

Reduksjon i utrygg tilknytningsstil predikerer behandlingsrespons hos personer med cluster C
personlighetsforstyrrelser

Trine Helen Magnussen

Psykologisk institutt, NTNU, Trondheim

Desember 2014

Forord

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Truls Ryum for fenomenal hjelp med dataanalyse og tolkning av resultater, samt gode tips for struktur og oppbygging av oppgaven. Han har vært svært tilgjengelig, og villig til å svare på både små og store spørsmål – noe jeg har satt stor pris på. Jeg vil også takke Tore Stiles for tilgang til datamaterialet jeg har brukt i denne oppgaven.

Sammendrag

Cluster C personlighetsforstyrrelser kjennetegnes av vansker i interpersonlige relasjoner, og er forbundet med høyt symptomtrykk og mye ubehag. Flere studier har vist at psykoterapi for cluster C personlighetsforstyrrelser har effekt, men det er mindre kjent hva dette skyldes. Tilknytningsteori brukes i denne studien som rammeverk for å se på én faktor som kan være av betydning for behandlingseffekt, nemlig tilknytningsstil. Unnvikende og ambivalent tilknytningsstil ble regnet ut på bakgrunn av ledd fra IIP-127. Utvalget består av 25 kvinner og 25 menn mellom 18 og 65 år, diagnostisert med én eller flere cluster C personlighetsforstyrrelser, samt ulike symptomlidelser. Halvparten gjennomgikk 40 timer med korttids dynamisk psykoterapi (STDP), og halvparten gjennomgikk 40 timer med kognitiv terapi (KT). Begge psykoterapiformene ble administrert som individualterapi. En uavhengig t-test viste ingen statistisk signifikant forskjell i tilknytningsstil mellom behandlingsgruppene, og utvalget ble derfor slått sammen. En paret t-test viste at det var statistisk signifikant reduksjon i både unnvikende og ambivalent tilknytningsstil i løpet av behandlingen (fra pre til post). Resultatene av trinnvise hierarkiske regresjonsanalyser viste at reduksjon i unnvikende og ambivalent tilknytningsstil i løpet av behandlingen førte til statistisk signifikant bedring, målt på selvrapportskjemaene SCL-90-R, MCMI-III, BAI og BDI. Ulike faktorer som kan være med å bidra til reduksjon i utrygg tilknytningsstil diskuteres, og implikasjoner av funnene drøftes.

Innledning

Hva er personlighetsforstyrrelser?

Personlighetsforstyrrelser defineres ifølge DSM-IV som vedvarende, rigide negative mønstre og forventninger til andre mennesker, seg selv og verden, som skaper ubehag og vanskeligheter for personen det gjelder (American Psychiatric Association [APA], 1994). I de fleste personlighetsforstyrrelser er vansker i interpersonlige relasjoner et kjernetrekk (Lyddon & Sherry, 2001). DSM-IV lister opp 10 ulike personlighetsforstyrrelser, som deles inn i én av tre ulike clustre (grupper); cluster A (den rare, eksentriske gruppen), cluster B (den dramatiske, emosjonelle, og uberegnelige gruppen) og cluster C (den engstelige, fryktsomme gruppen) (Joyce, Fujiwara, Cristall, Ruddy, & Ogrodniczuk, 2013). I denne oppgaven vil jeg fokusere på personlighetsforstyrrelsene i cluster C, som består av avhengig, unnvikende, og tvangspreget personlighetsforstyrrelse (APA, 1994). Avhengig personlighetsforstyrrelse kjennetegnes ved underdanig og klengende atferd, som henger sammen med et overdrevent behov for å bli tatt vare på. Dette fordi man er redd for å ikke klare seg på egen hånd, og for å bli forlatt. Unnvikende personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av sosial tilbakeholdenhet, følelse av utilstrekkelighet, og oversensitivitet for negativ evaluering. Disse menneskene er redd for å komme for emosjonelt nær andre. Tvangspreget personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av overopptatthet av orden, perfektjonisme, og kontroll. Personer med denne diagnosen er avhengig av å ha oversikt for å holde angsten under kontroll (APA, 1994). Avhengig, unnvikende og tvangspreget personlighetsforstyrrelse er altså alle preget av høy grad av engstelighet, men angsten har ulike opphav og opprettholdende faktorer.

Personlighetsforstyrrelsene i cluster C har høyest prevalens av personlighetsforstyrrelsene både i populasjonen generelt (ca. 10 %), og blant polikliniske pasienter (ca. 40 %) (Alnæs & Torgersen, 1988; Svartberg & McCullough, 2010; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). Ulike

studier oppgir noe ulike prevalenstall, men de nevnte studiene gir en indikasjon på at cluster C personlighetsforstyrrelser er relativt prevalent i befolkningen. At de samtidig skaper omfattende og langvarige vansker for den det gjelder (APA, 1994), samt at disse personene ofte trenger behandling for sine psykiske vansker, gjør at disse lidelsene utgjør utfordringer for den enkelte pasient, behandlingsapparatet og samfunnet som helhet. Det vil derfor være hensiktsmessig å undersøke hvordan man psykoterapeutisk kan hjelpe denne gruppen på best mulig måte.

Dataene i denne studien er hentet fra en randomisert kontrollert behandlingsstudie hvor utvalget består av personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004). I den opprinnelige studien fikk halvparten av utvalget ($n = 25$) individualterapeutisk korttids dynamisk psykoterapi (STDP), mens den andre halvparten fikk individualterapeutisk kognitiv terapi (KT). Begge gruppene viste statistisk signifikante forbedringer på symptom mål og personlighetsmål både under og etter behandling (Svartberg et al., 2004). Svartberg et al. (2004) konkluderer med at både STDP og KT kan være effektive behandlingsmetoder for personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser, men at det er viktig å identifisere faktorer som predikerer gode eller mindre gode utfall av psykoterapi. I denne oppgaven skal jeg se på én faktor som kan være av betydning – nemlig tilknytningsstil.

Tilknytningsteori og tilknytningsstil

Flere hevder Bowlbys tilknytningsteori (Bowlby, 1977) er spesielt relevant når det gjelder personlighetsforstyrrelser (Brennan & Shaver, 1998; Lyddon & Sherry, 2001; Nakash-Eisikovits, Dutra, & Westen, 2002; Shorey & Snyder, 2006). Tilknytning kan defineres som et emosjonelt bånd i en relasjon, som er unikt for akkurat denne relasjonen (Ainsworth, 1989). Man kan ha flere enn én tilknytningsrelasjon. Tilknytningsrelasjoner karakteriseres av et behov for å holde seg i nærheten av den andre personen, en følelse av ubehag ved atskillelse, glede ved gjenforening etter man har vært separert, og sorg når man mister den andre. Det som skiller tilknytningsrelasjoner fra andre nære

relasjoner, er at man bruker tilknytningspersonen som en trygg base man kan utforske verden fra, og som en trygg havn man kan komme tilbake til for hjelp og støtte (Ainsworth, 1989).

Når man er barn er foreldrene vanligvis de viktigste tilknytningspersonene (Ainsworth, 1989). I ungdomsalder og voksenlivet er tilknytningspersonene vanligvis romantiske partnere og/eller nære venner, mens i alderdommen kan tilknytningspersoner også være ens egne barn (Ainsworth, 1989). Bowlby (1977) argumenterte for at terapeuten kan fungere som tilknytningsperson for pasienten i psykoterapi. Mallinckrodt (2010) gjorde en gjennomgang av forskning på området, og fant støtte for at terapeuten kan fungere som tilknytningsperson for pasienten, og for at pasient-terapeut relasjonen har potensiale for å bli en tilknytningsrelasjon. Tilknytningssystemet er altså aktuelt i alle faser av livet, og spesielt i situasjoner der personen står overfor vanskelige utfordringer vedkommende trenger hjelp og støtte for å håndtere (Mikulincer & Shaver, 2007).

Bowlby (1958) anså tilknytningssystemet som et biologisk basert system, som regulerer nærhet og utforskning mellom barn og omsorgsgiver. Dette sikrer det hjelpeløse spedbarnet overlevelse, og legger grunnlaget for barnets videre utvikling. Om barnet opplever at omsorgsgiver er responsiv og sensitiv overfor dets behov, utvikler barnet ifølge teorien en trygg tilknytningsstil. Barnet er da trygg på at omsorgsgiver vil hjelpe og trøste det ved behov, men også gi det nok frihet til å utforske omverdenen sin. Det vil også utvikle en tillitsfull holdning til verden og menneskene i livet sitt, samt oppleve seg selv som en person med verdi, som andre bryr seg om og ønsker å hjelpe. Om barnet ikke opplever at det kan stole på hjelp og trøst fra omsorgsgiver vil det ifølge teorien utvikle en utrygg tilknytningsstil. Det vil da bli vanskelig for barnet å utforske, lære å håndtere følelsene sine, og skape mening av ulike opplevelser. Barnet vil kunne få vanskeligheter i interpersonlige relasjoner, da det ikke vet hvem det kan stole på og hvordan det skal forholde seg til andre. Det vil også kunne betrakte seg selv som lite verdt, og derfor ikke verdig hjelp og støtte fra andre (Bowlby, 1958).

I voksen alder kan tilknytningsstil komme til uttrykk på ulike måter, i nære tilknytningsrelasjoner (Hazan & Shaver, 1990). En person med trygg tilknytningsstil har ingen vansker med å være emosjonelt nær andre, og er komfortabel med å være avhengig av andre og med at andre er avhengige av seg. Personen bekymrer seg lite for å bli forlatt, eller for å slippe andre for tett innpå seg. Unnvikende og ambivalent tilknytningsstil er ulike uttrykk for utrygg tilknytning. En person med unnvikende tilknytningsstil synes det er ubehagelig å være emosjonelt nær andre, har vanskeligheter med å stole på andre, og synes det er vanskelig å være avhengig av andre. Personen bekymrer seg for å få andre for tett innpå seg, og andre vil ofte være mer intime enn det personen er komfortabel med. Ambivalent tilknytningsstil kjennetegnes ved bekymringer om at partneren ikke elsker en, og om å bli forlatt. Personen vil ofte være emosjonelt nærmere enn den andre personen, noe som ofte skremmer bort den andre (Hazan & Shaver, 1990).

Bowlby kaller disse forventningene til andre og seg selv for indre arbeidsmodeller («internal working models»; Bowlby, 1982a). De indre arbeidsmodellene følger personen livet gjennom, og blir en slags mal for hvordan en samhandler og forholder seg til andre mennesker, og til seg selv (Ainsworth & Bowlby, 1991). Når de indre arbeidsmodellene utspiller seg i interpersonlige relasjoner, kalles de personens tilknytningsstil (Platts, Tyson, & Mason, 2002; Shorey & Snyder, 2006).

Hazan og Shaver (1990) fant at de med trygg tilknytningsstil hadde bedre mental og fysisk helse, enn de med unnvikende og ambivalent tilknytningsstil. Andre har i tråd med dette funnet at utrygg tilknytningsstil er assosiert med høyere symptomtrykk, mer alvorlige psykiske lidelser, dårligere interpersonlige relasjoner, mindre sosial støtte, lavere selvtillit, samt dårligere helse og livskvalitet, sammenlignet med trygg tilknytningsstil (Cozzarelli, Karafa, Collins, & Tagler, 2003; Davila, Burge, & Hammen, 1997; Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape, & Egan, 2001). Personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser har ofte en utrygg tilknytningsstil (Brennan &

Shaver, 1998; Nakash-Eisikovits et al., 2002), samt høyt symptomtrykk og interpersonlige vansker (Lyddon & Sherry, 2001).

