

# Emotional and Relationship Instability Scale: Psykometriske egenskaper og bruksområder

---

Hovedoppgave

Kristoffer Bruset Ludvigsen

Stud.psychol

Psykologisk institutt

Fakultet for Samfunnsvitenskap og Teknologiledelse

Norges Teknisk- Naturvitenskaplige Universitet

## Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en øvelse som har utvidet mitt syn på hva psykologi som disiplin kan omfatte. Erfaringen av å innta en posisjon hvor teori, praksis og psykometri møtes har virkelig styrket min forståelse av de psykometriske verktøyene vi omgir oss med i dag. Det å få være en del av utviklingen av et slikt instrument har i så måte gitt meg en lærdom jeg vil nyte godt av i tiden fremover.

Selv om jeg har fått stor frihet til å omgjøre pasientbesvarelser til data, utvelge og gjennomføre de kvantitative analysene, så hviler denne oppgaven selvsagt ikke på mine skuldre alene. I den anledning vil jeg først og fremst takke veileder Hans M. Nordahl for tålmodig orientering av teoretiske betraktninger, databehandling og analyse. Foruten professor Nordahls innsamling av pasientbesvarelser hadde denne oppgaven vært uten empirisk grunnlag, og jeg hadde stått i den dypeste metodiske kjelleren uten lys, mål eller mening. Jeg vil også takke min kjære Iselin for hennes utrettelige støtte, samt hennes fascinasjon av grammatikk og korrektur – du får meg til å fremstå bedre enn det jeg klarer alene.

Kristoffer B. Ludvigsen, NTNU, oktober 2014

## Sammendrag

Borderline personlighetsforstyrrelse karakteriseres av et omfattende symptombilde, sterk personlig lidelse og en betydelig bruk av helseressurser. Den foreliggende artikkelen rapporterer utviklingen av ERIS – et selvrapportinstrument som har utgangspunkt i den metakognitive behandlingen for borderline personlighetsforstyrrelse. ERIS ble administrert til 133 polikliniske pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. En faktoranalyse grupperte spørsmålsleddene i tre dimensjoner; Kognitiv dysregulering, Interpersonlig ustabilitet, og Impulsiv dysregulering. Den interne reliabiliteten målt ved hjelp av Cronbach's alfakoeffesient var høy til middelshøy for alle faktorene, rangerte fra 0.90 til 0.75, samt høy for instrumentet i sin helhet (total Cronbach's  $\alpha = 0.91$ ). I drøftingsdelen fokuseres diskusjonen rundt ERIS's understøttelse av en metakognitiv modell for borderline personlighetsforstyrrelse. Begrensninger og forslag til fremtidige undersøkelser beskrives tilslutt.

## Innledning

Psykometriske instrumenter har i løpet av det siste århundre inntatt en sentral plass i undersøkelsen og veiledningen av psykologisk forståelse. Årsaken til disse verktøyenes utbredelse er deres anvendelighet i både en klinisk og en forskningsmessig sammenheng. I forbindelse med klinisk praksis vil slike verktøy kunne hjelpe terapeuten til å svare på spørsmål som: Hvilke intervensjoner er egnet for klienten? Viser klienten bedring? På hvilken måte viser klienten bedring? I forskning vil slike instrumenter kunne bistå besvarelsen av spørsmålene: Hva anser vi som bedring? Hva er det som gjør klienten bedre? Hvordan kan vi fremme bedring? Ethvert psykometrisk hjelpemiddel må derimot kvalitetssikres før det kan innfri sitt potensiale på disse ulike arenaene. Denne artikkelen tar for seg begynnelsen på en kvalitetssikring av selvrapportskjemaet Emotional and Relationship Instability Scale (ERIS) – et instrument som er utviklet for metakognitiv behandling av borderline personlighetsforstyrrelse (BPF).

For å kunne vurdere utgangspunktet til ERIS, vil en kort introduksjon av borderline personlighetsforstyrrelse og det metakognitive perspektivet presenteres. I denne sammenhengen vil fokuset hvile på de karakteristiske aspektene ved borderline personlighetsforstyrrelse, de drastiske konsekvensene som følge av denne lidelsen for pasientgruppen, og etablerte måleinstrumenter relatert til diagnosen. I henhold til den metakognitive modellen vil den konseptuelle fremtoningen understrekes, noe som går på bekostning av en grundigere gjennomgang av terapiformen i praksis. For en mer utfyllende redegjørelse av den metakognitive terapiformens status og bruk i praksis, henvendes den interesserte leseren til Nordahl (2014) og Wells (2009).

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er en alvorlig mental lidelse. Personer med denne diagnosen utviser et persevererende mønster med ustabilitet i psykososial fungering, noe som gjør seg gjeldende i en rekke domener. Det diagnostiske systemet DSM-5 viser til fem slike symptomdomener, beskrevet som selv-fungering, interpersonlig fungering, negativ affektivitet, hemningsløshet, og antagonisme (American Psychiatric Association, 2013). Den kliniske profilen til en person med BPF kan ut fra disse domenene utvise trekk som blant annet impulsive handlinger, aggresjon, tilbakevendende interpersonlige konflikter, følelser av håpløshet og tomhet, dissosiasjon, selvskading og selvmordsforsøk.

De drastiske konsekvensene som følger den sammensatte BPF-diagnosen understrekes i studier som viser at tilnærmet 10 % av personer med BPF begår selvmord (Kjelsberg, Eikeseth, & Dahl, 1991; Paris & Zweig-Frank, 2001; Stone, 1990). Selv om antallet

mennesker med BPF som faktisk tar livet sitt er noe lavere i et nyere prospektivt studie (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005), så attesterer både antallet selvmordsforsøk og antallet gjennomførte selvmord til den alvorlige problematikken som følger denne diagnosen (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004)

Med den omfattende symptomatologien som ledsager BPF er det ikke rart at BPF-pasienter er hyppige brukere av helsevesenet. Flere undersøkelser viser at i overkant av 9 % av alle polikliniske pasienter kvalifiserer til borderlinediagnosen, og for døgnpasienter stiger andelen til hele 15 % (Widiger & Weissman, 1991; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). Et studie viser også at 41 % av personer som benytter seg av akuttmottak grunnet gjentatte selvmordsforsøk møter diagnosekriteriene for BPF (Forman, Berk, Henriques, Brown, & Beck, 2004). Tilsammen er dette en påfallende bruk av helseressurser med tanke på at prevalensen for BPF i den generelle populasjonen på tvers av nasjoner er estimert til ca. 1 % (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006; Sansone & Sansone, 2011; Swartz, Blazer, George, & Winfield, 1990; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). Det kan med andre ord sies at pasienter med BPF opplever sterk subjektiv lidelse, og at dette er en pasientgruppe som bør prioriteres ut fra både et humanistisk og et kostnadmessig perspektiv.

Det er utviklet en rekke instrumenter med formålet om å undersøke borderline personlighetsforstyrrelse. For å kunne sette diagnosen eksisterer det både kategoriske og dimensjonale verktøy, hvor det reviderte Diagnostic Interview for BPD (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989) er et eksempel på førstnevnte og Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD: Zanarini, 2003) på sistnevnte. Videre har Bohus og kollegaer utviklet et selvrapportskjema for å kunne måle tilstedeværelse og endringer i symptomatiske trekk og atferd kalt Borderline Symptom List (BSL: Bohus et al., 2007). I tillegg til disse mer generelle målene finnes det også instrumenter som tar for seg spesifikke aspekter ved lidelsen, som for eksempel selvmordsforebygging (Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983). Den kliniske verdien til slike instrumenter er åpenbar, der de respektivt kan assistere diagnostisering, kaskonseptualisering, og overvåkning av endring i symptomuttrykk. Det disse målene derimot ikke kan si noe om er hvorfor pasienten blir bedre eller verre, eller sammenhengen mellom de forskjellige symptomene. For at et instrument skal kunne utfylle en slik rolle så må det være informert av et teoretisk rammeverk, der dette rammeverket beskriver i detalj hvilke prosesser som er sentrale i opprettholdelse av psykopatologi, samt hvordan de ulike prosessene interagerer med hverandre. I denne

sammenhengen skiller ERIS seg fra de overnevnte instrumentene ved å være basert på den metakognitive modellen for emosjonelle forstyrrelser.

### **Det metakognitive perspektivet**

Den metakognitive perspektivet beskrevet her bygger på modellen utviklet av Wells og Matthews (1994, 1996) kalt Self-Regulatory Executive Function (S-REF). Denne modellen har som formål å forklare hvordan psykiske lidelser kan oppstå og hvordan de opprettholdes. Kort fortalt hviler perspektivet på det sentrale premisset at det er hvordan vi forholder oss til våre tanker, ikke innholdet i tankene, som gir opphav til emosjonelle lidelser. Mer spesifikt postulerer S-REF at emosjonelle lidelser oppstår som en følge av såkalte metakognisjoner, et begrep som omfatter spesifikke reaksjonsmønstre (metakognitive strategier), spesifikke situasjonelle attribusjoner (metakognitive erfaringer) og spesifikke holdninger eller antakelser til egne reaksjonsmønstrene (metakognitiv kunnskap). En detaljert beskrivelse av S-REF modellens strukturelle arkitektur ligger utenfor denne artikkelens rammeverk, men en kort fremstilling av hvordan tre sentrale aspekter opprettholder emosjonelle forstyrrelser tjener forståelsen av fundamentet ERIS er bygget på.

Det psykopatologiske responsmønsteret postulert av den metakognitive modellen kalles det kognitive oppmerksomhetssyndrom (KOS), og består av følgende prosesser: bekymring, ruminering, trusselmonitorering, og uhensiktsmessige mestringsstrategier (Wells, 2009). Disse prosessene har til felles at deres repetitive natur bidrar til å opprettholde emosjonell aktivering i stedet for å dempe dem. Eksempelvis er det vist at ruminering, definert som verbale tankeprosesser med formål om å finne svar på negative hendelser i fortid eller nåtid, kan opprettholde nedstemt humør utløst av ubehagelige livshendelser (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). Med andre ord viser modellen at personer med en tankestil preget av KOS vil ha problemer med å dempe de emosjonelle responsene, noe som over tid vil gjøre at dette utvikler seg til en emosjonell lidelse.

