskning på hva slags betydning tilknytningsstil har for behandlingsresultater. (Fraley & Shaver, 2000) fant at hos mennesker med høy tilknytningsunnåelse førte kognitiv atferdsterapi til mer nedgang i depresjon og symptomnivå sammenlignet med interpersonlig terapi. Studiet forklarer funnet med at mennesker med høy tilknytningsunnåelse vil regulere tilknytningsusikkerhet med å fornekte viktigheten av nære relasjoner. Videre

ser man at mennesker med høy tilknytningsunnngåelse har en tendens til å verdsette kognisjon mer enn emosjoner (Crittenden, 1997). Ettersom kognitiv atferdsterapi spesielt fokuserer på kognisjon og ikke interpersonlige spørsmål, vil denne type terapi være en bedre match for disse pasientene (McBride, Atkinson, Quilty & Bagby, 2006). I et annet studie fant man at mennesker med høy tilknytningsengstelse profiterte bedre på psykodynamisk terapi (Tasca mfl., 2006). Et viktig mål for mennesker med høy tilknytningsengstelse vil være å reflektere over affektive erfaringer mer enn å bare respondere på dem.

Resultatet mitt om at bestemte tilknytningsstiler er knyttet til forskjellige personlighetsforstyrrelser har konsekvenser for hvordan man legger opp terapi. For det første vil endring av tilknytningsstil kunne fungere som en målsetning for terapien. Fonagy fant tryggere tilknytning og bedring i refleksiv funksjon etter endt terapiforløp (Fonagy, Leigh mfl., 1996).

For det andre vil tilknytningsstil i stor grad kunne påvirke alliansebygging. Pasienter med unnvikende pf. vil for eksempel kunne vise overføringsreaksjoner overfor terapeuten ved at pasienten f.eks. forventer å bli forlatt og dermed er ukomfortabel med å dele tanker og følelser. Dette vil kunne trigge motoverføringsreaksjoner. Opplevelsen av at pasienten ikke er emosjonelt tilgjengelig kan gi terapeuten opplevelse av å kjede seg eller ha vansker med å følge med. Pasienten vil, som følge av dette, kunne føle seg avvist og på denne måten blir pasientens forventning om avvisning gjentatt. Fokus på pasientens tilknytningsstil vil kunne bidra til å skape et mer bevisst forhold hos terapeuten til egne motoverføringsreaksjoner og hindre at man får en gjentakelse av tidligere relasjonsscenarioer (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001).

For det tredje vil tilknytningsstil kunne styre terapeutenes intervensjoner. Holmes beskriver at terapi dreier seg om å få pasienter til å fortelle mer koherente historier, eller "reframe" historien på en mer positiv eller terapeutisk måte. Tilknytningsteorien kan brukes til å lage en historie for å forstå pasientens affektregulering, dens relasjon til primære omsorgsgivere, og konsekvenser av dette (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001; Holmes, 1998). Ut i fra en interpersonlig psykologisk ramme vil innsikt innebære at pasienten nå kan gjenkjenne, akseptere og forstå egne relasjonsmønstre. Ut i fra kognitive termer vil man kunne endre kognitive skjemaer og holdninger slik at individet reformulerer tilknytningsatferden til seg selv og andre på en mer positiv og realistisk måte. Ut i fra et atferdsperspektiv kan man endre på måten en person går inn i relasjoner, noe som skaper mer trygge relasjoner, og som igjen fører til endring i indre arbeidsmodeller (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001).

Funnene fra studiet mitt om tilknytningsstil som et felles kjennetegn for alle personlighets-

forstyrrelser vil kunne være viktig for hvordan man legger opp terapi med disse pasientene. Pedersen mfl. (2013a) fant at man ofte ikke oppdager tilknytningsrelaterte kriterier hos pasienter ved behandlingsinntak. Mitt studie støtter at dette er noe terapeuter bør være mer oppmerksom på i et behandlingsforløp. Imidlertid vil det her være viktig å understreke at selv om man finner en opphopning av bestemte tilknytningsstiler innad i en diagnose, så vil likevel tilknytningsstil variere mellom personer med samme diagnose. Det vil dermed være viktig å se på tilknytningsstil individuelt hos hver pasient.