Endring i tilknytningsstil

På bakgrunn av at høy grad av trygg tilknytning er mer fordelaktig enn høy grad av utrygg tilknytning, både når det gjelder symptomer og interpersonlige vansker, og at cluster C personlighetsforstyrrelser assosieres med utrygg tilknytningsstil, er det ikke urimelig å hevde at det kan være hensiktsmessig å jobbe mot reduksjon i utrygg tilknytningsstil hos pasienter diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelse i psykoterapi. Men er det mulig å endre tilknytningsstil?

Bowlby (1977) hevdet at en av de viktigste oppgavene til terapeuten var å fungere som en trygg tilknytningsperson for pasienten. På denne måten vil pasienten kunne få korrigerende interpersonlige, emosjonelle opplevelser. Dette kan bidra til å modifisere de indre arbeidsmodellene slik at de blir mer adaptive, så pasienten begynner å forholde seg mer hensiktsmessig til andre og seg selv (Bowlby, 1977).

Flere studier har funnet at statistisk signifikant reduksjon i utrygg og/eller statistisk signifikant økning i trygg tilknytningsstil gjennom psykoterapi er mulig. De ulike studiene har sett på personer med store interpersonlige vansker, samt komorbide akse 1 og akse 2 lidelser (Travis, Binder, Bliwise, & Horne-Moyer, 2001), menn som har utøvd partnervold (Lawson, Barnes, Madkins, & Francios-Lamonte, 2006), personer diagnostisert med borderline personlighetsforstyrrelse (Levy et al., 2006; B. M. Strauss, Mestel, & Kirchmann, 2011), personer diagnostisert med unnvikende personlighetsforstyrrelse (B. M. Strauss et al., 2011), personer diagnostisert med overspisingslidelse (Keating et al., 2014; Tasca, Balfour, Ritchie, & Bissada, 2007) og personer diagnostisert med posttraumatisk stresslidelse (PTSD; Muller & Rosenkranz, 2009). Det er også gjort en studie hvor utvalget er heterogent med tanke på diagnoser (Kirchmann et al., 2012), og en studie som så på endring i tilknytningsstil hos personer uten diagnose(r) for

psykiske lidelser (Kilman et al., 1999). Studiene er ulike med tanke på hvilken type psykoterapi (psykodynamisk, kognitiv eller tilknytningsfokuset) som ble benyttet, om behandlingen foregikk i grupper eller som individualterapi, hvilke diagnosegrupper som var representert, størrelsen på utvalget, om personene i utvalget gikk igjennom psykoterapien poliklinisk eller mens de var innlagt på sykehus, og lengde på behandlingen (fra 3 dager til ett år). Det studiene har til felles er at alle fant statistisk signifikant endring i tilknytning i form av reduksjon i utrygg tilknytningsstil og/eller økning i trygg tilknytningsstil i løpet av et psykoterapeutisk behandlingsforløp.

Det er imidlertid kun én studie som tidligere har sett på om endring i tilknytningsstil predikerer statistisk signifikant bedring på andre utfallsmål (f.eks. symptomsmål og mål på interpersonlige vansker; Maxwell, Tasca, Ritchie, Balfour, & Bissada, 2014). Maxwell et al. (2014) undersøkte 102 kvinner diagnostisert med overspisingslidelse, som gikk igjennom 16 timer med psykodynamisk interpersonlig gruppeterapi. De fant at gruppen som helhet viste statistisk signifikant reduksjon i både unnvikende og ambivalent tilknytningsstil i løpet av behandlingen. Reduksjon i begge tilknytningsstilene predikerte reduserte interpersonlige problemer, og disse effektene var statistisk signifikante. I tillegg predikerte reduksjon i ambivalent tilknytningsstil statistisk signifikant nedgang i depressive symptomer. Forfatterne konkluderer med at resultatene gir støtte til forklaringen om at det skjer en endring i de indre arbeidsmodellene til pasientene, og dermed også i deres tilknytningsstil (Maxwell et al., 2014). Endring i tilknytningsstil kan altså være en underliggende årsaksfaktor i psykoterapi, som medierer positiv endring på andre utfallsmål.

Empirien indikerer altså at statistisk signifikant endring i tilknytningsstil er mulig som følge av psykologisk behandling (Keating et al., 2014; Kilman et al., 1999; Kirchmann et al., 2012; Lawson et al., 2006; Levy et al., 2006; Maxwell et al., 2014; Muller & Rosenkranz, 2009; B. M. Strauss et al., 2011; Tasca et al., 2007; Travis et al., 2001), og både teori og empiri indikerer at reduksjon i utrygg (unnvikende og ambivalent) tilknytningsstil vil være fordelaktig for psykisk helse i vid forstand (Bowlby, 1958; Cozzarelli et al., 2003; Davila et al., 1997; Hazan & Shaver,

1990; Maxwell et al., 2014; Meyer et al., 2001). Ingen tidligere studier har imidlertid undersøkt om man ser statistisk signifikant reduksjon i utrygg tilknytningsstil hos personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser som går i individualterapi, og om en slik endring eventuelt predikerer statistisk signifikant symptombedring og personlighetsendring. Å besvare disse spørsmålene er derfor denne studiens mål. Dette gjøres med utgangspunkt i studien til Svartberg et al. (2004), som fant at både STDP og KT hadde statistisk signifikant effekt hos personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser (på utfallsmålene IIP-127, SCL-90R og MCMI-III). Det var ingen statistisk signifikant forskjell i behandlingens effekt (Svartberg et al., 2004). På bakgrunn av den nevnte teorien og empirien ble de følgende hypoteser utarbeidet; Hypotese 1 er at det vil være statistisk signifikant reduksjon i unnvikende og ambivalent (utrygg) tilknytningsstil i løpet av behandlingen (fra pre til post). Hypotese 2 er at reduksjon i unnvikende og ambivalent (utrygg) tilknytningsstil vil predikere statistisk signifikant bedring på symptommålene SCL-90-R, BAI og BDI, og på personlighetsmålet MCMI-III i løpet av behandlingen.

Metode

En detaljert gjennomgang av det metodiske er beskrevet i Svartberg et al. (2004). Under følger en presentasjon av de viktigste punktene, i forhold til spørsmålene som søkes besvart i denne studien.

Deltagere

Utvalget består av 50 personer (25 kvinner og 25 menn) mellom 18 og 65 år, diagnostisert med én eller flere cluster C personlighetsforstyrrelser, og ingen andre personlighetsforstyrrelser (Svartberg et al., 2004). Personene er diagnostisert på grunnlag av DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Ulike former for depresjon og angstlidelser var vanlige komorbide akse 1 lidelser. Halvparten av deltagerne ble tilfeldig fordelt til å gjennomgå et individualterapeutisk

behandlingsforløp på 40 ukentlige timer med korttids dynamisk psykoterapi (STDP), den andre halvparten til å gjennomgå et individualterapeutisk behandlingsforløp på 40 ukentlige timer med kognitiv terapi (KT) (Svartberg et al., 2004).

Behandlingsmodeller og terapeuter

STDP. STDP baserer seg på Malans konfliktriangel og persontriangel (McCullough Vaillant, 1997). I konfliktriangelet konseptualiseres det at forsvar og angst hindrer at følelser uttrykkes, mens i persontriangelet konseptualiseres det at man jobber med konflikt i tidligere og nåværende relasjoner gjennom pasient-terapeut relasjonen. I terapi er målene at pasienten skal bli klar over og endre forsvaret sitt slik at det blir mer adaptivt, bli klar over og utsette seg selv for tidligere unngåtte adaptive følelser, og lære å se seg selv og andre på en mer realistisk og hensiktsmessig måte. Terapeuten hjelper pasienten med dette på flere måter; ved å bevisstgjøre pasienten på egne forsvarsmekanismer på en ikke-konfronterende måte, ha forståelse for pasientens underliggende konfliktfylte affekter, hjelpe pasienten å uttrykke disse, og regulere pasientens angst når denne blir for høy (McCullough Vaillant, 1997).

Det var åtte STDP-terapeuter, hvorav tre var psykiatere og fem var psykologer (Svartberg et al., 2004). Alle hadde erfaring med dynamisk terapi generelt, og STDP spesielt. I tillegg gikk de igjennom et treningsprogram for STDP, for å sikre at de fulgte behandlingsmanualen og at kvaliteten på utførelsen av teknikkene var tilfredsstillende. Hver terapeut behandlet mellom to og fire pasienter (Svartberg et al., 2004).

KT. Den kognitive terapien tok utgangspunkt i den kognitive modellen for personlighetsforstyrrelser (Beck & Freeman, 1990). I denne modellen tenker man at pasientens grunnleggende oppfatninger om seg selv og andre er det som skaper vanskeligheter for vedkommende. De grunnleggende oppfatningene var kanskje adaptive tidligere, men i personens nåværende situasjon er de lite hensiktsmessige. Målene er derfor at pasienten skal utvikle nye og

mer adaptive grunnleggende oppfatninger, mer hensiktsmessige interpersonlige problemløsningferdigheter, og mer hensiktsmessig atferd. Terapeuten tar i bruk strukturerte teknikker for å restrukturere pasientens maladaptive grunnleggende oppfatninger. Dette gjøres blant annet ved at terapeuten hjelper pasienten å identifisere negative automatiske tanker, og å utforske tidligere og nåværende opplevelser. For å oppnå disse målene er man avhengig av en trygg og samarbeidende pasient-terapeut relasjon. I terapiforløpet tar man først tak i eventuell akse 1 problematikk. Altså behandles symptomidelser før personlighetsforstyrrelser. Pasienten får hjemmearbeid mellom timene for å øve på det vedkommende har lært i terapi. KT er en mer strukturert terapiform enn STDP (Beck & Freeman, 1990).

Det var seks KT-terapeuter, hvorav alle var psykologer (Svartberg et al., 2004). Alle hadde erfaring med KT generelt, og KT for personlighetsforstyrrelser spesielt. De gikk i tillegg igjennom et treningsprogram for KT for personlighetsforstyrrelser, for å sikre at de fulgte behandlingsmanualen og at kvaliteten på utførelsen av teknikkene var tilfredsstillende. Hver terapeut behandlet mellom én og fem pasienter (Svartberg et al., 2004).

Instrumenter

SCID-I og SCID-II. De diagnostiske evalueringene ble gjort ved hjelp av det strukturerte kliniske intervjuet for DSM-III-R symptomidelser (SCID-I; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990b), og ved hjelp av det strukturerte kliniske intervjuet for DSM-III-R personlighetsforstyrrelser (SCID-II; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990a). Interrater reliabiliteten til både SCID-I (Skre, Onstad, Torgersen, & Kringlen, 1991) og SCID-II (Williams et al., 1992) anses å være tilfredsstillende høy i kliniske populasjoner. Cohen's kappa, som er et mål på interrater reliabilitet (Howell, 2010), oppgis i Svartberg et al. (2004) å være 0.77 for SCID-II i denne studien. Interrater reliabilitet over 0.7 anses å være god (Langdridge, 2006). Disse retningslinjene er imidlertid

veiledende, og hva som anses som god nok interrater reliabilitet er avhengig av fenomenet som studeres (Langdridge, 2006).