I følge den metakognitive modellen er det flere årsaker til at KOS-prosesser opprettholdes. En årsak til en slik opprettholdelse er tendensen KOS-prosessen har til å forsterke hverandre. For eksempel kan en vedvarende bekymring for å bli avvist av andre føre til økt trusselmonitorering knyttet til avvisning. En annen årsak er at KOS-prosessen kan styrkes ved at personen innehar metakognitiv kunnskap som tilsier at disse prosessene er hensiktsmessige. Et eksempel på slik metakognitiv kunnskap, også kalt en positiv metakognisjon, er holdningen «bekymring gjør at jeg unngår fare». Den metakognitive kunnskapen trenger ikke å være bevisst eller verbalt tilgjengelig, men kan også komme i form

av implisitte regler eller programmer som styrer tenkning i form av dirigering av oppmerksomhet, hukommelse og/eller bruk av heuristikker (Wells & Matthews, 1994). Uavhengig av form postulerer dermed modellen at de positive metakognisjoner til KOS-prosessene legger grunnlaget for en tankestil gjennomsyret av disse prosessene, og dermed også påfølgende og vedvarende emosjonelle forstyrrelser.

Videre postulerer modellen at når en person over tid øker bruken av en KOS-preget tankestil, så vil personen danne seg et ekstra sett med antakelser kalt negative metakognisjoner. I motsetning til de positive, så vil disse negative metakognisjonene omhandle de negative konsekvensene av KOS-prosessene. To eksempler på slike negative metakognisjoner er holdningene «bekymringer er ukontrollerbare», og «bekymringer er farlige». De negative metakognisjonene vil dermed direkte kunne styrke et emosjonelt ubehag, ved å bidra til en opplevelse av å ikke ha kontroll, eller at egne tanker er farlige. Resultatet er psykopatologi, hvor mennesket blir «...fanget i emosjonelle forstyrrelser fordi deres metakognisjoner forårsaker et spesifikt responsmønster som opprettholder og styrker den emosjonelle forstyrrelsen» (Wells, 2009, s. 1, min oversettelse). I så måte forklarer den metakognitive modellen psykopatologi som en konsekvens av interaksjonen mellom flere prosesser, hvor fokuset her har vært på KOS og de positive og negative metakognisjonene.

Implikasjonene av det metakognitive perspektivet er at alle emosjonelle lidelser kan anses som et produkt av de samme interagerende prosessene, og at det å utfordre disse prosessene – ikke tankeinnholdet i seg selv – vil gi terapeutisk endring. Siden den metakognitive modellen i så måte kan ansees som transdiagnostisk, har terapiformer informert av S-REF blitt utviklet for blant annet generalisert angstlidelse (Wells, 1995, 1999), tvangslidelse (Wells, 1997), posttraumatisk stresslidelse (Wells & Sembi, 2004), depresjon (Papageorgiou & Wells, 2004), sosial fobi (Wells, 2007), og alkoholmisbruk (Spada, Caselli, & Wells, 2012). Selv om studier av disse terapiformene i hovedsak er i tidlig fase, så viser terapiene lovende behandlingseffekt på tvers av lidelsene (Fisher & Wells, 2008; H. M. Nordahl, 2009; Spada et al., 2012; van der Heiden, Muris, & van der Molen, 2012; Wells & Colbear, 2012; Wells et al., 2012; Wells et al., 2010). Verdien av det metakognitive perspektivet styrkes videre av flere studier som viser at teknikker utviklet med hensikt om å redusere KOS-prosesser kan hjelpe en rekke lidelser, deriblant panikklidelse og sosial fobi (Wells, White, & Carter, 1997), og depresjon (Papageorgiou & Wells, 2000; Siegle, Ghinassi, & Thase, 2007).

Samlet viser dette at den metakognitive modellen har et svært lovende potensiale til å kunne gi et rammeverk for terapiformer på tvers av emosjonelle lidelser, ved å representere fundamentet for konsepter og praktiske teknikker som har transdiagnostisk verdi. I denne sammenhengen er det særlig interessant at oppmerksomhetstrening, en teknikk som er integrert i den metakognitive behandlingsmodellen (Wells, 1990), viser gjennomgående likheter med en teknikk som er blitt vist å kunne redusere et avvsningsbias hos personer med lav selvtillit (Dandeneau, Baldwin, Baccus, Sakellaropoulo, & Pruessner, 2007). Med tanke på at frykt for avvsnings er en sentral karakteristikk innen borderline personlighetsforstyrrelse (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004), så kan det metakognitive perspektivet ha et stort behandlingspotensiale også for denne diagnosegruppen.

## **ERIS**

ERIS er et akronym som beskriver både den metakognitive terapiformen for borderline personlighetsforstyrrelse (Emotional and Relationship Instability Self-Regulation), og et selvrapporinstrumentet utviklet i sammenheng med denne terapiformen (Emotional and Relationship Instability Scale) (H. M. Nordahl & Wells, 2008).

I henhold til den metakognitive terapiformen, tar ERIS høyde for at borderline personlighetsforstyrrelse innehar særtrekk som gjør at behandlingsforløpet for pasienter med denne lidelsen blir annerledes enn behandlingen for andre emosjonelle lidelser. Eksempelvis ansees tendensen BPF-pasienter har til å oppleve intense og skiftende emosjonelle reaksjoner, også kalt emosjonell ustabilitet, som hjertet av lidelsen. Fremtredenheten av emosjonell ustabilitet i BPF er godt dokumentert (Ebner-Priemer et al., 2007; Russell, Moskowitz, Zuroff, Sookman, & Paris, 2007), og ERIS anser denne tendensen i sammenheng med BPF-pasienters benyttelse av strategier for selvregulering som virker mot sin hensikt (H. M. Nordahl & Wells, 2008). De spesifikke karakteristikkene til de uhensiktsmessige strategiene kan variere stort, fra selvskading og selvmordsforsøk til risikoatferd og alkoholmisbruk. Uavhengig av spesifisiteten til strategiene, gjør dette at ERIS må fokusere på pasientens benyttelse av slike selvreguleringsstrategier, i tillegg til sentrale metakognitive konsepter nevnt ovenfor (KOS og metakognitiv kunnskap). Resultatet er at ERIS fremstår som en terapiform som tar hensyn til pasientens bruk av svært destruktive selvreguleringsstrategier, men hvor endringsmekanismene og teknikkene fortsatt er i tråd med den metakognitive modellen (reduere KOS og de tilknyttede metakognisjonene). Det faktum at terapiformen kan implementeres over en relativt kort periode, inntil 30 behandlingssesjoner over 8-12



måneder, gjør at ERIS er svært kostnadseffektiv sammenlignet med andre terapiformer for BPF som f. eks dialektisk atferdsterapi som har et originalt behandlingsløp på minimum 12 måneder (Linehan, 1993).

ERIS som et selvrapporinstrument reflekterer fokuset til den metakognitive terapien for BPF. Formålet til spørreskjemaet ERIS er å undersøke psykopatologiprosesser som anses å være transdiagnostiske (bekymring, ruminering, trusselmonitorering), metakognitiv kunnskap tilknyttet disse prosessene (positive og negative metakognisjoner), samt uhensiktsmessige selvreguleringsstrategier som er særlig fremtredende i BPF (e.g. unnvikelse av andre, trusler, risikoatferd, selvskading). På denne måten omfatter skjemaet både endringsmekanismer relevante for den metakognitive modellen, og kliniske risikofaktorer som er særlig knyttet til borderline personlighetsforstyrrelse. Skjemaet skiller seg dermed fra andre instrumenter utviklet i sammenheng med den metakognitive tilnærmingen (e.g. MCQ: Cartwright-Hatton & Wells, 1997; AnTI: Wells, 1994; TCQ: Wells & Davies, 1994), og skjemaer som måler symptomer på BPF (BSL: Bohus et al., 2007; MSI-BPD: Zanarini et al., 2003). En mer detaljert fremstilling av spørsmålsleddene til ERIS beskrives under.

Formålet med dette studiet er å undersøke de psykometriske egenskapene til selvrapporeringsskjemaet ERIS. Mer spesifikt vil denne artikkelen undersøke om spørsmålsleddene i ERIS har konsistent struktur, for så å se denne strukturen i sammenheng med de karakteristiske trekkene til BPF og den metakognitive modellen. Studiet vil med andre ord representere det første steget i utviklingen av et instrument for å kunne utforske forholdet mellom metakognisjon og trekk relatert til borderline personlighetsforstyrrelse. I en utvidet kontekst vil utviklingen av ERIS i første rekke kunne bidra til å øke forståelsen av borderline personlighetsforstyrrelse ved å se atferd, strategier og symptomer i lys av den metakognitive modellen. I andre rekke vil skjemaet kunne assistere i videreutviklingen av den metakognitive behandlingsprotokollen for borderline personlighetsforstyrrelse, en terapiform som forhåpentligvis vil kunne bidra til å redusere belastningen hos denne pasientgruppen.