5 Konklusjon

Det alternative forslaget til diagnosesystem i DSM-5 (APA, 2013) foreslår at svekkelser i selv- og interpersonlig fungering er et sentralt kjennetegn ved alle personlighetsforstyrrelser, og at forskjeller i interpersonlig fungering kan benyttes til å differensiere mellom ulike personlighetsforstyrrelser. Mitt studie støtter dette: Studiet finner at pasienter med personlighetsforstyrrelse har et høyere nivå av både tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse enn et normalutvalg. Det finner videre at engstelse for å bli forlatt og ukomfortabelhet med å dele tanker og følelser kan differensiere unnvikende pf. fra andre personlighetsforstyrrelser. Mitt studie finner også at engstelse for å bli forlatt kan differensiere borderline pf. fra andre personlighetsforstyrrelser.

Jeg har, ved å undersøke faktorstrukturen til tilknytnings skjemaet ECR (Brennan mfl., 1998b) i mitt utvalg, bidratt til en nyansering av tidligere funn ved å fremheve hvilke aspekter av tilknytningsengstelse og tilknytningsunngåelse som er sentrale for pasienter med unnvikende eller borderline pf. Senere studier på kliniske utvalg bør undersøke faktorstruktur som en del av analysen.

Utvalget i dette studiet består av et større antall pasienter med unnvikende pf. enn i de fleste tidligere studier, noe som gir funnene større generaliserbarhet. Kunnskap om hva slags tilknytningsstil som er koblet til ulike personlighetsforstyrrelser vil være viktig, da det kan gi informasjon om faktorer som har betydning for alliansebygging og terapeutiske målsetninger.

Referanser

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M. & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94–104. Hentet fra <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/10673220490447218>
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/amp/44/4/709/>
- Alden, L. E. & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*, 24(3), 357–376. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405802114>
- Alexander, P. C., Alexander, P. C., Anderson, C. L., Anderson, C. L., Brand, B., Brand, B., ... Kretz, L. (1998). Adult attachment and longterm effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect*, 22(1), 45–61. doi:10.1016/S0145-2134(97)00120-8
- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2. utg., s. 319–354). New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (nodate). Personality disorders fact sheet. Hentet fra <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: dsm-iv-tr*®. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.156852
- APA. (1980). American Psychiatric Association.
- APA. (1987). American Psychiatric Association.
- APA. (1994). American Psychiatric Association.
- APA. (2000b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR)*.
- Armsden, G. C. & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16(5), 427–454. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02202939>

- Arnevik, E. (2009). Treatment of patients with personality disorders : day hospital treatment followed by combined psychotherapy compared with outpatient individual treatment. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18541>
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y. & Sagi-Schwartz, A. (2007 januar). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1061–1068. doi:10.1016/j.janxdis.2006.10.013
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bartholomew, K., Kwong, M. J. & Hart, S. D. (2001). Attachment. I W. J. Livesley (Red.), *Handbook of personality disorders: therapy, research and treatment* (s. 196–230). New York: Guilford Press.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... Grilo, C. M. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of personality disorders*, 18(2), 193–211. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. D. (2007). *Cognitive therapy of personality disorders* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Bender, D. S., Morey, L. C. & Skodol, A. E. (2011 juli). Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM–5, Part I: A Review of Theory and Methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. doi:10.1080/00223891.2011.583808
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Blais, M. A. & Norman, D. K. (1997). A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of personality disorders*, 11(2), 168–176. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.1997.11.2.168>
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S. & Levy, K. N. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*, 1(4), 351. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/gpr/1/4/351/>