SCL-90-R. Symptomtrykk ble målt ved hjelp av global severity index (GSI) fra symptom checklist, revidert utgave (SCL-90-R; Derogatis, 1983). SCL-90-R er et selvrappport spørreskjema med 90 ledd, som tar for seg et bredt spekter av psykiske symptomer. Hvert utsagn befinner seg på en likert-skala fra 0 (*minimum*) til 4 (*maksimum*), og man skal indikere hvordan man har hatt det den siste uken på hvert ledd. GSI kan brukes som samleskåre for hele testen. 0 indikerer fravær av symptomer, 4 indikerer svært høyt symptomtrykk (Derogatis, 1983). I denne studien brukes GSI-skårene for time 1 (første behandlingstime/pre) og for time 40 (siste behandlingstime/post).

MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory, versjon 3 (MCMI-III; Millon, 1984) ble brukt for å vurdere personlighetspatologi ut fra cluster C skalaene unngående, avhengig-underdanig, kompulsiv-konformerende, og passiv-aggressiv. MCMI-III er et selvrappport spørreskjema, hvor man på hvert ledd skal svare om leddet enten stemmer eller ikke stemmer. Det ble regnet ut en totalskåre for de fire skalaene samlet. En skåre på 74 eller over indikerer et klinisk syndrom (Millon, 1984). I denne studien brukes MCMI-skårene for time 1 (første behandlingstime/pre) og for time 40 (siste behandlingstime/post).

BAI. Beck anxiety inventory (BAI) ble brukt for å måle grad av angstsymptomer (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). BAI er et selvrappport spørreskjema bestående av 21 spørsmål, som skal besvares på en likert-skala fra 0 (*minimum*) til 3 (*maksimum*), hvor man skal angi hvordan man har følt seg den siste uken. Skårene fra alle leddene legges sammen. 0 indikerer ingen angstsymptomer, 63 indikerer alvorlig angst (Beck et al., 1988). I denne studien brukes BAI-skårene for time 1 (første behandlingstime/pre) og for time 40 (siste behandlingstime/post).

BDI. Beck depression inventory (BDI) ble brukt for å måle grad av depresjonsymptomer (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). BDI er et selvrappport spørreskjema bestående

av 21 spørsmål, som skal besvares på en likert-skala fra 0 (*minimum*) til 3 (*maksimum*), hvor man skal angi hvordan man har følt seg den siste uken. Skårene fra alle leddene legges sammen. 0 indikerer ingen depresjonsymptomer, 63 indikerer alvorlig depresjon (Beck et al., 1961). I denne studien brukes BDI-skårene for time 1 (første behandlingstime/pre) og for time 40 (siste behandlingstime/post).

Tilknytning. Utvalgte ledd fra Inventory of interpersonal problems (IIP-127; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988) ble brukt til å regne ut grad av unnvikende tilknytningsstil (14 ledd) og grad av ambivalent tilknytningsstil (7 ledd) (se Appendiks A; Hardy & Barkham, 1994). Utsagnene besvares på en likert-skala fra 0 (*minimum*) til 4 (*maksimum*). Gjennomsnittet av leddene for henholdsvis unnvikende og ambivalent tilknytningsstil ble regnet ut, slik at hver person i utvalget fikk både en skåre på unnvikende og en skåre på ambivalent tilknytningsstil. 0 indikerer ingen grad av unnvikende/ambivalent tilknytning, 4 indikerer høy grad av unnvikende/ambivalent tilknytning (Hardy & Barkham, 1994). Tilknytningsstil er regnet ut for tre tidspunkt; før behandling (time 1/pre), midt i behandlingsforløpet (time 20/midt), og siste behandlingstime (time 40/post). Chronbach's alfakoeffisient ble regnet ut for å undersøke om den interne reliabiliteten til målet var tilfredsstillende. En alfakoeffisient over 0.8 anses som god, og bør helst være over 0.7 for å anses som tilfredsstillende (Langdridge, 2006). Som med interrater reliabilitet er imidlertid disse retningslinjene veiledende, og hva som anses som god nok reliabilitet er også her avhengig av fenomenet som studeres (Langdridge, 2006). Chronbach's alfakoeffisient var 0.87 for unnvikende tilknytningsstil, og 0.58 for ambivalent tilknytningsstil.

Dataanalyse

Dataanalysene ble utført i SPSS, versjon 21. Antall personer (*N*) varierer fra 47 til 50 i analysene på grunn av manglende data på enkelte av målene. Vi utførte først en korrelasjonsanalyse, for å undersøke hvor mye de ulike målene (SCL-90-R, MCMI-III, BAI, BDI, og tilknytning)

korrelerte med hverandre før oppstart av behandling. Vi utførte så uavhengige t-tester for å undersøke om det var statistisk signifikant forskjell i grader av unnvikende og ambivalent tilknytningsstil mellom behandlingsbetingelsene (STDP og KT), pre (time 1) og post (time 40). Deretter utførte vi parede t-tester for unnvikende og ambivalent tilknytningsstil (for hele utvalget samlet), for å undersøke om det var statistisk signifikant endring i tilknytningsstil fra oppstart av psykoterapi (pre) til avslutning (post). Det ble også utført parede t-tester for å undersøke om det var statistisk signifikant endring fra pre til post for BAI og BDI. Parede t-tester for SCL-90-R og MCMI-III ble utført av Svartberg et al. (2004).

Deretter utførte vi åtte trinnvise hierarkiske regresjonsanalyser, for å undersøke om reduksjon i unnvikende og ambivalent (utrygg) tilknytningsstil predikerte utfall under psykoterapi på selvrapportskjemaene SCL-90-R, MCMI-III, BAI, og BDI. Det man ønsker å undersøke med en trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse er om hver av de uavhengige variablene som legges til i modellen bidrar til å predikere statistisk signifikant mer av variansen i den avhengige variabelen, enn det som allerede forklares av de foregående variablene som er lagt inn i modellen (Langdridge, 2006). Separate analyser ble gjort for hvert utfallsmål, og for hver tilknytningsstil. For hvert utfallsmål ble variablene entret i følgende rekkefølge: etter å ha kontrollert for pre-verdier (time 1) for den avhengige variabelen i trinn 1, ble pre-verdier (time 1) for tilknytningsstil (unnvikende; ambivalent) entret i trinn 2. Deretter ble skårer for tilknytningsstil (unnvikende; ambivalent) midt (time 20) entret i trinn 3, og til sist ble skårer for tilknytningsstil (unnvikende; ambivalent) ved siste psykoterapitime (time 40) entret i trinn 4.

Resultater

Preliminære analyser

Resultatene av korrelasjonsanalysen er presentert i tabell 1.

Sett inn tabell 1 omtrent her

Ut fra disse korrelasjonene kan man si at unnvikende og ambivalent tilknytningsstil er positivt korrelert, men at de sannsynligvis måler ulike fenomener eller former for tilknytning. SCL-90-R, MCMI-III, BAI og BDI viser også positive korrelasjoner med både unnvikende og ambivalent tilknytningsstil, men er ikke tilstrekkelig høye til at de kan sies å måle samme fenomen. SCL-90-R viser høye korrelasjoner med både BAI og BDI. Det samme gjelder korrelasjonen mellom BAI og BDI. Dette er som forventet da de alle er symptom mål, som måler delvis overlappende fenomener. Alle målene ble inkludert i de videre analysene, da de antas å måle ulike fenomener.

Uavhengige t-tester viste ingen statistisk signifikante gruppeforskjeller mellom de som gikk igjennom STDP og de som gikk igjennom KT når det gjelder grad av unnvikende tilknytningsstil, $t(48) = 1.12, p = .27$ pre; $t(48) = 0.11, p = .91$ post. Heller ikke for ambivalent tilknytningsstil fant vi statistisk signifikante gruppeforskjeller, $t(48) = -0.53, p = .60$ pre; $t(46) = 0.32, p = .75$ post. Vi valgte derfor å slå sammen utvalget til én gruppe i de videre analysene.

En paret t-test viste at hele utvalget under ett viste statistisk signifikant reduksjon i unnvikende tilknytningsstil, $t(49) = 2.90, p = .01$, fra pre til post. En paret t-test viste også statistisk signifikant reduksjon i ambivalent tilknytningsstil, $t(47) = 4.41, p < .001$, fra pre til post. Parede t-

tester for hele utvalget viste statistisk signifikant endring fra pre til post for både BAI, $t(48) = 3.20$, $p = .00$, og BDI, $t(48) = 4.34$, $p < .001$. I studien dataene er hentet fra var det statistisk signifikant endring på SCL-90-R, $p < .01$, fra pre til post i både STDP og KT (Svartberg et al., 2004). Det var også statistisk signifikant endring på MCMI-III, $p < .01$ for STDP og $p < .05$ for KT, fra pre til post (Svartberg et al., 2004). Det var altså statistisk signifikant reduksjon i begge tilknytningsstilene (unnavikende og ambivalent), og statistisk signifikant endring på alle utfallsmålene (BAI, BDI, SCL-90-R og MCMI-III) fra før oppstart av psykoterapi til avslutning (fra pre til post).

Hovedanalyser

Resultatene av den trinnvise hierarkiske regresjonsanalysen hvor SCL-90-R post var avhengig variabel, og SCL-90-R pre og unnavikende tilknytningsstil for de tre ulike tidspunktene var uavhengige variabler er presentert i tabell 2.

Sett inn tabell 2 omtrent her

Etter å ha kontrollert for pre-verdiene på SCL-90-R og unnavikende tilknytningsstil, fant vi statistisk signifikante effekter for unnavikende tilknytningsstil ved time 20 og ved time 40. Endring i unnavikende tilknytningsstil for time 20 i behandlingen forklarer 30 %, $p < .001$, av variansen i SCL-90-R post. Endring i unnavikende tilknytningsstil for time 40 forklarer i tillegg 5 % av variansen, $p = .01$.

Tabell 3 viser resultatene av den trinnvise hierarkiske regresjonsanalysen hvor SCL-90-R post var avhengig variabel, og SCL-90-R pre og ambivalent tilknytningsstil for de tre ulike tidspunktene var uavhengige variabler.

Sett inn tabell 3 omtrent her

Etter å ha kontrollert for pre-verdiene på SCL-90-R og ambivalent tilknytningsstil, fant vi statistisk signifikante effekter for ambivalent tilknytningsstil ved time 20 og ved time 40. Endring i ambivalent tilknytningsstil for time 20 forklarer 22 %, $p < .001$, av variansen i SCL-90-R post. Endring i ambivalent tilknytningsstil for time 40 forklarer ytterligere 5 % av variansen, $p = .03$.

Tabell 4 viser resultatene av den trinnvise hierarkiske regresjonsanalysen hvor MCMI-III post var avhengig variabel, og MCMI-III pre og unnvikende tilknytningsstil for de tre ulike tidspunktene var uavhengige variabler.