## **Metode**

### **Mål og målenivå**

ERIS er utviklet på bakgrunn av den metakognitive modellen for å måle symptomer på psykopatologi som er særlig gjeldende i BPF. Alle de 23 originale leddene i ERIS er valgt ut på bakgrunn av kliniske kassstudier. Seks av leddene tar for seg ulike metakognitive

strategier i kontekst av BPF. Eksempelvis inkluderes ledd som måler trusselmonitorering (e.g. «hvor ofte i den siste uken har du fokusert din oppmerksomhet på tegn på mulig kritikk, avvisning eller forlatthet?»), og grubling og bekymring (e.g. «hvor mye tid i løpet av siste uke har du bekymret deg eller grublet over avvisning/forlatthet?»). Videre omfatter spørreskjemaet ti ledd som undersøker hvor mye respondenten har benyttet forskjellige typer u hensiktsmessig atferd i respons på sine følelser. Atferden beskrevet i instrumentet inkluderer selvskading, trusler rettet mot andre, benyttelse av alkohol og piller, avvisning av andre, opplevelse av sinne, straff av andre, utøvelse av risikofylte handlinger, unnvikelse av andre, selvmordstanker, og søken etter støtte. De syv siste leddene i ERIS tar for seg respondentens metakognitive kunnskap, i form av positive og negative metakognisjoner relatert til avvisning, kontroll av smerte, intense følelser og mangel på kontroll (e.g. «hvis jeg blir avvist blir jeg gal»). Uavhengig av tema besvares hvert ledd ved at respondenten krysser av på en nipunkts likertskala som er markert med en indikasjon på uenighet eller fravær (ikke i det hele tatt/aldri/ingenting), en indikasjon på enighet eller moderat mengde (ofte/moderat/halvparten av tiden), og en indikasjon på sterk enighet eller tilstedeværelse (ekstremt/hele tiden/alltid/jeg er helt overbevist). Spørreskjemaet ble originalt utviklet på norsk og engelsk (ERIS-n, ERIS-en: H. M. Nordahl & Wells, 2008), men det er også oversatt til tysk (ERIS-d) av M. Simons, Achen Universitat. Appendiks viser originalutformingen av den norske og tyske utgaven av ERIS.

I tråd med trenden i forskningslitteraturen vil responsene på likertskalaen i denne studien måles på intervallnivå. Intervallnivå benyttes altså til tross for anbefalinger om at slike skalaer bør måles på ordinalnivå (Jamieson, 2004; Kuzon, Urbanek, & McCabe, 1996; Vigderhous, 1977). Argumentasjonen for benyttelse av intervallmål grunner i forskning som viser at likertskalaer kan bli analysert effektivt på dette målenivået (se Maurer & Pierce, 1998), og at likertskalaene i ERIS antas å representere underliggende kontinuerlige variabler med ekvidistante valgmuligheter. Antakelsene om likertskalaenes ekvidistanse styrkes av at de presenteres som en sammenhengende linje brutt av åtte markeringer (Allen & Seaman, 2007). Pearsonkorrelasjoner og parametriske tester vil dermed benyttes i de påfølgende analysene.

### **Utvalg og prosedyre**

ERIS ble administrert til 133 pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse som enten primær- eller sekundærdiagnose. Pasientene ble rekruttert fra en av tre poliklinikker tilknyttet

henholdsvis Norges Tekniske- og Naturvitenskaplige Universitet (NTNU), Østmarka Sykehus akuttpost 4 og Aachen universitet situert i Tyskland. Seks deltakere unnlot å svare på mer enn 10 % av spørsmålsleddene, og ble derfor ikke inkludert i analysene. Det endelige utvalget besto dermed av 127 pasienter, hvor av 88 (69.3 %) besvarte den norske versjonen av spørreskjemaet, og de resterende 39 (30.7 %) pasientene besvarte den tyske versjonen av spørreskjemaet. Grunnet anonymiseringshensyn er demografiske variabler som kjønn, alder og okkupasjon ikke kjente. En aldersforskjell mellom den norsktalende og tysktalende gruppen kan derimot antydes på bakgrunn av rekrutteringssted, hvor poliklinikken i Aachen behandler barn og ungdommer i alderen 6-19 år, og poliklinikken på NTNU og Østmarka Sykehus akuttpost 4 behandler voksne (over 18 år). Flere t-tester ble utført for å undersøke om det var en systematisk forskjell mellom respondentene som besvarte henholdsvis den norske og den tyske versjonen av ERIS.

Deltakerne fikk tildelt ERIS i sammenheng med en poliklinisk behandlingstid. Etter pasientene hadde gitt sitt samtykke ble skjemaet administrert og fylt ut på den respektive poliklinikken. Etter utfyllelsen av skjemaet ble rasjonale for skjemaet forklart, og pasientene ble oppfordret til å stille spørsmål hvis de opplevde noe som uklart eller hadde noen reservasjoner i henhold til spørreskjemaet.

### **Utstyr og databehandling**

Analysene ble gjennomført på en ASUS Ux31 med Windows 7 OS. De statistiske analyseverktøyene benyttet var SPSS versjon 21 med en integrert utvidelsespakke muliggjort av programvaren R (R Core Team, 2013). For en detaljert beskrivelse av utvidelsespakken benyttet her se Bastio og Pereira (2012).

39 av de 127 besvarelsene som ble tatt med i analysene manglet følgende spørsmålsledd: «Å tenke på at forhold innebærer trussel hjelper meg å unngå dem» (ledd 15). Siden utvalget i utgangspunktet er lite ble det gjennomført en korrigering av disse manglende spørsmålsleddene slik at alle besvarelsene fikk en fullverdig skåre på dette leddet.

Korrigeringen ble basert på følgende formel:

$$\sum \text{ledd } 15 = \frac{\text{ledd } 16 + \bar{x}(\text{ledd } 17, \text{ledd } 18, \dots, \text{ledd } 23)}{2}$$

Korrigeringen tilsier at det manglende leddet blir en gjennomsnittsskåre ( $\bar{x}$ ) av flere ledd som antas å være teoretisk likt det manglende leddet (ledd 17 til ledd 23), med en særlig sterk vektning av et ledd som antas å være svært likt det manglende leddet (ledd 16). Videre

forekommer korrigeringen på en måte som gjør at hver respondent blir sammenlignet med seg selv, i motsetning til en gjennomsnittsskåre av utvalget som en helhet. En slik korrigering er ikke optimal, men rettfærdiggjøres på bakgrunn av aprioriske antakelser om likhet på tvers av de overnevnte leddene, samt at respondenten selv er referansepunktet for korrigeringen. Denne korrigeringen gjør likevel at de påfølgende resultatene må tolkes med forsiktighet.

### **Faktoranalysen**

Siden utførelsen av en faktoranalyse er en komplisert analyseprosess (Gaskin & Happell, 2014), så presenteres en detaljert beskrivelse av både analysemetodene og rasjonale for valget av metodene. Dette gjøres for at leseren skal være informert om vurderingene gjort i analyseprosessen, samt referansegrunnlaget disse vurderingene baserer seg på.

For å kunne avgjøre om utvalget er egnet for faktoranalyse ble de fire følgende preliminnære tester utført: Barletts-, Jennerichs-, Steiger-, og Kaiser-Meyer-Olkins (KMO) test. I tillegg til disse undersøkelsene ble korrelasjonsmatrisen inspisert for tegn på multikollinearitet etter retningslinjene gitt av Field (2005). Fulgt av de preliminnære undersøkelsene var en «unweighted least squares» faktoranalyse. Bakgrunnen for benyttelsen av denne analysen var i første rekke at en slik faktoranalyse anses som både konseptuelt og empirisk overlegen andre metoder som prinsippal komponentanalyse (PKA) i samfunnsvitenskapelig forskning (Gaskin & Happell, 2014). En av grunnene til dette er at faktoranalyse kun analyserer leddenes delte varians, og dermed åpner for en feilvariens som så godt som alltid er tilstede i empirisk data (Bentler & Kano, 1990). En annen grunn er en rekke studier som viser at faktoranalysen gir mer nøyaktige resultater enn PKA, særlig når faktorladningene er lave og/eller det er få ledd per faktor/komponent (Snook & Gorsuch, 1989; Widaman, 1993). Det siste poenget er særlig relevant her, der det faktum at ERIS kun inneholder 23 spørsmålsledd gjør det sannsynlig at det vil kunne forekomme få ledd per faktor.

Videre ble «unweighted least squares» (ULS) foretrukket over faktoranalysemetodene «maximum likelihood» (ML) og «principal axis factoring» (PAF) på bakgrunn av fire kriterier: Strukturen på faktorløsningen, styrken på faktorladningene, korrelasjonen mellom faktorene, og tilstedeværelsen av indikasjoner på feilkilder (modell- og utvalgsfeil). ULS ble foretrukket over ML siden sistnevnte antar en normalfordeling av dataene (Joreskog & Goldberger, 1972), samt på bakgrunn av studier som viser at ULS egner seg bedre enn ML til å ekstrahere svake faktorer, særlig ved tilstedeværelsen av modellfeil og utvalgsfeil i små

utvalg (Briggs & MacCallum, 2003; MacCallum & Tucker, 1991). ULS ble også foretrukket over PAF, siden datasettet viste en kompleks faktorløsningsstruktur (forskjell i faktorladninger, kryssladninger og faktorkorrelasjoner), noe PAF ikke håndterer optimalt (de Winter & Dodou, 2012).

For å kunne avgjøre antall faktorer som skulle beholdes ble Kaisers kriterium for egenverdi (eigenvalue) (Kaiser, 1960) komplementert med følgende fire analyser: Scree-testen (Cattell, 1966), parallellanalyse (Horn, 1965), «minimum average partial rule» (MAP: Velicer, 1976), og «comparison data» (CD: Ruscio & Roche, 2012). Parallellanalyse ble videre gjennomført med to forskjellige persentiler av tilfeldige egenverdier (gjennomsnittsregelen og 95te persentilregelen), siden flere studier viser at resultatet til parallellanalysen kan påvirkes stort av dette (A. V. Crawford et al., 2010; Garrido, Abad, & Ponsoda, 2013; Green, Levy, Thompson, Lu, & Lo, 2012). Prinsippal komponentanalyse (PKA) ble benyttet som faktorekstraksjonsmetode i alle fem analysene, siden MAP metoden krever dette (Velicer, 1976), og at bruken av forskjellige faktorekstraksjonsmetoder i de ulike stadiene av faktoranalyseprosessen kan rettferdiggjøres (se Garrido et al., 2013).