- Blatt, S. J. & Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 102–150. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07351692309349028>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1. attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. 2. separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998a). Attachment Theory and Close Relationship - Google Books. *Attachment theory and close ...* Hentet fra <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=hWe5-aSgZmcC&oi=fnd&pg=PA46&dq=Brennan+K+A+Clark+C+L+and+Shaver+P+R+1998+Self+report+measurement+of+adult+romantic+attachment+An+integrative+overview+In+J+A+Simpson+and+W+S+Rholes+Eds+Attachment+theory+and+close+relationships+pp+46+76+New+York+Guilford+Press&ots=zjsAXEJ0E6&sig=1lUbumXY0CaamEM4ibnvfcS76yg>
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998b). Self-report measurement of adult attachment. I J. A. Simpson & W. S. Rholes (Red.), *Attachment theory and close relationships* (s. 46–76). New York: Guilford Press.
- Brennan, K. A. & Shaver, P. R. (1998). Attachment Styles and Personality Disorders: Their Connections to Each Other and to Parental Divorce, Parental Death, and Perceptions of Parental Caregiving. *Journal of Personality*, 66(5), 835–878. doi:10.1111/1467-6494.00034
- Bulmer, M. G. (1979). *Principles of statistics*. Dover Publications.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral research*, 1(2), 245–276.
- Choi-Kain, L. W., Choi-Kain, L. W., Fitzmaurice, G. M., Fitzmaurice, G. M., Zanarini, M. C., Zanarini, M. C., ... Gunderson, J. G. (2009). The Relationship Between Self-Reported Attachment Styles, Interpersonal Dysfunction, and Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 816–821. doi:10.1097/NMD.0b013e3181bea56e
- Chopik, W. J., Edelstein, R. S. & Fraley, R. C. (2013 februar). From the Cradle to the Grave: Age Differences in Attachment From Early Adulthood to Old Age. *Journal of Personality*, 81(2), 171–183. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00793.x

- Clark, L. & Harrison, J. (2001). Assessment instruments. I W. J. Livesley (Red.), *Handbook of personality disorders: therapy, research and treatment* (s. 277–306). New York: Guilford Press.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and Diagnosis of Personality Disorder: Perennial Issues and an Emerging Reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 227–257. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190200
- Clark, L. A., Livesley, W. J. & Morey, L. (1997). Special feature: Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of personality disorders*, 11(3), 205–231. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.1997.11.3.205>
- Cohen, J. C., West, P. & Aiken, S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3. utg.). New Jersey: Erlbaum.
- Cohen, P. (2008 september). Child Development and Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 477–493. doi:10.1016/j.psc.2008.03.005
- Cole-Detke, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 282. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/64/2/282/>
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2006 mai). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178–184. doi:10.1016/j.comppsy.2005.06.002
- Crawford, T. N., John Livesley, W., Jang, K. L., Shaver, P. R., Cohen, P. & Ganiban, J. (2007). Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. *European Journal of Personality*, 21(2), 191–208. doi:10.1002/per.602
- Crawford, T. N., Shaver, P. R., Cohen, P., Pilkonis, P. A., Gillath, O. & Kasen, S. (2006). Self-Reported Attachment, Interpersonal Aggression, and Personality Disorder in a Prospective Community Sample of Adolescents and Adults. *Journal of personality disorders*, 20(4), 331–351. doi:10.1521/pedi.2006.20.4.331
- 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. doi:10.1002/jclp.20434
- Crittenden, P. M. & Newman, L. (2010 juli). Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 433–451. doi:10.1177/1359104510368209

- Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: attachment, parenting, and child safety*. Collumpton: Willan.
- Crittenden, P. (1997). Patterns of attachment and sexual behavior: risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. I L. Atkinson & K. Zucker (Red.), *Attachment and psychopathology* (s. 47–93). New York: Guilford Press.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Cummings, E. M. (1990). Classification of attachment on a continuum of felt security: Illustrations from the study of children of depressed parents. I M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Red.), *The john d. and catherine t. macarthur foundation series on mental health and development*. (s. 311–338). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Del Giudice, M. (2011 januar). Sex Differences in Romantic Attachment: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2), 193–214. doi:10.1177/0146167210392789
- Derogatis, L. (1983). *The scl-90-r manual ii: administration, scoring, and procedures*. Baltimore: *Clinical Psychometric Research, NA(NA)*.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A. & Lysaker, P. H. (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: Four psychotherapy patients analysed using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5), 386–401. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.541/abstract>
- DiStefano, C., DiStefano, C., Motl, R. W. & Motl, R. W. (2006). Further investigating method effects associated with negatively worded items on self-report surveys. *Structural Equation Modeling*. Hentet fra http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15328007sem1303_6
- Donnellan, M. B., Burt, S. A., Levensky, A. A. & Klump, K. L. (2008). Genes, Personality, and Attachment in Adults: A Multivariate Behavioral Genetic Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(1), 3–16. doi:10.1177/0146167207309199
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C. & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood.
- Eikenæs, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H. & Wilberg, T. (2013). Personality Functioning in Patients with Avoidant Personality Disorder and Social Phobia. *Journal of*