Sett inn tabell 4 omtrent her

Etter å ha kontrollert for pre-verdiene på MCMI-III og unnvikende tilknytningsstil, fant vi statistisk signifikante effekter for unnvikende tilknytningsstil ved time 20 og ved time 40. Endring i unnvikende tilknytningsstil midtveis i psykoterapien forklarer 19 %, $p < .001$, av variansen i MCMI-III post. Endring i unnvikende tilknytningsstil i siste terapitime forklarer ytterligere 4 % av variansen, $p = .04$.

Tabell 5 viser resultatene av den trinnvise hierarkiske regresjonsanalysen hvor MCMI-III post var avhengig variabel, og MCMI-III pre og ambivalent tilknytningsstil for de tre ulike tidspunktene var uavhengige variabler.

Sett inn tabell 5 omtrent her

Etter å ha kontrollert for pre-verdiene på MCMI-III og ambivalent tilknytningsstil, fant vi statistisk signifikant effekt for ambivalent tilknytningsstil ved time 20. Endring i ambivalent tilknytningsstil midtveis forklarer 9 %, $p = .01$, av variansen i MCMI-III post.

Tabell 6 viser resultatene av den trinnvise hierarkiske regresjonsanalysen hvor BAI post var avhengig variabel, og BAI pre og unnvikende tilknytningsstil for de tre ulike tidspunktene var uavhengige variabler.

Sett inn tabell 6 omtrent her

Etter å ha kontrollert for pre-verdiene på BAI og unnvikende tilknytningsstil, fant vi statistisk signifikant effekt for unnvikende tilknytningsstil ved time 20. Endring i unnvikende tilknytningsstil midtveis i psykoterapien forklarer 24 %, $p < .001$, av variansen i BAI post.

Tabell 7 viser resultatene av den trinnvise hierarkiske regresjonsanalysen hvor BAI post var avhengig variabel, og BAI pre og ambivalent tilknytningsstil for de tre ulike tidspunktene var uavhengige variabler.

Sett inn tabell 7 omtrent her

Etter å ha kontrollert for pre-verdiene på BAI og ambivalent tilknytningsstil, fant vi statistisk signifikant effekt for ambivalent tilknytningsstil ved time 20. Endring i ambivalent tilknytningsstil midtveis forklarer 21 %, $p = .00$, av variansen i BAI post.

Tabell 8 viser resultatene av den trinnvise hierarkiske regresjonsanalysen hvor BDI post var avhengig variabel, og BDI pre og unnvikende tilknytningsstil for de tre ulike tidspunktene var uavhengige variabler.

Sett inn tabell 8 omtrent her

Etter å ha kontrollert for pre-verdiene på BDI og unnvikende tilknytningsstil, fant vi statistisk signifikant effekt for unnvikende tilknytningsstil ved time 20. Endring i unnvikende tilknytningsstil midtveis i psykoterapien forklarer 25 %, $p < .001$, av variansen i BDI post.

Tabell 9 viser resultatene av den trinnvise hierarkiske regresjonsanalysen hvor BDI post var avhengig variabel, og BDI pre og ambivalent tilknytningsstil for de tre ulike tidspunktene var uavhengige variabler.

Sett inn tabell 9 omtrent her

Etter å ha kontrollert for pre-verdiene på BDI og ambivalent tilknytningsstil, fant vi statistisk signifikant effekt for ambivalent tilknytningsstil ved time 20. Endring i ambivalent tilknytningsstil midtveis forklarer 26 %, $p < .001$, av variansen i BDI post.

Diskusjon

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å undersøke om det var statistisk signifikant reduksjon i utrygg tilknytningsstil (unnavikende og ambivalent) hos personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser som går i individualterapi (STDP eller KT), og om en slik endring eventuelt predikerer statistisk signifikant endring på andre utfallsmål for symptomer og personlighet. Den første hypotesen var at det ville være statistisk signifikant reduksjon i unnavikende og ambivalent tilknytningsstil i løpet av behandlingen. Den andre hypotesen var at reduksjon i unnavikende og ambivalent tilknytningsstil ville predikere statistisk signifikant bedring på symptom- og personlighetsmål i løpet av behandlingen. Det ble funnet støtte for begge hypotesene, som diskuteres mer detaljert under.

I tråd med hypotese 1 ble det funnet statistisk signifikant reduksjon i både unnavikende og ambivalent tilknytningsstil i løpet av behandlingen. Cluster C personlighetsforstyrrelser

kjennetegnes av grunnleggende personlighetsproblematikk (APA, 1994), og assosieres ofte med utrygg tilknytningsstil (Brennan & Shaver, 1998; Nakash-Eisikovits et al., 2002). Funnene er på bakgrunn av dette som forventet, fordi man antar at tilknytningsstil har sammenheng med personlighet (Ainsworth & Bowlby, 1991; Lyddon & Sherry, 2001). De er også i tråd med tidligere forskning som viser statistisk signifikant reduksjon i utrygg tilknytning og/eller statistisk signifikant økning i trygg tilknytning i løpet av et psykoterapeutisk behandlingsforløp, i andre utvalg (Keating et al., 2014; Kilmann et al., 1999; Kirchmann et al., 2012; Lawson et al., 2006; Levy et al., 2006; Maxwell et al., 2014; Muller & Rosenkranz, 2009; B. M. Strauss et al., 2011; Tasca et al., 2007; Travis et al., 2001). Resultatene gir altså støtte for hypotese 1. Med tanke på at utrygg tilknytningsstil assosieres med høyt symptomtrykk, mer alvorlige psykiske lidelser, dårligere interpersonlige relasjoner, lite sosial støtte, lav selvtilit, dårligere mental og fysisk helse, og dårligere livskvalitet, sammenlignet med en tryggere tilknytningsstil (Cozzarelli et al., 2003; Davila et al., 1997; Hazan & Shaver, 1990; Meyer et al., 2001), er dette oppløftende funn.

Resultatene gir også støtte for hypotese 2 (se tabellene 2 til 9). Etter å ha kontrollert for inntaksverdiene for både den avhengige variabelen i trinn 1 og tilknytningsstil (unnavikende; ambivalent) i trinn 2, predikerte endring i unnavikende og ambivalent tilknytningsstil statistisk signifikant endring i de ulike utfallsmålene (SCL-90-R, MCMI-III, BAI og BDI) i løpet av behandlingen. For alle de trinnvise hierarkiske regresjonsanalysene var det tilknytningsstil ved time 20 som predikerte det meste av endringen i de ulike utfallsmålene, og denne effekten var statistisk signifikant for alle regresjonsanalysene. Andel forklart varians i første halvdel av psykoterapien hadde et spenn fra 9 % (ambivalent tilknytningsstil på MCMI-III post) til 30 % (unnavikende tilknytningsstil på SCL-90-R post). Dette tyder på at det hovedsaklig er endring i tilknytningsstil i første halvdel av psykoterapien som har statistisk signifikante effekter på utfallsmålene. Kun ved tre av de trinnvise hierarkiske regresjonsanalysene predikerte tilknytningsstil ved time 40 noe utover variansen som allerede var forklart ved time 20. Dette var unnavikende tilknytningsstil på SCL-90-R

post (5 %), ambivalent tilknytningsstil på SCL-90-R post (5 %), og unnvikende tilknytningsstil på MCMI-III post (4 %). For de resterende regresjonsanalysene fant vi ikke statistisk signifikante effekter av tilknytningsstil ved time 40.

En årsak til at det hovedsaklig ser ut til å være reduksjon i utrygg tilknytningsstil i første halvdel av psykoterapien som predikerer endring i utfallsmålene kan være at endring i personlighet er noe som skjer gradvis, og tar lenger tid enn symptombedring (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986). Dette er i tråd med det som kalles dose-effekten i psykoterapi (Howard et al., 1986). Howard et al. (1986) fant at statistisk signifikant bedring i symptomlidelser som depresjon og angst skjedde relativt raskt i behandlingsforløpet (i løpet av 4 til 16 behandlingstimer), mens statistisk signifikant personlighetsendring tok lenger tid (26 til 52 behandlingstimer). Cluster C personlighetsforstyrrelser handler som kjent om grunnleggende personlighetsproblematikk (APA, 1994), og det er derfor ikke urimelig å tenke at det her kan være behov for mer langvarig behandling enn for symptomlidelsene. Det ville vært interessant å undersøkt om det hadde vært større effekt i endring i både tilknytningsstil og personlighet i løpet av behandlingen, om behandlingen i denne studien hadde vært mer langvarig. Om man kan oppnå mer langvarige effekter ved å gi langvarig behandling enn ved kortere behandlingsforløp, bør mer langvarige behandlingsforløp kanskje prioriteres framfor mer kortvarig behandling. Dette er imidlertid et forskningsspørsmål det i dag ikke finnes et klart svar på, og det er derfor et interessant område for videre forskning.

Resultatene våre er i tråd med Maxwell et al. (2014) sine funn. De fant som nevnt at reduksjon i unnvikende og ambivalent tilknytningsstil i løpet av den psykoterapeutiske behandlingen predikerte statistisk signifikant reduksjon i interpersonlige problemer. Reduksjon i ambivalent tilknytningsstil i løpet av behandlingen predikerte i tillegg statistisk signifikant nedgang i depressive symptomer (Maxwell et al., 2014). På bakgrunn av resultatene fra de tidligere nevnte

studiene og resultatene fra denne studien, kan tilknytningsstil være én av faktorene som predikerer behandlingsutfall.

Hvilke faktorer bidrar til endring i tilknytningsstil?

At reduksjon i utrygg tilknytningsstil ser ut til å predikere behandlingsutfall for personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser, sier ingenting om hva som fører til denne endringen. Det er mest sannsynlig flere faktorer som bidrar til dette. Eksempler på slike faktorer er aleksitymi (Hexel, 2003; Joyce et al., 2013; Lysaker et al., 2014; Oskis et al., 2013), affektbevissthet (Lech, Andersson, & Holmqvist, 2012), affektregulering (Sarkar & Adshead, 2006), affektaversjon (Schoenleber & Berenbaum, 2012), mentalisering (Chiesa & Fonagy, 2014; Fonagy & Allison, 2014; Gullestad, Johansen, Høglend, Karterud, & Wilberg, 2013), refleksiv fungering (Chiesa & Fonagy, 2014), sosial evalueringsbias (Meyer, Pilkonis, & Beevers, 2004), psykoterapirelasjonen (Bowlby, 1982a; Schore, 2014), arbeidsallianse (Diener & Monroe, 2011; J.L. Strauss et al., 2006), og inntoning (Davis & Hadiks, 1994).

Terapiformene benyttet i denne studien (STDP og KT) fokuserer på enkelte av de mulige endringsfaktorene. Til tross for at disse to psykoterapiformene benytter seg av ulike teknikker, oppnår de begge statistisk signifikant reduksjon i utrygg tilknytning i løpet av 40 timer med individuell psykoterapi. Det er ingen statistisk signifikant forskjell verken i endring i tilknytningsstil eller behandlingseffekt (målt gjennom utfallsmålene SCL-90-R, MCMI-III, BAI, og BDI). Hva er det som fører til disse endringene i tilknytningsstil? Er det de spesifikke teknikkene terapeuten bruker, eller er det relasjonelle fellesfaktorer som er av betydning? Det har ikke vært denne studiens mål å besvare disse spørsmålene, men det er allikevel interessant å se nærmere på noen faktorer som kan være av betydning for endring i tilknytningsstil. Under vil jeg derfor diskutere hvordan disse faktorene kan knyttes til STDP og KT, før faktorene forklares mer detaljert og diskuteres i sammenheng med endring i tilknytningsstil.