Den endelige vurderingen av det optimale antallet faktorer som skulle bli beholdt ble så avgjort på bakgrunn av tre forhold: 1) resultatene til de mest pålitelige analysemetodene, 2) konvergens mellom de forskjellige metodene, og 3) forfatterens vurdering. I henhold til rangeringen av reliabiliteten til analysemetodene ble parallellanalyse ansett som den mest pålitelige metoden, så MAP metoden, deretter CD, og tilslutt Kaisers kriterium for egenverdi og scree-testen. Grunnlaget for denne rangeringen er en rekke studier som viser at til parallellanalyse gir gode resultater (Hubbard & Allen, 1987; Zwick & Velicer, 1986), at MAP viser gode om noe varierende resultater (Ruscio & Roche, 2012; Zwick & Velicer, 1986), at CD viser lovende men kun preliminnære resultater (Ruscio & Roche, 2012), og at både scree-testen og Kaiser kriterium for egenverdi har en godt dokumentert tendens til å være upålitelige metoder (C. B. Crawford & Koopman, 1979; Hubbard & Allen, 1987; Zwick & Velicer, 1986).

Tre forskjellige oblikfaktor-rotasjoner ble gjennomført på de utvalgte faktorene: Direct oblimin (Harman, 1976; Jennrich & Sampson, 1966), Geomin (Yates, 1987), og Infomax (se McKeon, 1968 i Agresti, 1990, s. 48). Oblikrotasjoner ble valgt over ortogonale rotasjoner siden faktorene sannsynligvis korrelerer, og at oblikrotasjoner vil gi et tilsvarende likt resultat som ortogonale selv om faktorene er ortogonale (Harman, 1976). Direct oblimin, Geomin og

Infomax ble utført på bakgrunn av funn som tilsier at de forskjellige rotasjonene kan gi svært forskjellige resultater, samt at det ikke eksisterer et sett med kriterier som avgjør hvilken rotasjonsmetode som er best egnet til datasettet (Gaskin & Happell, 2014; Sass & Schmitt, 2010). Direct oblimin ble utført med henholdsvis tre forskjellige deltanivåer (0.6, 0, -0.8) for å kunne undersøke effekten av korrelasjonsfriheten til faktorene (Field, 2005). De forskjellige rotasjonene ga tilnærmet like resultater, og den videre diskusjonen vil ta utgangspunkt i Geomin rotasjonen. Årsaken til denne utvelgelsen er at Geomin har vist gode resultater (Browne, 2001), til tross for at den i noen tilfeller kan gi lave kryssladninger og høye faktorkorrelasjoner (Sass & Schmitt, 2010).

Til slutt ble faktorene i den utvalgte faktorløsningen tematisert og navngitt etter forfatterens vurdering. Den interne konsistensen til hver enkelt faktor, samt løsningen som en helhet, ble undersøkt ved hjelp Cronbachs alfakoeffisient.

## **Resultater**

### **Preliminære analyser**

Bartlett's-, Jennerich- og Steigertestene viste alle  $p < 0.001$ , noe som tilsier at vi må forkaste nullhypotesen om at variablene i korrelasjonsmatrisen er en identitetsmatrise (Bartlett, 1951; Jennrich, 1970; Steiger, 1980). Med andre ord indikerer dette at styrken på korrelasjonene mellom variablene er høye nok til at en faktoranalyse er berettiget. Den samlede Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) verdien var på 0.85 ved de innledende analysene, og etter fjerning av to ledd (se under) steg verdien til 0.87. Begge disse KMO-verdiene er ansett som svært gode (Hutcheson & Sofroniou, 1999; Tabachnick, 1996), noe som indikerer at det er nok delt varians til å rettferdiggjøre en faktoranalyse. En inspeksjon av antibilde- og korrelasjonsmatrisen viste ingen tegn på respektivt multikollinearitet eller nullvarians i samsvar med retningslinjene gitt av (Field, 2005), noe som tilsier at alle spørsmålsleddene korrelerer verken for lite eller for mye med tanke på gjennomførelsen av en faktoranalyse. Til sammen indikerer disse undersøkelsene at utvalget og spørsmålsleddene er egnet for faktoranalysering.

### **Faktorløsninger**

Den innledende faktorløsningen viste at fem faktorer hadde en egenverdi  $> 1$ . Denne faktorløsningen forklarte nærmere 64 % av variansen. Parallellanalyse med 95te persentilregelen og CD tilsa at to faktorer burde beholdes. Parallellanalyse med

gjennomsnittsregelen, MAP, og scree-testen tilsa derimot at tre faktorer burde beholdes. En nærmere inspeksjon av faktormatrisen til faktoranalysen viste at trefaktorløsningen var den mest givende både empirisk og teoretisk sett. Kriteriene for denne vurderingen var blant annet spørsmålsleddenes faktorladninger, kryssladningene og tematisk konsistens.

Trefaktorløsningen forklarte 48 % av variansen, og ble beholdt til tross for at dette strider mot prinsippet om sparsommelighet.

På bakgrunn av anbefalingene til Graham og kollegaer (2003) ble både mønster- og struktormatrisen til den roterte faktorløsningen undersøkt. Siden inspeksjonen av matrisene viste ledd som verken kun ladet på en faktor eller ladet svært sterkt på flere faktorer, vil den påfølgende gjennomgangen ta utgangspunkt i matrisen med enklest struktur – mønstermatrisen. En videre gjennomgang av mønstermatrisen viste at ledd 6 («bruk av alkohol/piller») og ledd 9 («straffet andre») ladet under 0.4 på alle tre faktorene. Disse leddene ble derfor ikke inkludert i faktorstrukturen videre. At ledd 6 og ledd 9 hadde så lav faktorladning på tvers av de tre faktorene var derimot ikke så rart med tanke på at deres respektive ekstraherte kommunaliteter var svært lave (0.15 og 0.09), noe som indikerer at trefaktorstrukturen forklarte en svært lav proporsjon av deres varians. Av de resterende 21 leddene viste følgende fire spørsmålsledd høye kryssladninger: ledd 12, ledd 13, ledd 15, og ledd 20. Tre av disse leddene ble utelatt på bakgrunn av anbefalingene til Nunnally og Bernstein (1994) om å fjerne ledd med kryssladninger som overgår en verdi på 0.3. Ledd 12 («selvmordstanker») ble derimot beholdt for å kunne opprettholde et minimum på fire spørsmålsledd pr. faktor. Faktorene ble navngitt etter leddenes tematiske karakter, og betegnes videre som: «kognitiv dysregulering» (10 ledd), «interpersonlig ustabilitet» (4 ledd), og «impulsiv dysregulering» (4 ledd). Tabell 1 viser den endelige faktorløsningen, variansen faktorene redegjør for, mønstermatrisen og kommunalitetene til spørsmålsleddene.

**Tabell 2.** Viser gjennomsnitt (M), standardavvik (SD) og Cronbachs alfakoeffesient ( $\alpha$ ) for de ulike faktorene i ERIS

Faktor	Antall ledd	M	SD	$\alpha$
1 Kognitiv dysregulering	10	45.73	18.33	0.90
2 Interpersonlig ustabilitet	4	8.42	7.06	0.78
3 Impulsiv dysregulering	4	6.17	7.14	0.75

Instrumentet som en helhet viste høy indre konsistens med en samlet Cronbachs alfakoeffesient ( $\alpha$ ) på 0.91. De ulike subskalaene viste høy til middels intern konsistens, med Chronbachs alfakoeffesienter ( $\alpha$ ) som rangerte fra 0.75 til 0.90. Leddtotal-korrelasjonene til de individuelle skalaene var som følger: Kognitiv dysregulering (0.46 til 0.75), interpersonlig

**Tabell 1.** Faktorløsning<sup>a</sup> som viser distribusjonen, ladningene og kommunalitetene til spørsmålsleddene hos de tre faktorene: 1 = kognitiv dysregulering, 2 = interpersonlig ustabilitet, og 3 = impulsiv dysregulering (N=127)

Spørsmålsledd <sup>b</sup>	Mønstermatrise			Kommunaliteter
	1	2	3	
1. Hvor stressende har dine tanker om avvisning/forlatthet vært I løpet av siste uke?	.78			.67
2. Hvor mye tid I løpet av siste uke har du bekymret deg eller grublet over avvisning/forlatthet?	.78			.68
3. Hvor ofte I siste uke har du fokusert din oppmerksomhet på tegn på mulig kritikk, avvisning eller forlatthet?	.80			.64
14. Jeg må forvente å bli avvist så jeg kan unngå det.	.63			.37
<sup>c</sup> 15. Å tenke på at forhold innebærer trusler hjelper meg å unngå dem.	.62	-.40		.48
16. Jeg må prøve å forstå hvorfor jeg er slik jeg er.	.60			.35
18. Jeg tåler ikke intense følelser.	.68			.54
19. Jeg kommer til å miste kontroll dersom jeg blir forlatt.	.77			.55
<sup>c</sup> 20. Hvis jeg blir avvist blir jeg gal.	.77	-.32		.61
21. Mine følelser kan overvelde meg.	.65			.50
22. Jeg klarer ikke å kontrollere mine følelser.	.65			.51
23. Jeg har ingen kontroll over meg selv.	.64			.59
5. Hvor ofte har du truet andre sist uke?		.42		.25
7. Hvor ofte har du avvist andre sist uke?		.74		.71
8. Hvor ofte har du blitt sint sist uke?		.42		.41
11. Hvor ofte har du unnveket andre sist uke?		.63		.62
<sup>c</sup> 13. Hvor ofte har du sett eter støtte i løpet av siste uke?	.66		-.31	.43
4. Hvor ofte har du skadet deg selv sist uke?			.82	.68
10. Hvor ofte har du bedrevet farefull atferd sist uke?			.55	.39
<sup>c</sup> 12. Hvor ofte har du hatt tanker om å avslutte livet ditt sist uke?	.34		.42	.35
17. Jeg kan kontrollere smerten bare ved å skade meg selv.			.71	.61
Forklart varians (%)	33	10	5	

Merknad. Total variansen forklart (48 %). Faktorladninger < .30 er utelatt fra tabellen.