personality disorders, 1–18. Hentet fra http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi_2013_27_109

- Ellegaard, L. (2013 mai). *Avoidant Personality Disorder* (Doktoravhandling).
- Feeney, J., Noller, P. & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. I M. B. Sperling & W. H. Berman (Red.), *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives* (128–152). New York: Guilford Press.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J. & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for dsm-iv axis ii personality disorders: scid-ii*. American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Karnac Books.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22. doi:10.1037/0022-006X.64.1.22
- Fossati, A., Fossati, A., FEENEY, J. A., FEENEY, J. A., Donati, D., Donati, D., ... Maffei, C. (2003). Personality Disorders and Adult Attachment Dimensions in A Mixed Psychiatric Sample: A Multivariate Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(1), 30. Hentet fra http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2003/01000/Personality_Disorders_and_Adult_Attachment.6.aspx
- Fraley, R. C. (2002 mai). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123–151. doi:10.1207/S15327957PSPR0602_03
- Fraley, R. C., Fraley, R. C., Waller, N. G., Waller, N. G., Brennan, K. A. & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350. doi:10.1037/0022-3514.78.2.350
- Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132. doi:10.1037//1089-2680.4.2.132
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *The adult attachment interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American psychologist*, 48(1), 26. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/amp/48/1/26/>

- Graham, C. A. & Easterbrooks, M. A. (2000). School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology: The role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk. *Development and Psychopathology*, 12(2), 201–213. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=43414>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the united states: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P. & Ruan, W. J. (2005 januar). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 1–5. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.019
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (1. utg., s. 469–496). New York: Guilford Press.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L. & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191–191. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=2499892>
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A. & McGlashan, T. H. (2002). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 552–554. Hentet fra http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1025&context=charles_sanislow
- Gude, T. & Vaglum, P. (2001). One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: A prospective study comparing patients with “pure” and comorbid conditions within cluster C, and “pure” C with “pure” cluster A or B conditions. *Journal of personality disorders*, 15(3), 216–228. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.15.3.216.19210>
- Guttman-Steinmetz, S. & Crowell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 440–451. doi:10.1097/01.chi.0000196422.42599.63

- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/psp/52/3/511/>
- Hesse, E. (2008). The adult attachment interview: protocol, method of analysis, and empirical studies. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Hill, J., Hill, J., Stepp, S. D., Stepp, S. D., Wan, M. W., Wan, M. W., ... Pilkonis, P. A. (2011). Attachment, Borderline Personality, and Romantic Relationship Dysfunction. *Journal of personality disorders*, 25(6), 789–805. doi:10.1521/pedi.2011.25.6.789
- Hoch, P. & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23(2), 248–276. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01563119>
- Hoffart, A. & Martinsen, E. W. (1993). The effect of personality disorders and anxious-depressive comorbidity on outcome in patients with unipolar depression and with panic disorder and agoraphobia. *Journal of personality disorders*, 7(4), 304–311. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.1993.7.4.304>
- Holmes, J. (1998). *Narrative in psychotherapy and psychiatry*.
- Hooley, J. M. & Wilson-Murphy, M. (2012). Adult attachment to transitional objects and borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/pedi.2012.26.2.179>
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G. & Karterud, S. (2006 september). An investigation of the validity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition avoidant personality disorder construct as a prototype category and the psychometric properties of the diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 376–383. doi:10.1016/j.comppsy.2006.01.006
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G. & Karterud, S. (2007 juli). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 348–356. doi:10.1016/j.comppsy.2007.03.004
- Hyler, S. & Rieder, R. (1987). *Pdq-r: personality questionnaire*. Unpublished manuscript, New York State Psychiatric Institute. New York.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M. & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of*