STDP og KT i forhold til de mulige endringsfaktorene. I denne studien ble ikke effekten av terapibetingelse undersøkt, men effekten av terapi ble kontrollert for. Til tross for at det ikke har vært fokus å undersøke om endring i tilknytningsstil kan ha mer å si for den ene eller andre terapibetingelsen, er det allikevel interessant å se på disse teoretiske aspektene ved de ulike terapiformene.

I STDP tenker man at forsvar og angst hindrer at mer adaptive emosjoner uttrykkes (McCullough Vaillant, 1997). Målet er å bli klar over, og å utsette seg for tidligere unngåtte emosjoner, for å endre forsvaret slik at det blir mer adaptivt (McCullough Vaillant, 1997). Dette stemmer overens med forskning som viser at personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser opplever mer ubehag ved å ha skamfølelse (Schoenleber & Berenbaum, 2012), samt at personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser har vansker med affektregulering (Sarkar & Adshead, 2006). Det stemmer også overens med forskning gjort på aleksitymi (Hexel, 2003; Joyce et al., 2013; Lysaker et al., 2014; Oskis et al., 2013), og affektbevissthet (Lech et al., 2012). I tråd med dette omtales nå STDP som affektfobi-terapi, fordi det i stor grad handler om å eksponere seg for følelser man opplever som ubehagelige (McCullough, 2003). Ved å eksponere seg for slike følelser vil man lære å tolerere og håndtere de bedre. Dette kalles for eksponeringsprinsippet (McCullough, 2003). I tillegg jobbes det med tidligere og nåværende relasjoner gjennom pasient-terapeut relasjonen (McCullough Vaillant, 1997). Her er målet å lære og se seg selv, og andre på en mer realistisk og hensiktsmessig måte (McCullough Vaillant, 1997). Dette er i tråd med tilknytningsteori, hvor det er fokus på å oppdatere de indre arbeidsmodellene (Bowlby, 1982a). En modifisering av de indre arbeidsmodellene vil kunne føre til endring i tilknytningsstil, da tilknytningsstil er de indre arbeidsmodellenes uttrykk i interpersonlige relasjoner (Platts et al., 2002; Shorey & Snyder, 2006). Nyere nevrobiologisk forskning har vist hvordan denne endringen muliggjøres gjennom terapirelasjonen (Schore, 2014).

Statistisk signifikant reduksjon i inhiberende affekter og statistisk signifikant økning i aktiverende affekter, samt statistisk signifikant økning i selvmedfølelse er faktorer som predikerer statistisk signifikant bedring i dette utvalget (Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, & Nielsen, 2011; Valen, Ryum, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2011). Dette gjelder for både STDP og KT, og er i overensstemmelse med affektfoberoterapi og prinsippet om affekteksponering.

I KT arbeides det med å modifisere pasientens grunnleggende oppfatninger av seg selv og andre (Beck & Freeman, 1990). Grunnleggende oppfatninger kan tenkes å være tilnærmet det samme som Bowlby (1982a) kalte indre arbeidsmodeller. Her tenker man, i tråd med Bowlby (1977), at de grunnleggende oppfatningene var adaptive tidligere, men at de er lite hensiktsmessige i personens nåværende situasjon (Beck & Freeman, 1990). Man arbeider også med å identifisere og utfordre negative automatiske tanker (Beck & Freeman, 1990). Dette er i tråd med at personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelse ser ut til å være preget av en kronisk aktivert negativ sosial evalueringbias (Meyer et al., 2004). Målene er som nevnt å hjelpe pasienten å utvikle nye og mer adaptive grunnleggende oppfatninger, mer hensiktsmessige interpersonlige problemløsningferdigheter, og mer hensiktsmessig atferd (Beck & Freeman, 1990). Om grunnleggende oppfatninger kan ses på som indre arbeidsmodeller, kan arbeid med det første målet ses på som modifisering av de indre arbeidsmodellene. De to sistnevnte målene handler om hvordan pasienten forholder seg til andre, og oppfører seg i sosiale situasjoner. Kanskje kan arbeid med de sistnevnte målene sees på som arbeid med pasients tilknytningsstil. Til sammen vil de tre målene muligens kunne komme til uttrykk som endring i pasientens tilknytningsstil, fordi modifisering av indre arbeidsmodeller teoretisk vil kunne føre til endring i hvordan personen forholder seg til andre mennesker. Også i KT vektlegges relasjonen mellom pasient og terapeut, da det ikke vil være mulig å oppnå noen av disse målene uten en trygg og samarbeidende relasjon (Beck & Freeman, 1990). Dette stemmer overens med forskning gjort på allianse i terapi (Diener & Monroe, 2011).

Aleksitymi, affektbevissthet, affektregulering og affektaversjon. Aleksitymi vil si vansker med å gjenkjenne og uttrykke emosjoner, og er av flere foreslått som en faktor som knyttes til endring i tilknytningsstil, i tillegg til å være noe personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser ofte har vanskeligheter med (Hexel, 2003; Joyce et al., 2013; Lysaker et al., 2014; Oskis et al., 2013). Affektbevissthet defineres som evnen til å oppfatte, reflektere rundt, uttrykke, og respondere på andres og egne emosjonelle opplevelser (Lech et al., 2012). Altså tilnærmet det samme som aleksitymi. Det er funnet at lav grad av affektbevissthet er forbundet med utrygg tilknytning, mens høy grad av affektbevissthet er forbundet med trygg tilknytning (Lech et al., 2012).

Et beslektet område er affektregulering, da man er avhengig av å gjenkjenne følelser for å kunne regulere dem på en god måte. Noen hevder man kan se på personlighetsforstyrrelser som grunnleggende affektreguleringsvansker, og at om man hjelper personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser å opparbeide seg bedre affektreguleringsferdigheter vil dette kunne føre til bedring både når det gjelder symptomer, interpersonlige vansker og personlighetsproblematikk (Sarkar & Adshead, 2006). Affekter kommer til uttrykk i interpersonlige relasjoner. En årsak til at bedre affektreguleringsferdigheter muligens kan bidra til reduksjon i interpersonlige vansker kan være at man da vil uttrykke affekter på en mer passende måte overfor andre.

Det er også mulig at personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser synes det er ubehagelig å oppleve sterke emosjoner, fordi de ikke vet hvordan de skal håndtere og forholde seg til disse, på grunn av sine affektreguleringsvansker. Kanskje gjør det å ha en trygg tilknytningsstil det enklere å kjenne på og uttrykke et bredt spekter av følelser, enn om man har en utrygg tilknytningsstil. For eksempel har en studie vist at personer med symptomer på personlighetsforstyrrelser oftere opplever å føle skam og får større grad av ubehag ved skamfølelsen, enn de som ikke har slike symptomer (Schoenleber & Berenbaum, 2012).

I tråd med funnene gjort på aleksitymi, affektbevissthet, affektregulering og affektaversjon ble det i det samme utvalget som denne studien er basert på som nevnt funnet statistisk signifikant reduksjon i inhiberende affekter, samt statistisk signifikant økning i aktiverende affekter, fra tidlig til sent i psykoterapiforløpet (Valen et al., 2011). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom behandlingsbetingelsene (STDP og KT). Inhiberende affekter er uttrykk for forsvar og angst, som hindrer aktiverende affekter i å komme til uttrykk. For eksempel kan man kjenne skyld (inhiberende affekt), over å føle sinne (aktiverende affekt). Den aktiverende affekten sinne vil derfor ikke komme til uttrykk, og det er heller ikke sikkert personen har en bevisst opplevelse av å være sint. Aktiverende affekter er adaptive uttrykk for for eksempel sorg, sinne, frykt, og skam (Valen et al., 2011), som man tenker motiverer til tilnærmedesatferd som for eksempel å be om trøst ved behov (Schanche et al., 2011). Inhiberende affekter er affekter man tenker motiverer til unngåelse og tilbaketrekning, som for eksempel å ikke gå inn i en diskusjon. Det antas at mennesker trenger begge disse motivasjonssystemene. Hos personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser antas det imidlertid at de inhibitoriske affektene er overstimulert, og at dette går på bekostning av opplevelsen av de aktiverende affektene (Schanche et al., 2011).

En annen studie med samme utvalg viste at statistisk signifikant reduksjon i inhiberende affekter, samt statistisk signifikant økning i aktiverende affekter var forbundet med økt selvmedfølelse i løpet av den psykoterapeutiske behandlingen (Schanche et al., 2011). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom behandlingsbetingelsene (STDP og KT). I denne studien ser det ut som det er statistisk signifikant økning av tidligere unngåtte aktiverende affekter som predikerer økt selvmedfølelse, ved at man gradvis øker pasientens toleranse for disse affektene. Selvmedfølelse handler om å være aksepterende overfor både sine styrker og sine utfordringer, og å ikke være for streng med seg selv. Økt selvmedfølelse i løpet av behandlingen hadde statistisk signifikante effekter på nedgang i psykiatriske symptomer, interpersonlige problemer, og personlighetspatologi. Heller ikke her var det statistisk signifikante forskjeller mellom

behandlingsbetingelsene (STDP og KT; Schanche et al., 2011). Funnene tyder på at økt opplevelse av aktiverende affekter og regulering av inhiberende affekter, samt økt selvmedfølelse er endringsprosesser som er felles for disse psykoterapiformene (STDP og KT), i dette utvalget (Schanche et al., 2011; Valen et al., 2011). Om man går ut fra at tilknytningsstil påvirker interpersonlige relasjoner (Platts et al., 2002; Shorey & Snyder, 2006), og at personlighet og tilknytningsstil er forbundet med hverandre (Ainsworth & Bowlby, 1991; Lyddon & Sherry, 2001), er det ikke urimelig at bedre affektreguleringsferdigheter også vil kunne føre til endring mot mindre utrygg tilknytningsstil.

Mentalisering og refleksiv fungering. Et annet område man tenker personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser har utfordringer på er evne til mentalisering og refleksiv fungering (Chiesa & Fonagy, 2014; Fonagy & Allison, 2014; Gullestad et al., 2013). Mentalisering er evnen til å forstå egne og andres mentale tilstander, og består av mange forskjellige aspekter (Fonagy & Allison, 2014). Personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser kan ha vansker med ulike deler av mentaliseringen (Fonagy & Allison, 2014). Refleksiv fungering er et av aspektene ved mentalisering (Chiesa & Fonagy, 2014). Refleksiv fungering handler om kvaliteten på representasjonene man har av seg selv og andre (de indre arbeidsmodellene), og hvordan disse utspiller seg i og påvirker interpersonlige situasjoner (tilknytningsstil) (Chiesa & Fonagy, 2014). Både mentaliseringsbegrepet og konseptet om refleksiv fungering er således i tråd med tilknytningsteori, og konseptene indre arbeidsmodeller og tilknytningsstil. De indre arbeidsmodellene påvirker også interpersonlige relasjoner gjennom personens tilknytningsstil, ut fra hvilke forventninger, tanker og følelser man har om seg selv og andre (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1982a; Platts et al., 2002; Shorey & Snyder, 2006). Levy et al. (2006) fant at personene i utvalget deres som beveget seg mot tryggere tilknytning i løpet av behandlingen også viste økt refleksiv fungering (Levy et al., 2006).