<sup>a</sup>Geomin rotasjon, <sup>b</sup>Spørsmålsledd fremstilt etter faktorladning, <sup>c</sup>Spørsmålsledd som ble utelatt grunnet krysslading > .30.



**Tabell 4.** Viser gjennomsnittsskåre (M) og standardavvik (SD) for hvert spørsmålsledd i den norske og den tyske versjonen av ERIS

Spørsmålsledd	Norsk (N = 88)		Tysk (N = 39)		t	Hedges g
	M	SD	M	SD		
1. Hvor stressende har dine tanker om avvisning/forlatthet vært i løpet av siste uke?	4.47	2.20	4.44	2.35	0.07	0.01
2. Hvor mye tid i løpet av siste uke har du bekymret deg eller grublet over avvisning/forlatthet?	4.39	2.31	4.51	2.35	-0.28	-0.05
3. Hvor ofte i siste uke har du fokusert din oppmerksomhet på tegn på mulig kritikk, avvisning eller forlatthet?	4.40	2.27	4.31	2.35	0.20	0.04
4. Hvor ofte har du skadet deg selv sist uke?	0.70	1.71	2.05	2.69	2.88**	-0.65
5. Hvor ofte har du truet andre sist uke?	0.19	0.83	0.69	1.76	1.69	-0.42
6. Hvor ofte har du brukt alkohol eller piller sist uke?	0.84	1.69	1.10	2.01	-0.76	-0.14
7. Hvor ofte har du avvist folk sist uke?	1.95	2.36	2.38	2.65	-0.91	-0.17
8. Hvor ofte har du blitt sint sist uke?	2.31	2.19	3.92	2.70	-3.29**	-0.68
9. Hvor ofte har du straffet andre sist uke?	0.49	1.21	0.62	1.67	-0.48	-0.09
10. Hvor ofte har du bedrevet farefull atferd sist uke?	0.42	1.21	1.64	2.24	-3.20**	-0.76
11. Hvor ofte har du unnveket andre sist uke?	2.99	2.56	3.62	2.97	-1.21	-0.23
12. Hvor ofte har du hatt tanker om å avslutte livet ditt sist uke?	2.28	2.81	2.62	2.88	-0.61	-0.12
13. Hvor ofte har du sett etter støtte for å takle dine følelser i siste uke?	4.38	2.65	2.31	2.89	3.94**	0.76
14. Jeg må forvente å bli avvist så jeg kan unngå det.	4.58	2.81	3.23	2.86	2.48*	0.47
15. Å tenke på at forhold innebærer trussel hjelper meg å unngå dem.	2.97	2.91	3.85	2.10	-1.04	-0.33
16. Jeg må prøve å forstå hvorfor jeg er slik jeg er.	4.86	2.81	5.21	2.79	-0.63	-0.12
17. Jeg kan kontrollere smerten bare ved å skade meg selv.	0.95	1.91	3.95	2.87	-5.97**	-1.33
18. Jeg tåler ikke intense følelser.	4.07	2.50	4.82	2.74	-1.52	-0.29
19. Jeg kommer til å miste kontroll dersom jeg blir forlatt.	5.14	2.71	3.36	2.77	3.39**	0.65
20. Hvis jeg blir avvist blir jeg gal.	3.26	3.31	2.77	2.79	0.89	0.15
21. Mine følelser kan overvelde meg.	5.72	2.13	6.23	2.44	-1.20	-0.23
22. Jeg klarer ikke å kontrollere mine følelser.	5.19	2.24	5.51	2.42	-0.70	-0.14
23. Jeg har ingen kontroll over meg selv.	2.95	2.33	4.05	2.48	2.40*	-0.46

Merknad. \*  $p < .05$  (to-halet), \*\*  $p < .01$  (to-halet).

ustabilitet (0.47 til 0.73) og impulsiv dysregulering (0.45 til 0.73). Tabell 2 viser antall ledd tilknyttet hver enkelt faktor, gjennomsnittet og standardavviket til faktorene, samt faktorenes indre konsistens. Interkorrelasjonene mellom de roterte faktorene viser en lav til middelstor korrelasjon mellom faktorene. Tabell 3 viser interkorrelasjonene mellom faktorene.

### Gruppeforskjeller

Skårene for den norsktalende og det tysktalende gruppen ble undersøkt og sammenlignet for hvert spørsmålsledd ved hjelp av t-tester. Resultatene er vist i tabell 4. Den norsktalende og det tysktalende gruppen skåret signifikant forskjellig på ni spørsmålsledd. Leddene relatert til søken etter støtte, forventning om avvisning, tap av kontroll, og fravær av kontroll over seg selv var signifikant høyere i det norsktalende gruppen. Leddene relatert til fravær av kontroll, kontroll, kontroll via selvskading, sinne, risikoatferd og selvskading var signifikant høyere i den tysktalende gruppen. Effektstørrelsene til disse forskjellene var middels til store i henhold til aksepterte retningslinjer (Cohen, 1992), hvor den klart høyeste effektstørrelsen var for holdningen til selvskading (Hedges  $g = 1.33$ ).

**Tabell 3.** Viser interkorrelasjonene mellom faktorene i ERIS

Faktor	1	2	3
1 Kognitiv dysregulering	1	0.26*	0.25*
2 Interpersonlig ustabilitet	0.26*	1	0.25*
3 Impulsiv dysregulering	0.25*	0.25*	1

Merknad. \*Geomin rotasjon

### Diskusjon

Dette studiet representerer det første steget i utviklingen av selvrapportinstrumentet ERIS. ERIS er et spørreskjema med det formål å kunne måle metakognitive prosesser i konteksten av borderline personlighetsforstyrrelse. Instrumentet er teoretisk forankret i den metakognitive modellen, med utsagn generert ut fra kliniske kasusstudier.

ERIS fremviste flere gode psykometriske egenskaper. Den totale interne konsistensen for instrumentet (Chronbachs alfakoeffesient) var høy i henhold til generelt aksepterte retningslinjer (Nunnally & Bernstein, 1994), og subskalaene strakk seg fra høy til akseptabel reliabilitet. Videre falt de korrigerede leddtotal korrelasjonene til hver enkelt skala innen en rekkevidde som er langt over den foreslåtte minimumsverdien på 0.2 (Kline, 1986). Til sammen tilsier dette at ERIS utviser en god intern konsistens på total- og skalanivå, samt at hvert spørsmålsledd har en sterk assosiasjon til både instrumentet som en helhet og til deres

respektive skala. Resultatet av en utforskende faktoranalyse viser at en trefaktorløsning for ERIS var den mest givende, ut fra både et empirisk (e.g. basert på tolkningen av analysene) og et teoretisk (e.g. ga den beste konseptuelle kvaliteten til faktorene) grunnlag. Et ledd («selvmordstanker») ble beholdt til tross for en kryssladning høyere enn 0.3. Dette ble gjort for å bevare et minimumsantall på fire spørsmålsledd under hver faktor.

Den endelige faktorløsningen forklarte 48 % av variansen, og de tre faktorene ble navngitt etter deres tematiske innhold. Faktor 1, kognitiv dysregulering, reflekterte respondentens forsøk på å kontrollere indre opplevelser via forskjellige tankeprosesser, samt holdninger personen har til disse tankeprosessene. Eksempelvis beskriver leddene gruppert under denne faktoren både bekymringsprosesser, og holdninger som avspeiler fordeler ved å bekymre seg. Faktor 2, interpersonlig ustabilitet, beskriver relasjonell atferd som kan virke ødeleggende for individet på lang sikt. Tre av spørsmålsleddene gruppert under denne faktoren viser til atferd som å true, unnvike og avvise andre mennesker. Det fjerde leddet tilknyttet faktoren er relatert til en opplevelse av aggresjon («ble sinna»), altså en tilstand som ikke nødvendigvis trenger å utspilles i en relasjon. Faktor 3, impulsiv dysregulering, omfatter impulsive handlingsreaksjoner og tanker som ledsager sterk negativ affekt. De fire leddene gruppert under denne faktoren er selvskading, risikoatferd, selvmordstanker og bruk av selvskading som kontroll.

Ser man på faktorkorrelasjonene så viser disse til noe overlapp mellom faktorene (se tabell 3), men denne overlappen er ikke så omfattende at man ut fra et psykometrisk standpunkt bør anse faktorene som å springe ut fra én underliggende faktor (Cohen, 1988). Det faktum at faktorkorrelasjonene er relativt lave er interessant med tanke på et studie som viser at rotasjonen benyttet (Geomin), har en tendens til å gi høye faktorkorrelasjoner til fordel for lave krysskorrelasjoner (Sass & Schmitt, 2010). Til sammen underbygger dette påstanden om at ERIS har subskalaer som er reliable og måler aspekter ved borderline personlighetsforstyrrelse som i hovedsak bør ansees som uavhengige.

På bakgrunn av de overnevnte resultatene kan det dermed slås fast at ERIS i sin presenterte form har en adekvat intern struktur som er gjør skalaene anvendelige i klinisk og forskningsmessig praksis. I sin nåværende form vil ERIS kunne hjelpe terapeuter å følge pasienters utvikling i henhold til endringsmekanismer postulert av S-REF modellen, samt å holde behandleren underrettet på fremtreden av kliniske risikofaktorer som selvskading og selvmordstanker. ERIS vil også kunne assistere forskere i søken etter å forstå hva som

oppretholder borderline personlighetsforstyrrelse, ved å se på metakognitive strategier og metakognitiv kunnskap i sammenheng med symptomatisk atferd i BPF.

Siden det i dette studiet kun ble benyttet en utforskende faktoranalyse, så er det derimot ikke mulig å si noe om ERIS måler de psykopatologiprosessene man antar at instrumentet måler. En utforskende faktoranalyse gjør det heller ikke mulig å teste hypoteser om forholdet mellom de antatte latente variablene, noe som krever en såkalt bekreftende faktoranalyse (Field, 2005). Til tross for disse metodiske begrensningene kan faktorstrukturen beskrevet over belyse flere interessante aspekter som kan guide den videre utviklingen av spørreskjemaet. I denne sammenhengen vil diskusjonen under fokusere på tre slike aspekter: i hvor stor grad faktorstrukturen til ERIS reflekterer den metakognitive modellen, om spørsmålsleddene i ERIS ivaretar trekkene i borderline personlighetsforstyrrelse, og gruppeforskjellene mellom den norsktalende og den tysktalende gruppen.