- general psychiatry*, 56(7), 600. Hentet fra <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/56/7/600.pdf>
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F. & Cloninger, C. R. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 756–764.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, □. (2010). *Personlighetspsykiatri*.
- Kernberg, O. F. & Caligor, E. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. I J. Clarkin & M. Lenzenweger (Red.), *Major theories of personality disorder* (s. 106–140). New York: Guilford Press.
- Kobak, R. R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 135–146. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/10.2307/1130395>
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K. & Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: a developmental pathways model. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (Red.), *Handbook of developmental psychopathology* (2. utg., s. 333–369). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lamb, M. E., Thompson, R. A., Gardner, W. P., Charnov, E. L. & Estes, D. (1984). Security of infantile attachment as assessed in the strange situation: Its study and biological interpretation. *Behavioral and Brain Sciences*, 7(1), 127–171. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=6711168>
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J. & Clarkin, J. F. (2005a). Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38(2), 64–74. Hentet fra <http://www.karger.com/Article/Fulltext/84813>
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J. & Clarkin, J. F. (2005b). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(04), 1–29. doi:10.1017/S0954579405050455
- Luyten, P. & Blatt, S. J. (2011 februar). Clinical Psychology Review. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 52–68. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.003
- Lyddon, W. J. & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 405–414. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01987.x/abstract>

- Lynum, L. I., Wilberg, T. & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders - LYNUM - 2008 - Scandinavian Journal of Psychology - Wiley Online Library. *Scandinavian Journal of ...*. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.2008.00655.x/full>
- MacCallum, R. C., Zhang, S. & Preacher, K. J. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological ...*. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/met/7/1/19/>
- Manassis, K., Owens, M., Adam, K. S., West, M. & Sheldon-Keller, A. E. (1999 januar). Assessing attachment: convergent validity of the adult attachment interview and the parental bonding instrument. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 559–567. doi:10.1080/j.1440-1614.1999.00560.x
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C. & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1041–1054. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1041
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, 52(5), 509. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/amp/52/5/509/>
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256–264. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x/full>
- Meyer, B., Pilkonis, P. A. & Beevers, C. G. (2004). What's in a (neutral) face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. *Journal of personality disorders*. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/pedi.2004.18.4.320>
- Meyer, B., Ajchenbrenner, M. & Bowles, D. P. (2005). Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features. *Journal of personality disorders*, 19(6), 641–658. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.2005.19.6.641>
- Meyer, B. & Carver, C. S. (2000). Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: A study of avoidant personality disorder features in college students. *Journal of personality*

- disorders*, 14(3), 233–248. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.2000.14.3.233>
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L. & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of personality disorders*, 15(5), 371–389. doi:10.1521/pedi.15.5.371.19200
- Midelfart, G. N. (2012). Tvillinger og opplevd foreldreomsorg: En undersøkelse av ulikheter mellom eneggede tvillinger, toeggede tvillinger og enlinger. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18166>
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Saunders Philadelphia.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: dsm-iii, axis ii*. New York: Wiley.
- Millon, T. & Davis, R. O. (1996). *Disorders of personality: dsm-iv and beyond*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S., Grossman, S. & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2. utg.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- 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. doi:10.1097/01.nmd.0000218341.54333.4e
- Morse, J. Q., Hill, J., Pilkonis, P. A., Yaggi, K., Broyden, N., Stepp, S., ... Feske, U. (2009). Anger, Preoccupied Attachment, and Domain Disorganization in Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 23(3), 240–257. doi:10.1521/pedi.2009.23.3.240
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L. & Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1111–1123. doi:10.1097/00004583-200209000-00012
- Nestadt, G., Hsu, F.-C., Samuels, J., Bienvenu, O. J., Reti, I., Costa, P. T., Jr & Eaton, W. W. (2006 januar). Latent structure of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 47(1), 54–62. doi:10.1016/j.comppsy.2005.03.005
- Nguyen, N. & Granly, N. (2008). Tilknytning i romantiske relasjoner hos voksne barn av foreldre med en psykisk lidelse. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18436>