Sosial evalueringsbias. En annen faktor som skal nevnes når det gjelder endring i tilknytningsstil er sosial evalueringsbias. Personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelser, kanskje spesielt i den engstelige gruppen (cluster C), kan være preget av en kronisk aktivert negativ sosial evalueringsbias (Meyer et al., 2004). Det vil si at man i sosiale situasjoner forventer negative opplevelser og reaksjoner (Meyer et al., 2004). Dette er i tråd med tilknytningsteori, hvor de indre arbeidsmodellene hos en person med utrygg tilknytning skaper forventninger om negative opplevelser, ut fra de erfaringene personen har gjort seg tidligere (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1958; Bowlby, 1982a). Forventningene vil komme til uttrykk gjennom personens tilknytningsstil, i samhandling med andre (Platts et al., 2002; Shorey & Snyder, 2006). Personens indre arbeidsmodeller og tilknytningsstil vil kunne fungere som selvoppfyllende profetier, ved at man finner det man forventer å finne og ved at man oppfører seg på måter som bekrefter ens forventninger (Meyer et al., 2004). Kanskje er slike selvoppfyllende profetier en av mekanismene bak at personer med cluster C personlighetsforstyrrelser har vansker i interpersonlige relasjoner. Om dette er tilfelle vil å arbeide med personens tilknytningsstil i psykoterapi kunne bidra til å redusere de interpersonlige vanskene.

Psykoterapirelasjonen, arbeidsallianse og inntoning. Mallinckrodt (2010) fant som nevnt at psykoterapirelasjonen har potensiale for å bli en tilknytningsrelasjon, og at terapeuten har potensiale for å bli en tilknytningsperson for pasienten. Det som spesifikt kjennetegner en trygg tilknytningsrelasjon er at man bruker tilknytningspersonen som trygg base for utforskning, og trygg havn å komme tilbake til (Ainsworth, 1989). I terapi benytter pasienten terapeuten som trygg base for psykologisk utforskning, og som trygg havn for støtte og trøst i utfordrende og smertefulle situasjoner (Mallinckrodt, 2010). Kanskje er selve relasjonen mellom pasient og terapeut mer avgjørende for endring i tilknytningsstil og behandlingsutfall enn det konkrete innholdet i psykoterapien?

Når det gjelder psykoterapirelasjonens potensielt helende egenskaper får Bowlby (1982a) støtte av Schore (2014). Schore (2014) hevder at den høyre hjernehalvdelen er dominant i psykoterapi. Dette begrunnes med kunnskapen som i dag finnes om hjernens utvikling, og hvordan informasjon lagres i hjernen. Den høyre hemisfæren utvikles før den venstre. Verbalt språk og bevisste minner er i hovedsak funksjoner av venstre hemisfære. Emosjoner, implisitt prosedural kunnskap og ubevisste minner lagres hovedsaklig i høyre hemisfære (Schore, 2014). Barnet danner en tilknytningsrelasjon til sin(e) primære omsorgsgiver(e) før det har utviklet verbalt språk (Bowlby, 1958). Tilknytningsprosessene og -opplevelsene vil derfor i større grad lagres non-verbalt i høyre hemisfære, enn verbalt i venstre hemisfære (Schore, 2014). Schore (2014) hevder derfor at det Bowlby (1982a) kalte indre arbeidsmodeller lagres i høyre hemisfære, og at disse ikke nødvendigvis er umiddelbart språklig eller bevisst tilgjengelig for personen. En implikasjon av dette kan være at de indre arbeidsmodellene først og fremst endres gjennom den non-verbale kommunikasjonen mellom pasient og terapeut, framfor det disse eksplisitt sier til hverandre. Derfor er det mulig at modifisering av de indre arbeidsmodellene, og dermed også personens tilknytningsstil (som er når de indre arbeidsmodellene kommer til uttrykk i interpersonlige relasjoner; Platts et al., 2002; Shorey & Snyder, 2006), skjer gjennom tilknytningsrelasjonen mellom pasient og terapeut, ved hjelp av ubevisste og non-verbale prosesser. Koblingene i de nevralt nettverkene som er involvert i tilknytningsprosesser endres gjennom nye relasjonelle erfaringer (Schore, 2014). Dette skjer ved at man tilegner seg ny implisitt prosedural kunnskap, framfor ny eksplisitt kunnskap (Schore, 2014).

I tråd med at de non-verbale relasjonelle aspektene ved psykoterapi kan ha betydning for behandlingseffekt, ser det ut til at kvaliteten på arbeidsalliansen mellom pasient og terapeut i psykoterapi kan ha betydning for behandlingsutfall (Diener & Monroe, 2011; J. L. Strauss et al., 2006). Alliansen består av tre deler; enighet mellom pasient og terapeut om hva man sammen skal oppnå i psykoterapien (mål), enighet om hvordan man skal oppnå målet (metode), og et positivt

emosjonelt bånd (Bordin, 1979). Tilknytningsrelasjonen kan defineres som et emosjonelt bånd mellom to personer (Ainsworth, 1989). På bakgrunn av dette gir det mening at allianse og tilknytning er assosiert med hverandre.

Det er også funnet at terapeutens inntoning på pasienten ser ut til å ha statistisk signifikant effekt på både arbeidsallianse, og utfall av psykoterapi (Davis & Hadiks, 1994). Kanskje er det at høyre hemisfære utvikles før venstre hemisfære, og måten hjernen organiserer tilknytningserfaringene på (Schore, 2014), noe av grunnlaget for disse funnene. Et av Bowlbys hovedpoeng med å utvikle tilknytningsteori var nettopp at teorien kunne være en veiviser i psykoterapi med pasienter (Bowlby, 1977). Han brukte teorien til å argumentere for at funksjonaliteten til de indre arbeidsmodellene var avhengig av at pasienten var i stand til å inkorporere ny informasjon om seg selv og andre på bakgrunn av nye erfaringer (Bowlby, 1982b). Indre arbeidsmodeller og tilknytningsstil dannes på bakgrunn av relasjonelle erfaringer, og kan dermed endres på bakgrunn av relasjonelle erfaringer. Psykoterapi er en arena for nye relasjonelle erfaringer, som i sin tur kan bidra til endring i tilknytningsstil.

Keating et al. (2014) gjorde en studie hvor de undersøkte utvalgets tilknytning til gruppen, framfor dyadiske tilknytningsrelasjoner. De fant at statistisk signifikant reduksjon i unnavikende tilknytningsstil til psykoterapigruppen predikerte statistisk signifikant reduksjon i utrygg tilknytning i private relasjoner ett år etter avsluttet behandling. Det ser altså ut som personene i denne studien generaliserte endringene fra psykoterapien, til tilknytningsrelasjonene i sitt dagligliv (Keating et al., 2014). Kanskje kan det også skje en generalisering fra pasient-terapeut relasjonen til andre tilknytningsrelasjoner, om pasienten opplever modifisering av sine indre arbeidsmodeller, og oppnår en tryggere tilknytningsstil, slik Bowlby (1982b) argumenterte for.

Å kartlegge og hjelpe pasientene med de av disse faktorene som måtte være aktuelt for dem vil, på bakgrunn av den forutgående argumentasjonen, kanskje være hensiktsmessig i

psykoterapeutisk behandling. Mer forskning kreves imidlertid på alle disse temaene, samt at de ulike faktorene må settes i direkte sammenheng med endring i tilknytningsstil og utfall av psykoterapi for personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser. Før dette er gjort kan man ikke si noe sikkert om hvorfor endring mot mindre utrygg tilknytningsstil ser ut til å føre til bedring (målt på selvrapportskjemaene SCL-90-R, MCMI-III, BAI og BDI) gjennom individualterapeutisk psykoterapi (STDP og KT), hos personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelse.

Post-hoc analyser

En trend i datamaterialet er, som de preliminare analysene viste (se tabell 1), at det er positiv korrelasjon mellom unnvikende og ambivalent tilknytningsstil. Vi gjorde derfor åtte trinnvise hierarkiske regresjonsanalyser post-hoc, for å undersøke om endring i unnvikende og ambivalent tilknytningsstil hver for seg predikerte en unik del av variansen i utfall når de ble entret i samme analyse. Som tidligere brukte vi henholdsvis SCL-90-R, BAI, BDI, og MCMI-III (post) som avhengige variabler. Endringsskårer (pre til post) for unnvikende og ambivalent tilknytningsstil ble brukt som uavhengige variabler, for å unngå for mange variabler og for lav statistisk styrke, i disse analysene. Som i de andre regresjonsanalysene, kontrollerte vi for de respektive utfallsmålenes preskårer. For å undersøke om hver av tilknytningsstilene predikerer unik varians gjorde vi samme analyse to ganger, men i forskjellig rekkefølge. I trinn 1 kontrollerte vi for pre-verdiene i den avhengige variabelen. I trinn 2 ble enten endringsskårer for unnvikende eller ambivalent tilknytningsstil entret. I trinn 3 ble endringsskårer for den av tilknytningsstilene som ikke ble entret i trinn 2 lagt inn i modellen.

Analysene viser at for SCL-90-R tillegger ikke endring i ambivalent tilknytningsstil statistisk signifikant forklaringskraft når vi først legger inn unnvikende tilknytningsstil i modellen. Unnvikende tilknytningsstil tillegger imidlertid statistisk signifikant forklaringskraft når vi

kontrollerer for ambivalent tilknytningsstil. Da forklarer endring i unnvikende tilknytningsstil 12 % , $p = .00$, av variansen i SCL-90-R post ut over det endring i ambivalent tilknytningsstil forklarer.

Når det gjelder BAI predikerer endring i ambivalent tilknytningsstil 7.2 % , $p = .04$, av variansen i BAI post utover det endring i unnvikende tilknytningsstil forklarer. Endring i unnvikende tilknytningsstil tillegger ikke statistisk signifikant forklaringskraft når vi har kontrollert for effekten av ambivalent tilknytningsstil. Det er altså to ulike tendenser for SCL-90-R og BAI. Endring i unnvikende tilknytningsstil predikerer statistisk signifikant endring i SCL-90-R post, mens endring i ambivalent tilknytningsstil predikerer statistisk signifikant endring i BAI post.

En mulig forklaring på at reduksjon i ambivalent tilknytningsstil predikerer statistisk signifikant nedgang i angstsymptomer i løpet av psykoterapien, er at BAI og ambivalent tilknytningsstil er konseptuelt nærmere hverandre enn det BAI og unnvikende tilknytningsstil er. Unnvikende tilknytningsstil kan beskrives som en deaktivierende stil, hvor man trekker seg tilbake ved ubehag og ordner opp i vanskeligheter på egen hånd (Mayselless, 1996). Ambivalent tilknytningsstil blir beskrevet som en hyperaktiverende stil, hvor man både vil og ikke vil nærme seg andre når man står overfor utfordringer (Mayselless, 1996). På bakgrunn av dette kan det tenkes at personer med høy grad av ambivalent tilknytningsstil muligens opplever mer angst, enn de med høy grad av unnvikende tilknytningsstil. De med høy grad av unnvikende tilknytningsstil kan man tenke unngår angsten ved å deaktivere tilknytningssystemet, mens de med høy grad av ambivalent tilknytningsstil opplever angsten som ubehagelig og ukontrollerbar.