### **ERIS og den metakognitive modellen**

Ut fra det metakognitive perspektivet antas ERIS å ivareta flere sentrale psykopatologiske prosesser. Som nevnt innledningsvis fremhever den metakognitive modellen både metakognitiv kunnskap og metakognitive strategier som via sin interaksjon kan opprettholde psykopatologi (Wells & Matthews, 1994, 1996). Ser vi spørsmålsleddene i faktor 1 ut fra dette perspektivet, så beskriver de tre sentrale metakognitive strategier som i teorien inngår i det såkalte kognitive oppmerksomhetssyndromet (KOS). Eksempelvis grupperte spørsmålsledd om bekymring og grubling (e.g. «hvor ofte har du bekymret eller grublet i løpet av sist uke»), og trusselmonitorering (e.g. «hvor ofte i sist uke har du fokusert din oppmerksomhet på tegn på mulig kritikk, avvisning eller forlatthet») under denne faktoren. Videre omfatter faktoren metakognitiv kunnskap i form av både positive (e.g. «jeg må prøve å forstå meg selv») og negative (e.g. «mine følelser kan overvelde meg») metakognisjoner. Faktor 2 og faktor 3 omfatter på sin side flere typer atferd og atferdstendenser som kan grupperes under samlekategoriene for metakognitive strategier kalt «uhensiktsmessig mestringsatferd» (Wells, 2000). Eksempelvis grupperes spørsmål om selvskading og avvisning av andre under disse faktorene. Selv om dette studiet kun kan vurdere overflatevaliditeten til disse spørsmålsleddene, så inkluderer ERIS ledd som i hvert fall på et teoretisk plan referer til både metakognitive strategier og kunnskap.

Ser vi derimot på faktorstrukturen til ERIS så har denne påfallende forskjeller sammenlignet med den konseptuelle strukturen til den metakognitive modellen. I den metakognitive

modellen presenteres metakognitive strategier (KOS-prosessene) og metakognitiv kunnskap (positiv og negativ) som separate, men interagerende, prosesser (Wells & Matthews, 1996). I henhold til denne kognitive arkitekturen ville en ideell faktorstruktur for ERIS være en hvor spørsmålsleddene relatert til de tre konseptuelle kategoriene (KOS-prosesser, negative metakognisjoner, positive metakognisjoner) grupperte seg under separate faktorer. ERIS sin faktorstruktur står dermed i kontrast til den metakognitive modellens struktur ved å 1) gruppere tre KOS-prosesser (grubling, bekymring, trusselmonitorering) og metakognisjoner (både positive og negative) i en og samme faktor, 2) separere KOS-prosessen «uhensiktsmessig mestringsatferd» fra de andre KOS-prosessene, og 3) splitte de forskjellige formene av uhensiktsmessig atferd inn i to faktorer som reflekterer et interpersonlig- og et intrapersonlig domene. Dette er en faktorstruktur som skiller ERIS fra andre instrumenter utviklet på bakgrunn av den metakognitive modellen, der f. eks MCQ separerer negative og positive metakognisjoner i to distinkte faktorer (Cartwright-Hatton & Wells, 1997), og AnTI separer spørsmål relater til grubling fra spørsmål knyttet til negative metakognisjoner om grubling (Wells, 1994). Det kan være flere årsaker til forskjellene mellom faktorstrukturen til ERIS og de andre skjemaene, men studiets natur gjør det ikke mulig å fastslå hvilke aspekter som gjør seg gjeldende. Likevel innehar ERIS trekk som kan være særlig utslagsgivende, særlig med tanke på utformingen av spørsmålsleddene.

ERIS inkluderer i sin nåværende form spørsmålsledd som kan oppleves som tvetydige og/eller generiske. Et eksempel er ledd 2 i ERIS formulert som «hvor mye tid i løpet av sist uke har du bekymret eller grublet over avvisning/forlatthet?». I dette tilfellet inkluderes både bekymring og grubling, to prosesser som i henhold til den metakognitive modellen er distinkte, til tross for noe overlapp (Papageorgiou & Wells, 2004). Det er dermed tenkelig at en slik spørsmålsformulering kan bidra til at KOS-prosessene «grubling» og «bekymring» grupperes under samme faktor. Et annet eksempel er ledd 19 skrevet som «jeg kommer til å miste kontroll dersom jeg blir forlatt». Her kan spørsmålsleddet tolkes som KOS-prosessen «bekymring» («hvis jeg blir forlatt så kommer jeg til å miste kontrollen»), eller som en negativ metakognisjon («det er farlig å miste kontrollen/bli forlatt»). Videre inkluderer ERIS også spørsmålsledd om svært generisk metakognitiv kunnskap. Et eksempel her er ledd 23 formulert som «jeg har ingen kontroll over meg selv». I dette tilfellet er det klart at utsagnet refererer til en negativ metakognisjon, men hva som menes med å ikke ha noen kontroll «over meg selv» er usikkert. Et resultat av dette er at ledd 23 kan tolkes på forskjellige måter, hvor det å miste kontroll kan referere til følelser, tanker, selvbilde, handlinger etc.

For å kunne luke ut muligheten for at slike spørsmålsformuleringer kan påvirke de psykometriske egenskapene til ERIS, bør fremtidige undersøkelser dermed presisere disse spørsmålsleddene slik at de blir frie fra slike tvetydigheter. Dette vil igjen kunne ha en effekt på selve faktorstrukturen, forhåpentligvis i retning av å nærme seg den konseptuelle strukturen til den metakognitive modellen.

### **ERIS og dimensjonene i borderline personlighetsforstyrrelse**

Siden ERIS er ment til å omfatte borderline personlighetsforstyrrelse er det også viktig å se nærmere på hvilke trekk ved BPF som spørreskjemaet faktisk dekker. I henhold til hvilke domener som er relevante for BPF viser Lieb og kollegaer (2004) til fire dimensjoner som er særlig fremtredende i lidelsen: affektive forstyrrelser, impulsivitet, kognitive forstyrrelser, og ustabile relasjoner. Disse fire dimensjonene er generelt akseptert i som særpreg for BPF i forskningslitteraturen, med flere studier dokumenterer at personer med denne lidelsen viser intense og raskt skiftende emosjoner (Henry et al., 2001; Koenigsberg et al., 2002; Putnam & Silk, 2005), selvdestruktiv og generelt risikofylt atferd (Links, Heslegrave, Mitton, van Reekum, & Patrick, 1995; Paris et al., 2004), kognitive forstyrrelser som dissosiasjon og psykotiske fenomener (Yee, Korner, McSwiggan, Meares, & Stevenson, 2005; Zanarini, Gunderson, & Frankenburg, 1990), og frykt for avvising og bruk av uhensiktsmessige interpersonlige strategier (Arntz & ten Haaf, 2012; Modestin, 1987).

Sett ut fra den overnevnte kategoriseringen omfatter ERIS i større eller mindre grad tre av de fire domenene. Faktor 1 inkluderer fem spørsmål som tar for seg personens frykt for avvising (e.g. «jeg kommer til å miste kontrollen dersom jeg blir forlatt»), samt tre utsagn relatert til affektiv ustabilitet (e.g. «mine følelser kan overvelde meg»). Faktor 2 inkluderer tre spørsmålsledd relatert til benyttelsen av uhensiktsmessige interpersonlige strategier (e.g. «hvor ofte har du truet andre sist uke»), og et spørsmål om tendensen til affektiv ustabilitet (e.g. «hvor ofte har du blitt sinna»). Faktor 3 inkluderer tre spørsmål om selvdestruktiv atferd (e.g. «hvor ofte har du skadet deg selv»), og et om generell impulsiv atferd (e.g. «hvor ofte har du bedrevet farefull atferd»). For at fremtidige versjoner av ERIS skal kunne dekke de karakteristiske trekkene for BPF bedre, så oppfordres det dermed til å inkludere flere spørsmålsledd som dekker de fire domenene bedre, og da spesielt dimensjonene tilknyttet de affektive og kognitive forstyrrelsene. Konkrete anbefalinger er å inkludere spørsmålsledd om emosjoner utover sinne (e.g. håpløshet, skam, panikk), opplevelser av tomhet, psykotiske

fenomener (e.g. hallusinasjoner, vrangforestillinger), og ikke-psykotiske fenomener (e.g. dissosiasjon, depersonalisering).

Et viktig poeng i denne sammenhengen er at selv innenfor de fire trekkdomenene er borderlinepopulasjonen kjent for å være en heterogen gruppe, uten at noen kriterier er mer patognomoniske enn andre (Paris, 2008). Studier gjort på selve borderlinekriteriene støtter dette, der sentraliteten til det enkelte kriterium varierer fra studie til studie (Clifton & Pilkonis, 2007; Fossati et al., 1999). I praksis betyr dette at hvis man følger anbefalingene om å inkludere spørsmål som dekker de fire hovedområdene i BPF bedre, så vil det ikke nødvendigvis føre til at man treffer symptomatologien til den enkelte respondent bedre – kun gruppen BPF som en helhet. I henhold til dette studiet kan en slik heterogenitet videre forklare den relativt høye variasjonen (standardavvikene) for skårene innen hver faktor (se tabell 3), og at noen spørsmålsledd hadde så lave kommunaliteter og påfølgende lave faktorladninger at de ble droppet fra faktorløsningen (e.g. ledd 9 «straffet andre», ledd 6 «benyttet alkohol eller piller»). En videre utforskning av ERIS vil derimot kunne ha utbytte av å inkludere både flere ledd og de leddene som her ble droppet fra analysene, slik at man kan se hvordan de påvirker resultatene i konsert med hverandre, og fordi atferden de beskriver kan være relevant for klinisk bruk. Ved å inkludere slike ledd unngår man med andre ord såkalt «psykometrisme» (Netland, 2007), et begrep som beskriver tendensen til å utelate spørsmålsledd som kan gi klinisk relevant informasjon på bakgrunn av lave skala- og faktorladninger.