- Nickell, A. D., Waudby, C. J. & Trull, T. J. (2002). Attachment, Parental Bonding and Borderline Personality Disorder Features in Young Adults. *Journal of personality disorders*, 16(2), 148–159. doi:10.1521/pedi.16.2.148.22544
- Nunnally, J. C. (2010). *Psychometric theory 3e*. Tata McGraw-Hill Education.
- Olsson, I., Sorebø, Ø. & Dahl, A. A. (2010). The Norwegian version of the Experiences in Close Relationships measure of adult attachment: Psychometric properties and normative data. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(5), 340–349. doi:10.3109/08039481003728586
- Organization, W. H. (1993). *The icd-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. World Health Organization.
- Oslo universitetssykehus HF. (nodate). Seksjon for personlighetspsykiatri. Hentet fra <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/personlighetspsykiatri/sider/enhet.aspx>
- Pedersen, G., Karterud, S., Hummelen, B. & Wilberg, T. (2013a mai). The impact of extended longitudinal observation on the assessment of personality disorders. *Personality and Mental Health*, n/a–n/a. doi:10.1002/pmh.1234
- Pedersen, G., Karterud, S., Hummelen, B. & Wilberg, T. (2013b). The impact of extended longitudinal observation on the assessment of personality disorders. *Personality and Mental Health*. doi:10.1002/pmh.1234
- Pedersen, G. A. (2002). Norsk revidert versjon av inventory of interpersonal problems □ circumplex (iip-c). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, NA(NA).
- Pilkonis, P. A. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of personality disorders*, 2(2), 144–152. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.1988.2.2.144>
- Pincus, A. L. (2005). The interpersonal nexus of personality disorders. I S. Strack (Red.), *Handbook of personology and psychopathology* (s. 120–139). Wiley New York, NY.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B. & Lancee, W. (2010 oktober). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 419–432. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.08.006
- Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: A proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European Psychiatry*, 15(3), 151–159. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933800002406>

- Reich, J., Nduaguba, M. & Yates, W. (1988). Age and sex distribution of dsm-iii personality cluster traits in a community population. *Comprehensive psychiatry*, 29(3), 298–303.
- Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Salh, G., Atkison, H. & Ross, C. A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19(1), 263. doi:10.1017/S0954579407070149
- Riggs, S. A., Sahl, G., Greenwald, E., Atkison, H., Paulson, A. & Ross, C. A. (2007). Family environment and adult attachment as predictors of psychopathology and personality dysfunction among inpatient abuse survivors. *Violence and victims*, 22(5), 577–600. Hentet fra <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/vav/2007/00000022/00000005/art00005>
- Rindal, G. (2000). *Attachment patterns in patients diagnoses with avoidant personality disorder*. Oslo: University of Oslo.
- Rosenstein, D. S., Rosenstein, D. S., Horowitz, H. A. & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244. doi:10.1037/0022-006X.64.2.244
- Sanislow, C. A., da Cruz, K., Gianoli, M. O. & Reagan, E. M. (2012). Avoidant personality disorder, traits, and type. I T. Widiger (Red.), *The oxford handbook of personality disorders*. New York: Oxford University Press.
- Sanislow, C. A., Morey, L. C., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Tracie Shea, M., Skodol, A. E., ... McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 28–36. Hentet fra http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2002.0_479.x/full
- Scott, L. N., Kim, Y., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G., Stepp, S. D., ... Pilkonis, P. A. (2013). Preoccupied Attachment and Emotional Dysregulation: Specific Aspects of Borderline Personality Disorder or General Dimensions of Personality Pathology? *Journal of personality disorders*, 1–23. Hentet fra http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi_2013_27_099
- Scott, L. N., Levy, K. N. & Pincus, A. L. (2009). Adult Attachment, Personality Traits, and Borderline Personality Disorder Features in Young Adults. *Journal of personality disorders*, 23(3), 258–280. doi:10.1521/pedi.2009.23.3.258