For BDI forklarer ikke endring i ambivalent tilknytningsstil noe av variansen i BDI post, utover det endring i unnvikende tilknytningsstil forklarer (11.8 % , $p = .01$). Når ambivalent tilknytningsstil entres først forklarer ikke endring i unnvikende tilknytningsstil noe av variansen i BDI post, utover det ambivalent tilknytningsstil forklarer (9 % , $p = .03$). Det ser altså ut som

unnavikende og ambivalent tilknytningsstil i hovedsak forklarer den samme variansen når det gjelder den statistisk signifikante endringen i BDI post.

Den samme tendensen finner vi på MCMI-III. Her forklarer ikke endring i ambivalent tilknytningsstil noe av variansen i MCMI-III post, utover det som forklares av endring i unnavikende tilknytningsstil (11.3 %, $p = .00$). Når endring i ambivalent tilknytningsstil entres først forklarer ikke endring i unnavikende tilknytningsstil noe av variansen i MCMI-III, utover det endring i ambivalent tilknytningsstil forklarer (9.3 %, $p = .01$). Ainsworth og Bowlby (1991) argumenterte for at utvikling av tilknytningsstil er en del av personlighetsutviklingen, og tilknytningsstil er som nevnt når indre arbeidsmodeller kommer til uttrykk i interpersonlige relasjoner (Platts et al., 2002; Shorey & Snyder, 2006). Det gir derfor mening at relasjonsvansker er et kjernetrekk ved personlighetsforstyrrelser (Lyddon & Sherry, 2001), med tanke på at personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser ofte har en utrygg tilknytningsstil (Brennan & Shaver, 1998; Nakash-Eisikovits et al., 2002). At endring både i unnavikende og ambivalent tilknytningsstil bidrar til statistisk signifikant endring i personlighet, målt ut fra personlighetsmålet MCMI-III, støtter ideen om at personlighetsforstyrrelser kan tenkes på som tilknytningsvansker (Ainsworth & Bowlby, 1991; Lyddon & Sherry, 2001; Sarkar & Adshead, 2006).

For videre forskning kan det være interessant å se om disse mønstrene ser annerledes ut om man skiller de ulike diagnosegruppene fra hverandre, da vi i denne studien har slått sammen alle personlighetsforstyrrelsene fra cluster C i én gruppe. Som nevnt i innledningen kjennetegnes avhengig, unnavikende og tvangspreget personlighetsforstyrrelse av engstelighet (APA, 1994). Angsten kommer imidlertid til uttrykk på ulike måter, og av ulike årsaker. Kanskje kjennetegnes de ulike cluster C personlighetsforstyrrelsene av ulike tilknytningsstiler, og kanskje mestres utrygg tilknytning på ulikt vis. Dette kan gi forskjellige personlighetsmessige uttrykk, og vil kunne gi seg utslag på endring i de ulike utfallsmålene (Bartholomew & Horowitz, 1991). Det er lite kunnskap om hva som fungerer for hvem i psykoterapi, fordi forskning gjort på gruppenivå skjuler de

individuelle endringsskårene (Roth & Fonagy, 2006). Kunnskap om hvordan ulike tilknytningsstiler påvirker både prosesser i psykoterapi, og behandlingsutfall kan være med å belyse dette temaet. Mer kunnskap om hva som fungerer for hvem vil bidra til bedre tilpassing av psykoterapeutisk behandling til den enkelte pasient (Roth & Fonagy, 2006).

Framtidige forskningsspørsmål

Denne studien gir indikasjoner på at statistisk signifikant reduksjon i utrygg tilknytningsstil gjennom psykoterapi, predikerer statistisk signifikant bedring i både symptomer og personlighetsproblematikk for personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelser i løpet av behandlingen. Framtidige studier bør bruke bedre validerte mål på tilknytning, samt inkludere mål på trygg tilknytning for å få et mer helhetlig bilde av utvalgets tilknytningsstil. Det bør også gjøres oppfølgingsstudier for å se hvordan det går med disse personene i hverdagen etter avsluttet psykoterapi, da det er usikkert hvordan generaliseringseffekten er til andre relasjoner.

Spennende spørsmål knytter seg til egenskaper ved de indre arbeidsmodellene som studeres. For eksempel hvilken/hvilke indre arbeidsmodell(er) studeres med de ulike tilknytningsmålene (Platts et al., 2002)? Hvem er innholdet i arbeidsmodellen (foreldre, venner, kjæreste, egne barn, terapeut)? Har mennesker en generell og/eller flere spesifikke arbeidsmodeller? Indre arbeidsmodeller består av affektive, kognitive og atferdsmessige komponenter. Hvilke komponenter tapper de ulike tilknytningsmålene, hvilke komponenter endres i psykoterapi (hvis noen), hvilke komponenter bør prioriteres i psykoterapi, og ikke minst hva er endringsmekanismene (Platts et al., 2002)?

Begrensninger

Det er flere begrensninger ved denne studien. Dataene er ikke primært samlet inn for å undersøke endring i tilknytningsstil, og det er derfor ikke brukt mål som er direkte utviklet for å

måle tilknytning. Metoden som er benyttet for å regne ut tilknytningsstil i denne studien (Hardy & Barkham, 1994) er ikke like omfattende testet som andre mål på tilknytning, som for eksempel adult attachment interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1996) eller experiences in close relationships questionnaire (ECR; Fraley, Waller, & Brennan, 2000). Tilknytningsmålet er også basert på selvrappport (Hardy & Barkham, 1994), i motsetning til andre mål som baserer seg på intervju (George et al., 1996). Disse to måtene å studere tilknytning på tapper ulike fasetter av tilknytning (Daniel, 2006). For en metodisk sterkere studie, og en mer fullstendig kartlegging av tilknytningsstil, kunne man med fordel inkludert både et bedre validert selvrappportmål, samt et intervjumål på tilknytning.

Chronbach's alfakoeffisient var lavere for ambivalent enn for unnvikende tilknytningsstil. En årsak kan være at unnvikende tilknytningsstil består av dobbelt så mange ledd som ambivalent tilknytningsstil, og at det derfor vil være enklere å oppnå høyere intern reliabilitet for unnvikende tilknytningsstil enn for ambivalent tilknytningsstil (Langdridge, 2006). I forhold til retningslinjene er alfakoeffisienten for ambivalent tilknytningsstil lavere enn det som anbefales for å oppfylle kravene til tilfredsstillende reliabilitet. Som nevnt tidligere avhenger imidlertid hvor streng man skal være angående reliabilitet av fenomenet som studeres (Langdridge, 2006). Hardy og Barkham (1994) regnet ut Cohen's kappa for de ulike tilknytningsstilene. Denne var 0.75 for unnvikende og 0.44 for ambivalent tilknytningsstil (Hardy & Barkham, 1994), og er således i tråd med alfakoeffisientene for unnvikende og ambivalent tilknytningsstil i denne studien.

Det siste som skal nevnes når det gjelder begrensninger er at utvalgstørrelsen er liten, med tanke på at det er benyttet trinnvise hierarkiske regresjonsanalyser (Langdridge, 2006). Om studien skal repliseres i fremtiden bør utvalget være større, for å oppnå tilstrekkelig statistisk styrke.

Konklusjon

Denne studien viser at statistisk signifikant reduksjon i utrygg tilknytningsstil (unnavikende og ambivalent) i løpet av et individualterapeutisk psykoterapiforløp på 40 timer (STDP eller KT), predikerer statistisk signifikant bedring på symptomsmål (SCL-90-R, BAI, BDI) og personlighetsmål (MCMI-III) i løpet av behandlingen, hos et utvalg personer diagnostisert med cluster C personlighetsforstyrrelse(r) ($N = 50$). Tilknytning kan slik være en underliggende mekanisme, som bidrar til bedring gjennom å påvirke andre prosesser som foregår i psykoterapi. Dette er et skritt på veien mot å finne ut hva det er ved psykoterapi for cluster C personlighetsforstyrrelser som har effekt. Neste skritt vil være å undersøke hvilke mekanismer i psykoterapi som bidrar til endring i tilknytningsstil, og hvordan man skal arbeide med disse mekanismene. Slik kan mer effektive psykoterapeutiske metoder utvikles, for denne sterkt plagede gruppen.

Referanser

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.

Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.

Alnæs, R., & Torgersen, S. (1988). DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(3), 348-355. doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb06346.x

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

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.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893

Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. New York, NY: Guilford.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. M., Mock, J. J., & Erbaugh, J. J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance.

Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 16(3), 252-260.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-*

Analysis, 39, 350-373.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds I. Aetiology and psychopathology

in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210. doi:

10.1192/bjp.130.3.201

Bowlby, J. (1982a). *Attachment and loss, volume 1: Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic

Books.

Bowlby, J. (1982b). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of*

Orthopsychiatry, 52(4), 664-678.

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.

Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity,

personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, 8, 52-66. doi:

10.1002/pmh

Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L., & Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult

attachment styles: Associations with personal vulnerabilities, life events, and global

construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(3), 315-346.

Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical*

Psychology Review, 26, 968-984. doi: 10.1016/j.cpr.2006.02.001

Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 826-838.

Davis, M., & Hadiks, D. (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 393-405. doi: 10.1002/1097-4679(199405)50:3<393::AID-JCLP2270500311>3.0.CO;2-T

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual, II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.

Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248. doi: 10.1037/a0022425

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. doi: 10.1037/a0036505

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365. doi: 10.1037/0022-3514.78.2.350

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview protocol* (3rd ed.). University of California at Berkeley.

Gullestad, F. S., Johansen, M. S., Høglend, P., Karterud, S., & Wilberg, T. (2013). Mentalizing as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychotherapy Research*, 23(6), 674-689. doi: 10.1080/10503307.2012.684103

- Hardy, G. E., & Barkham, M. (1994). The Relationship Between Interpersonal Attachment Styles and Work Difficulties. *Human Relations, 47*(3), 263-281. doi: 10.1177/001872679404700302
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(2), 270-280. doi: 10.1037/0022-3514.59.2.270
- Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences, 35*, 1261-1270.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 885-892. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.885
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159-164. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.159
- Howell, D. C. (2010). *Statistical methods for psychology* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Joyce, A. S., Fujiwara, E., Cristall, M., Ruddy, C., & Ogrodniczuk, J. S. (2013). Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. *Psychotherapy Research, 23*(6), 690-704. doi: 10.1080/10503307.2013.803628
- Keating, L., Tasca, G. A., Gick, M., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). Change in attachment to the therapy group generalizes to change in individual attachment among women with binge eating disorder. *Psychotherapy, 51*(1), 78-87. doi: 10.1037/a0031099

- Kilmann, P. R., Laughlin, J. E., Carranza, L. V., Downer, J. T., Major, S., & Parnell, M. M. (1999). Effects of an attachment-focused group preventive intervention on insecure women. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 138-147.
- Kirchmann, H., Steyer, R., Mayer, A., Joraschky, P., Schreiber-Willnow, K., & Strauss, B. (2012). Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: An observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research*, 22(1), 95-114. doi: 10.1080/10503307.2011.626807
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode - En innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer* (P. Røen, Trans.). Trondheim, Norway: Tapir Akademisk Forlag.
- Lawson, D. M., Barnes, A. D., Madkins, J. P., & Francios-Lamonte, B. M. (2006). Changes in male partner abuser attachment styles in group treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 232-237. doi: 10.1037/0033-3204.43.232
- Lech, B., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2012). Affect consciousness and adult attachment. *Psychology*, 3(9), 675-680.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1027
- Lyddon, W. J., & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling & Development*, 79, 405-414.