Et annet viktig poeng er at inklusjonen av de overnevnte BPF-domenene i ERIS ikke vil stride med spørreskjemaets forankring i den metakognitive modellen. I henhold til den metakognitive modellen så kan alle de beskrevne karakteristikkene tilknyttet borderline personlighetsforstyrrelse grupperes under kategorien uhensiktsmessige mestringsstrategier. Et eksempel her er konseptualiseringen av paranoide vrangforestillinger som en metakognitiv strategi for regulering av interpersonlige trusler, en strategi som ledsages av både positive og negative metakognisjoner (Morrison et al., 2005).

### **Gruppeforskjeller**

På i alt ni spørsmålsledd viste den originale utformingen av ERIS en skåreforskjell som var statistisk signifikant mellom den tysktalende og den norsktalende gruppen (se tabell 4). Mer nøyaktig skåret den norsktalende gruppen høyere på ledd relatert til depresjon og selvbylde (forventning om avvisning, søken etter støtte, tap- og fravær av kontroll). Den tysktalende

gruppen skåret på sin side høyere på ledd relatert til impulsivitet og affekt (fravær av kontroll, sinne, risikoatferd, selvskading og selvskading som kontroll). Selv om studiets natur også her gjør det er vanskelig å angi årsaken til denne forskjellen, så er det påfallende at de tysktalende respondentene var rekruttert fra en poliklinikk som i hovedsak tar unge pasienter (under 18 år), mens de norsktalende deltakerne var rekruttert fra en generelt eldre populasjon. Det er dermed ikke urimelig å anta at disse gruppeforskjellene kan illustrere tidstypiske aspekter ved borderline personlighetsforstyrrelse. Denne antakelsen støttes av studier som viser at impulsiv atferd hos pasienter med BPF har en tendens til å dempes med alder (Stevenson, Meares, & Comerford, 2003; Stone, 1990), og studier som viser at de mer depressive tendensene (e.g. følelse av utilstrekkelighet, redsel for å blir forlatt), vedvarer i relativt større grad over tid (Paris & Zweig-Frank, 2001; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005). Med utgangspunkt i disse studiene anbefales det at fremtidige undersøkelser av ERIS og borderline personlighetsforstyrrelse tar hensyn til mulige aldersforskjeller, samt undersøke om trenden vist i dette studiet kan replikeres.

### **Begrensninger**

Det foreliggende studiet har flere egenskaper som reduserer kvaliteten og generaliserbarheten til de presenterte resultatene. For det første er utvalgsstørrelsen ( $N = 127$ ) benyttet i de statistiske analysene ikke optimal i henhold til retningslinjer som tilsier utvalg på 300 bør tilstrebes for å være sikret en stabil faktorløsning (Field, 2005). Flere aspekter må derimot vurderes for å kunne avgjøre den optimale utvalgsstørrelsen for den enkelte undersøkelsen (MacCallum, Widaman, Zhang, & Hong, 1999), og faktorstrukturen i dette studiet viser trekk som er forenlige med undersøkelser som rettfærdiggjør mindre utvalg (de Winter, Dodou, & Wieringa, 2009). Blant annet viser den presenterte faktorstrukturen middels høye faktorladninger, et lavt antall faktorer, middelstore faktorkorrelasjoner, og en svært god KMO-verdi. Sett ut fra standpunktet om at en modell er nyttig så lenge den ikke er veldig feil (MacCallum, 2003), kan det hevdes at den presenterte strukturen bør kunne benyttes som et utgangspunkt for fremtidige analyser til tross for studiets beskjedne utvalgsstørrelse.

For det andre begrenses studiet av fraværet av demografiske variabler som respondentenes kjønn, alder og okkupasjon. Mangelen på slik informasjon begrenser generaliserbarheten til funnene stort, samt vanskeliggjør utelukkelsen av tredjevariabler som kan gi en systematisk påvirkning på resultatene. En viss aldersforskjell mellom de norsktalende og tysktalende respondentene kan antydes på bakgrunn av rekrutteringssted,



men fraværet av et eksakt mål på denne aldersvariasjonen gjør at påstandene knyttet til gruppeforskjellene må forbli spekulative. For det tredje begrenses undersøkelsen av at utvalget består av polikliniske pasienter i varierende faser av behandlingsforløpet. Det er dermed usikkert hvorvidt resultatene kan generaliseres til andre populasjoner, som borderlinepasienter innlagt på akutt- og/eller døgnposter.

For det fjerde kan noen av de metodiske grepene utført i dette studiet gi opphav til systematiske avvik i faktorløsningen. Et av grepene som kan gi et slikt systematisk avvik er korrigeringen av ledd 15 i spørreskjemaet. Fremtidige studier vil enkelt kunne unngå muligheten for en slik potensiell skjevhet ved å på forhånd likestille antall spørsmålsledd i de forskjellige språkversjonene av spørreskjemaet. Et annet grep som kan gi et systematisk avvik er valget av faktorrotasjoner som kan skape en skjevhet i den presenterte strukturen. I henhold til fremtidige undersøkelser bør faktorrotasjoner som er kjente for å gi høye kryssladninger til fordel for mindre faktorkorrelasjoner brukes (e.g. CF-Facparsim eller CF-Equamax, se Sass & Schmitt, 2010). Verken CF-Facparsim eller CF-Equamax ble benyttet i dette studiet siden de ikke er integrert i de tilgjengelige analyseprogrammene.

### **Bruksområder og videre forskning**

Det foreliggende studiet har tatt det første steget i utviklingen av selvrappoteringsinstrumentet ERIS ved å undersøke skjemaets interne struktur. På den ene siden viser resultatene at ERIS innehar gode psykometriske egenskaper i form av høy intern konsistens og en faktorstruktur som redegjør for en stor andel av variansen. På den andre siden reflekterer ikke faktorstrukturen til ERIS det konseptuelle rammeverket til den metakognitive modellen, og skjemaet har mangler i henhold til to trekkdomener som er relevante for borderline personlighetsforstyrrelse. Hvis ERIS skal ha som formål å kunne måle metakognitive konsepter i kontekst av BPF, oppfordres det til å gjennomføre et par endringer som kan påvirke den gjeldende faktorstrukturen. For det første bør enkelte spørsmålsledd presiseres, slik at tvetydige tolkninger kan elimineres. For det andre bør det genereres flere ledd som dekker en større andel av symptomdomenene tilknyttet BPF. Gjennomføres disse endringene vil ERIS etter forfatteren mening i større grad kunne realisere sitt potensiale som et nyttig verktøy i både forskningen på- og behandlingen av borderline personlighetsforstyrrelse.

I videre undersøkelser av ERIS er det aktuelt å studere hvordan de overnevnte endringene påvirker den interne strukturen, samt å undersøke spørreskjemaets eksterne

reliabilitet og validitet. Et påfølgende faktoranalytisk studie vil kunne belyse en endring i den interne strukturen. I denne sammenhengen anbefales det å bruke et utvalg på minst 300 personer, samt at det innhentes informasjon om hvordan deltakerne forsto de ulike spørsmålsleddene. Innsikt i hvordan spørsmålsleddene forstås kan belyse selve responsprosessen, og dermed legge grunnlaget for å luke ut uegnede spørsmålsledd. En bekreftende faktoranalyse vil så kunne undersøke om spesifikke hypoteser angående forholdet mellom de observerte variablene og de latente konstruktene er slik den metakognitive modellen tilsier. Et eksempel her er hvordan spørsmålsleddene relatert til metakognitiv kunnskap og metakognitive strategier grupperer seg, og forholdet mellom disse overhengende konseptuelle kategoriene. Skjemaets eksterne reliabilitet vil videre kunne studeres ved hjelp av en test-retest prosedyre, der man ser hvor stabile respondentenes skårer er over en tidsperiode separert av to måletidspunkt under tilnærmet identiske kondisjoner (lik respondent, prosedyre, målested).

Gitt at ERIS viser en akseptabel struktur og reliabilitet vil man så kunne undersøke om instrumentet måler det man antar at det måler, ved å studere begrepsvaliditeten til spørreskjemaet. Med tanke på begrepsvaliditeten er det hensiktsmessig å se om skårene på subskalaene til ERIS korrelerer positivt med andre mål på metakognisjoner og symptomatisk atferd tilknyttet BPF (konvergerende validitet), og om skårene korrelerer negativt med mål på psykologisk velfungering (divergerende validitet). I denne sammenhengen kan det være interessant å se om ERIS sine skårer konvergerer med henholdsvis MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) og BSL (Bohus et al., 2007), og om skårene divergerer med etablerte mål på psykologisk resiliens (Resilience Scale for Adults; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003). Videre kan begrepsvaliditeten også undersøkes ved å se om det er stabile skåreforskjeller mellom en pasientpopulasjon og en normalpopulasjon, hvor man i tråd med ERIS sitt teoretiske utgangspunkt forventer at førstnevnte populasjon vil skåre mye høyere på de ulike spørsmålsleddene sammenlignet med den sistnevnte populasjonen. Tilslutt kan man se om ERIS predikerer psykopatologiske utfall (prediktiv validitet), ved å gjennomføre et prospektivt studie som følger et utvalg over tid, og dermed har muligheten til å se skårene i sammenheng med fremtredenheten av psykopatologi.

Forutsatt at de anbefalte endringene gjennomføres og at spørreskjemaet viser en tilfredsstillende reliabilitet og validitet, så har ERIS muligheten til å kunne fylle en særegen posisjon i både forsknings- og behandlingssammenheng av borderline personlighetsforstyrrelse.