- Shedler, J., Mayman, M. & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American psychologist*, 48(11), 1117. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-09623-001>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59, 22–33. Hentet fra http://www.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferences/Sheehan_1998.pdf
- Sibcy, G. A. (2001). *Adult attachment styles and psychopathology in a clinical sample* (Doktoravhandling, School of Professional Psychology). Hentet fra http://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1054&context=fac_dis
- Sibley, C. G. & Liu, J. H. (2004). Short-term temporal stability and factor structure of the revised experiences in close relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *Personality and Individual Differences*. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188690300165X>
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., ... Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(1), 4–22. doi:10.1037/a0021891
- Skodol, A. E., Skodol, A. E., Bender, D. S., Bender, D. S., Morey, L. C., Morey, L. C., ... Siever, L. J. (2011). Personality Disorder Types Proposed for DSM-5. *Journal of personality disorders*, 25(2), 136–169. doi:10.1521/pedi.2011.25.2.136
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W. & Cadoret, R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of personality disorders*, 12(4), 302–315. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.1998.12.4.302>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V. & Bissada, H. (2006 januar). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16(1), 106–121. doi:10.1080/10503300500090928

- Taylor, C. T., Laposa, J. M. & Alden, L. E. (2004). Is avoidant personality disorder more than just social avoidance? *Journal of personality disorders*, 18(6), 571–594. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.18.6.571.54792>
- Tiliopoulos, N. & Jiang, Y. (2012). The empirical (ir)relevance of attachment theory. *Acparian, NA(NA)*.
- Timmerman, I. G. H. & Emmelkamp, P. M. G. (2006). The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 48–56. doi:10.1016/j.ijlp.2005.04.005
- Torgersen, A. M. K. (2013). Forklaringer på individuelle forskjeller i tilknytningsmønstre hos barn og voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(1), 16–22.
- Torgersen, S. (2009). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. I J. Oldham, A. Skodol & D. Bender (Red.), *Essentials of personality disorders* (s. 83–102). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590. Hentet fra <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/58/6/590.pdf>
- van Ijzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2008). The distribution of adult attachment representations in clinical groups: a meta-analytic search for patterns of attachment in 105 aai studies. I H. Steele & M. Steele (Red.), *Clinical applications of the adult attachment interview* (s. 69–96). New York: Guilford Press.
- Vrabel, K. R., Hoffart, A., Rø, Ø., Martinsen, E. W. & Rosenvinge, J. H. (2010). Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of abnormal psychology*, 119(3), 623. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/abn/119/3/623/>
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B. & Sroufe, L. A. (1997 mai). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637–644. doi:10.1097/00004583-199705000-00014
- Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D. & Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work (s) in progress. *Attachment & Human Development*, 4(2), 230–242. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14616730210154216>

- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B. & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187–204. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223890701268041>
- Westen, D. & Nakash, O. (nodate). *Attachment prototype questionnaire manual*. Hentet fra www.psychsystems.net/lab
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C. & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1065. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1065
- Westen, D. & Weinberger, J. (2004). When Clinical Description Becomes Statistical Prediction. *American psychologist*, 59(7), 595–613. doi:10.1037/0003-066X.59.7.595
- Widiger, T. A. & Boyd, S. (2009). Personality disorder assessment instruments. I J. N. Butcher (Red.), *The oxford handbook of personality disorders* (s. 336–363). New York: Oxford University Press.
- Wilberg, T. (2013, 5. april). personlig meddelelse.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G. & Urnes, Ø. (2009 januar). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(5), 390–396. doi:10.1080/08039480902831322
- Zachrisson, H. D. (2009 juni). Attachment in middle and late childhood : measurement validation and relation to mental health problems, 1–74. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18540>
- Zeifman, D. & Hazan, C. (2008). Pair bonds as attachment. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research models. *archives of general psychiatry*. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225–245.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911–1918. Hentet fra <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=162&page=1911&journalID=13>