Lysaker, P. H., Olesek, K., Buck, K., Leonhardt, B. L., Vohs, J., Ringer, J., . . . Outcalt, J. (2014).

Metacognitive mastery moderates the relationship of alexithymia with cluster C personality disorder traits in adults with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, *39*, 558-561.

Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications.

Journal of Social and Personal Relationships, *27*, 262-270. doi:

10.1177/0265407509360905

Maxwell, H., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). Change in attachment

insecurity is related to improved outcomes 1-year post group therapy in women with binge eating disorder. *Psychotherapy*, *51*(1), 57-65. doi: 10.1037/a0031100

Mayseless, O. (1996). Attachment patterns and their outcomes. *Human Development*, *39*(4), 206-

223.

McCullough, L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*.

New York, NY: Guilford Press.

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy*

for restructuring defenses, affects, and attachment. New York, NY: Basic Books.

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*, *18*(4), 320-336.

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.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry, 18*(3), 139-156. doi: 10.1080/10478400701512646
- Millon, T. (1984). *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Services.
- Muller, R. T., & Rosenkranz, S. E. (2009). Attachment and treatment response among adults in inpatient treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(1), 82-96. doi: 10.1037/a0015137
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., & Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(9), 1111-1123. doi: 10.1097/01.CHI.0000020258.43550.BD
- Oskis, A., Clow, A., Hucklebridge, F., Bifulco, A., Jacobs, C., & Loveday, C. (2013). Understanding alexithymia in female adolescents: The role of attachment style. *Personality and Individual Differences, 54*, 97-102.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 332-348. doi: 10.1002/cpp.345
- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom?: a critical review of psychotherapy research*. New York, NY: Guilford Press.
- Sarkar, J., & Adshead, G. (2006). Personality disorders as disorganisation of attachment and affect regulation. *Advances in psychiatric treatment, 12*, 297-305. doi: 10.1192/apt.12.4.297

- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with cluster C personality disorders. *Psychotherapy, 48*(3), 293-303. doi: 10.1037/a0022012
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Aversion and proneness to shame in self- and informant-reported personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3*(3), 294-304. doi: 10.1037/a0025654
- Schore, A. N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy, 51*(3), 388-397. doi: 10.1037/a0037083
- Shorey, H. S., & Snyder, C. R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology, 10*(1), 1-20. doi: 10.1037/1089-2680.10.1.1
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*(2), 167-173. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03123.x
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990a). *Structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990b). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Strauss, B. M., Mestel, R., & Kirchmann, H. A. (2011). Changes of attachment status among women with personality disorders undergoing inpatient treatment. *Counselling and Psychotherapy Research, 11*(4), 275-283. doi: 10.1080/14733145.2010.548563

- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., . . . Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 337-345. doi: 10.1037/0022-006X.74.2.337
- Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). Cluster C personality disorders: Prevalence, phenomenology, treatment effects, and principles of treatment. In J. F. Clarkin, P. Fonagy & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 337-367). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 161*(5), 810-817.
- Tasca, G., Balfour, L., Ritchie, K., & Bissada, H. (2007). Change in attachment anxiety is associated with improved depression among women with binge eating disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(4), 423-433. doi: 10.1037/0033-3204.44.4.423
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*(6), 590-596. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.590
- Travis, L. A., Binder, J. L., Bliwise, N. G., & Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 38*(2), 149-159.

Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological Assessment, 23*(4), 848-855. doi: 10.1037/a0023649

Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., . . . Wittchen, H.-U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (scid): II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry, 49*(8), 630-636. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080038006

Tabeller

Tabell 1

Korrelasjon mellom de ulike målene før behandling (time 1)

Målene	Unnvikende tilknytning	Ambivalent tilknytning	SCL-90-R	MCMII-III	BAI	BDI
Unnvikende tilknytning	1	.50***	.49***	.26	.28	.31*
Ambivalent tilknytning		1	.45**	.37**	.30*	.33*
SCL-90-R			1	.11	.80***	.84***
MCMII-III				1	.20	.04
BAI					1	.72***
BDI						1

Note. SCL-90-R = Symptom Checklist 90 Revised; MCMII-III = Millon Clinical Multiaxial Inventory versjon 3; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabell 2

Trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse med SCL-90-R post (time 40) som avhengig variabel, og SCL-90-R pre og unnvikende tilknytningsstil (pre, midt og post) som uavhengige variabler

Trinn	R^2	R^2 endring	F endring	Standardisert beta
1. SCL-90-R pre	.33	.33	23.56***	.57***
2. Unnvikende tilknytning pre	.33	.00	0.01	-.01
3. Unnvikende tilknytning midt	.62	.30	36.06***	.69***
4. Unnvikende tilknytning post	.68	.05	7.28*	.42*

Note. SCL-90-R = Symptom Checklist 90 Revised; pre = time 1; midt = time 20; post = time 40.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabell 3

Trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse med SCL-90-R post (time 40) som avhengig variabel, og SCL-90-R pre og ambivalent tilknytningsstil (pre, midt og post) som uavhengige variabler

Trinn	R^2	R^2 endring	F endring	Standardisert beta
1. SCL-90-R pre	.32	.32	21.37***	.56***
2. Ambivalent tilknytning pre	.33	.01	0.85	.12
3. Ambivalent tilknytning midt	.55	.22	22.12***	.52***
4. Ambivalent tilknytning post	.60	.05	5.12*	.30*

Note. SCL-90-R = Symptom Checklist 90 Revised; pre = time 1; midt = time 20; post = time 40.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabell 4

Trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse med MCMI-III post (time 40) som avhengig variabel, og MCMI-III pre og unnvikende tilknytningsstil (pre, midt og post) som uavhengige variabler

Trinn	R^2	R^2 endring	F endring	Standardisert beta
1. MCMI-III pre	.33	.33	23.04***	.57***
2. Unnvikende tilknytning pre	.34	.02	1.04	.13
3. Unnvikende tilknytning midt	.53	.19	18.38***	.55***
4. Unnvikende tilknytning post	.58	.04	4.39*	.38*

Note. MCMI-III = Millon Clinical Multiaxial Inventory versjon 3; pre = time 1; midt = time 20; post = time 40.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabell 5

Trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse med MCMI-III post (time 40) som avhengig variabel, og MCMI-III pre og ambivalent tilknytningsstil (pre, midt og post) som uavhengige variabler

Trinn	R^2	R^2 endring	F endring	Standardisert beta
1. MCMI-III pre	.31	.31	20.19***	.56***
2. Ambivalent tilknytning pre	.31	.00	0.00	-.01
3. Ambivalent tilknytning midt	.40	.09	6.49*	.32*
4. Ambivalent tilknytning post	.44	.04	3.18	.28

Note. MCMI-III = Millon Clinical Multiaxial Inventory versjon 3; pre = time 1; midt = time 20; post = time 40.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabell 6

Trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse med BAI post (time 40) som avhengig variabel, og BAI pre og unnvikende tilknytningsstil (pre, midt og post) som uavhengige variabler

Trinn	R^2	R^2 endring	F endring	Standardisert beta
1. BAI pre	.15	.15	8.50**	.39**
2. Unnvikende tilknytning pre	.17	.02	0.81	.13
3. Unnvikende tilknytning midt	.40	.24	17.69***	.63***
4. Unnvikende tilknytning post	.40	.00	0.14	.08

Note. BAI = Beck Anxiety Inventory; pre = time 1; midt = time 20; post = time 40.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabell 7

Trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse med BAI post (time 40) som avhengig variabel, og BAI pre og ambivalent tilknytningsstil (pre, midt og post) som uavhengige variabler

Trinn	R^2	R^2 endring	F endring	Standardisert beta
1. BAI pre	.14	.14	7.21*	.37*
2. Ambivalent tilknytning pre	.15	.01	0.53	.11
3. Ambivalent tilknytning midt	.36	.21	13.81**	.51**
4. Ambivalent tilknytning post	.40	.05	3.20	.29

Note. BAI = Beck Anxiety Inventory; pre = time 1; midt = time 20; post = time 40.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabell 8

Trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse med BDI post (time 40) som avhengig variabel, og BDI pre og unnvikende tilknytningsstil (pre, midt og post) som uavhengige variabler

Trinn	R^2	R^2 endring	F endring	Standardisert beta
1. BDI pre	.18	.18	10.17**	.42**
2. Unnvikende tilknytning pre	.18	.00	0.17	.06
3. Unnvikende tilknytning midt	.43	.25	19.80***	.62***
4. Unnvikende tilknytning post	.44	.01	0.96	.19

Note. BDI = Beck Depression Inventory; pre = time 1; midt = time 20; post = time 40.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabell 9

Trinnvis hierarkisk regresjonsanalyse med BDI post (time 40) som avhengig variabel, og BDI pre og ambivalent tilknytningsstil (pre, midt og post) som uavhengige variabler

Trinn	R^2	R^2 endring	F endring	Standardisert beta
1. BDI pre	.17	.17	9.11**	.41**
2. Ambivalent tilknytning pre	.18	.01	0.73	.12
3. Ambivalent tilknytning midt	.44	.26	19.71***	.55***
4. Ambivalent tilknytning post	.45	.01	1.00	.15

Note. BDI = Beck Depression Inventory; pre = time 1; midt = time 20; post = time 40.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Appendiks A

Skåringsnøkkel for unnvikende og ambivalent tilknytningsstil (Hardy & Barkham, 1994)

For unnvikende tilknytningsstil ble følgende ledd fra IIP-127 (Horowitz et al., 1988) brukt:

Det er vanskelig for meg å;

- 1) stole på andre mennesker
- 2) delta i gruppe
- 12) ha noen som er avhengig av meg
- 15) forplikte meg ovenfor en annen person for lang tid framover
- 23) omgås andre mennesker på en selskapeleg måte
- 26) vise andre mennesker at jeg er glad i dem
- 27) føle velbehag sammen med andre mennesker
- 30) fortelle personlige ting til andre mennesker
- 34) oppleve en følelse av at jeg elsker en annen person
- 39) føle nærhet til andre
- 71) åpne meg og snakke om følelsene mine til andre
- 75) involvere meg med et annet menneske uten å føle meg fanget.

Følgende ting gjør du for mye;

- 99) jeg unngår andre mennesker for mye
- 118) jeg holder folk for mye på avstand

For ambivalent tilknytningsstil ble følgende ledd fra IIP-127 (Horowitz et al., 1988) brukt:

Det er vanskelig for meg å;

4) holde ting hemmelig for andre mennesker

55) føle meg som en adskilt person når jeg er i et forhold

Følgende ting gjør du for mye;

86) jeg er for avhengig av andre

87) jeg er for følsom ovenfor avvisning

106) jeg bekymrer meg for mye for hvordan andre skal reagere på meg

108) jeg blir for lett påvirket av en annen persons tanker og følelser

121) jeg mister for lett fatningen når jeg er sammen med en viljesterk person