## Referanser

- Agresti, A. (1990). *Categorical data analysis*. New York: Wiley.
- Allen, I. E., & Seaman, C. A. (2007). Likert scales and data analyses. *Quality Progress*, 40(7), 64-65. Hentet fra <http://mail.asq.org/qualityprogress/index.html>
- Arntz, A., & ten Haaf, J. (2012). Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for dichotomous thinking but no evidence for less complex attributions. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 707-718. doi: 10.1016/j.brat.2012.07.002 22982582
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bartlett, M. S. (1951). The Effect of Standardization on a Chi Square Approximation in Factor Analysis. *Biometrika*, 38, 337-344. doi: 10.1093/biomet/38.3-4.337
- Bastio, M., & Pereira, J. P. (2012). An SPSS R-Menu for ordinal factor analysis. *Journal of Statistical Software*, 46(4), 1-29. Hentet fra <http://www.jstatsoft.org/>
- Bentler, P. M., & Kano, Y. (1990). On the equivalence of factors and components. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 67-74. doi: 10.1207/s15327906mbr2501\_8
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226-239. doi: 10.1521/pedi.18.3.226.35445 15237043
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kuhler, T., & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40, 126-132. doi: 10.1159/000098493 17215599
- Briggs, N. E., & MacCallum, R. C. (2003). Recovery of weak common factors by maximum likelihood and ordinary least squares estimation. *Multivariate Behavioral Research*, 38, 25-56. doi: 10.1207/S15327906MBR3801\_2
- Browne, M. W. (2001). An overview of analytic rotation in exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 36, 111-150. doi: 10.1207/S15327906MBR3601\_05
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-315. doi: 10.1016/S0887-6185%2897%2900011-X 9220301
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276. doi: 10.1207/s15327906mbr0102\_10

- Clifton, A., & Pilkonis, P. A. (2007). Evidence for a single latent class of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders borderline personality pathology. *Comprehensive Psychiatry*, *48*, 70-78. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.07.002  
17145285
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155 19565683
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 423-431. doi: 10.1192/bjp.188.5.423
- Crawford, A. V., Green, S. B., Levy, R., Lo, W.-J., Scott, L., Svetina, D., & Thompson, M. S. (2010). Evaluation of parallel analysis methods for determining the number of factors. *Educational and Psychological Measurement*, *70*, 885-901. doi: 10.1177/0013164410379332
- Crawford, C. B., & Koopman, P. (1979). Note: Inter-rater reliability of scree test and mean square ratio test of number of factors. *Perceptual and Motor Skills*, *49*, 223-226. doi: 10.2466/pms.1979.49.1.223
- Dandeneau, S. D., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., Sakellaropoulo, M., & Pruessner, J. C. (2007). Cutting stress off at the pass: Reducing vigilance and responsiveness to social threat by manipulating attention. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93*, 651-666. doi: 10.1037/0022-3514.93.4.651 17892337
- de Winter, J. C. F., & Dodou, D. (2012). Factor recovery by principal axis factoring and maximum likelihood factor analysis as a function of factor pattern and sample size. *Journal of Applied Statistics*, *39*, 695-710. doi: 10.1080/02664763.2011.610445
- de Winter, J. C. F., Dodou, D., & Wieringa, P. A. (2009). Exploratory factor analysis with small sample sizes. *Multivariate Behavioral Research*, *44*, 147-181. doi: 10.1080/00273170902794206
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Kleindienst, N., Welch, S. S., Reisch, T., Reinhard, I., . . . Bohus, M. (2007). State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychological Medicine*, *37*, 961-970. doi: 10.1017/S0033291706009706 17202005

- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS for Windows* (5th ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*, 117-132. doi: 10.1016/j.jbtep.2006.12.001 17418090
- Forman, E. M., Berk, M. S., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). History of Multiple Suicide Attempts as a Behavioral Marker of Severe Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 437-443. doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.437 14992968
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C., & Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 72-79. doi: 10.1016/S0010-440X%2899%2990080-9 9924881
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*, 65-76. doi: 10.1002/mpr.143
- Garrido, L. E., Abad, F. J., & Ponsoda, V. (2013). A new look at Horn's parallel analysis with ordinal variables. *Psychological Methods*, *18*, 454-474. doi: 10.1037/a0030005
- Gaskin, C. J., & Happell, B. (2014). On exploratory factor analysis: a review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *Int J Nurs Stud*, *51*, 511-521. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.005
- Graham, J. M., Guthrie, A. C., & Thompson, B. (2003). Consequences of not interpreting structure coefficients in published CFA research: a reminder. *Structural Equation Modeling*, *10*, 142-153. doi: 10.1207/S15328007SEM1001\_7
- Green, S. B., Levy, R., Thompson, M. S., Lu, M., & Lo, W.-J. (2012). A proposed solution to the problem with using completely random data to assess the number of factors with parallel analysis. *Educational and Psychological Measurement*, *72*, 357-374. doi: 10.1177/0013164411422252
- Harman, H. H. (1976). *Modern factor analysis* (3rd ed.). Oxford, England: University of Chicago Press; England.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II

- disorders: Similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 307-312. doi: 10.1016/S0022-3956%2801%2900038-3 11684137
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185. doi: 10.1007/BF02289447
- Hubbard, R., & Allen, S. (1987). An empirical comparison of alternative methods for principal component extraction. *Journal of Business Research*, 15, 173-190. doi: 10.1016/0148-2963%2884%2990047-X
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *Multivariate social scientist*. London: Sage.
- Jamieson, S. (2004). Likert scales: How to (ab)use them. *Medical Education*, 38, 1212-1218. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.02012.x 15566531
- Jennrich, R. I. (1970). An Asymptotic Chi-Square Test for the Equality of Two Correlation Matrices. *Journal of the American Statistical Association*, 65, 904-912. doi: 10.1080/01621459.1970.10481133
- Jennrich, R. I., & Sampson, P. F. (1966). Rotation for simple loadings. *Psychometrika*, 31, 313-323. doi: 10.1007/BF02289465 5221128
- Joreskog, K. G., & Goldberger, A. S. (1972). Factor analysis by generalized least squares. *Psychometrika*, 37, 243-260. doi: 10.1007/BF02306782
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151. doi: 10.1177/001316446002000116
- Kjelsberg, E., Eikeseth, P. H., & Dahl, A. A. (1991). Suicide in borderline patients - predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 283-287. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03145.x 1950630
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design*. New York, NY: Methuen; US.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., . . . Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 784-788. doi: 10.1176/appi.ajp.159.5.784 11986132
- Kuzon, W. M., Jr., Urbanek, M. G., & McCabe, S. (1996). The seven deadly sins of statistical analysis. *Ann Plast Surg*, 37, 265-272. Hentet fra <http://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/pages/default.aspx>

- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*, 453-461. doi: 10.1016/S0140-6736(04)29167-6
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 276-286. doi: 10.1037/0022-006X.51.2.276
- Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: Consequences of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, *40*, 9-14. Hentet fra <http://publications.cpa-apc.org/browse/sections/0>
- MacCallum, R. C. (2003). 2001 presidential address: Working with imperfect models. *Multivariate Behavioral Research*, *38*, 113-139. doi: 10.1207/S15327906MBR3801\_5
- MacCallum, R. C., & Tucker, L. R. (1991). Representing sources of error in the common-factor model: Implications for theory and practice. *Psychological Bulletin*, *109*, 502-511. doi: 10.1037/0033-2909.109.3.502
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, *4*, 84-99. doi: 10.1037/1082-989X.4.1.84
- Maurer, T. J., & Pierce, H. R. (1998). A comparison of Likert scale and traditional measures of self-efficacy. *Journal of Applied Psychology*, *83*, 324-329. doi: 10.1037/0021-9010.83.2.324
- McKeon, J. J. (1968). *Rotation for maximum association between factors and tests*. Biometric Laboratory. George Washington University.
- Modestin, J. (1987). Quality of interpersonal relationships: The most characteristic DSM-III BPD criterion. *Comprehensive Psychiatry*, *28*, 397-402. doi: 10.1016/0010-440X(87)90056-3
- Morrison, A. P., Gumley, A. I., Schwannauer, M., Campbell, M., Gleeson, A., Griffin, E., & Gillan, K. (2005). The Beliefs about Paranoia Scale: Preliminary Validation of a Metacognitive Approach to Conceptualizing Paranoia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*, 153-164. doi: 10.1017/S1352465804001900

- Netland, M. (2007). Psykometrisme. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *44*, 1278-1279.  
Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/>
- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nordahl, H. (2014). Metakognitiv terapi (MCT): Foreløpig status og indikasjonsområder.  
*Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *51*, 14-21.
- Nordahl, H. M. (2009). Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *International Journal of Cognitive Therapy*, *2*, 152-159. doi: 10.1521/ijct.2009.2.2.152
- Nordahl, H. M., & Wells, A. (2008). *Emotional and Relationship Instability Scale: A new self-rating scale for borderline personality disorder*. NTNU, Trondheim.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.): New York: McGraw-Hill.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*, 407-413. doi: 10.1016/S1077-7229(00)28000-6
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence based practice*. New York: Guildford Press.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *42*, 482-487. doi: 10.1053/comp.2001.26271 11704940
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Ng Ying Kin, N. M. K., Schwartz, G., Steiger, H., & Nair, N. P. V. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Research*, *121*, 239-252. doi: 10.1016/S0165-1781(04)29002-3 14675743
- Putnam, K. M., & Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *17*, 899-925. doi: 10.1017/S0954579405050431 16613424
- Ruscio, J., & Roche, B. (2012). Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychological Assessment*, *24*, 282-292. doi: 10.1037/a0025697 21966933



- Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., Sookman, D., & Paris, J. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 578-588. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.578 17696713
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Personality disorders: A nation-based perspective on prevalence. *Innovations in Clinical Neuroscience, 8*(4), 13-18. Hentet fra <http://innovationscns.com/>
- Sass, D. A., & Schmitt, T. A. (2010). A comparative investigation of rotation criteria within exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research, 45*, 73-103. doi: 10.1080/00273170903504810
- Siegle, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 235-262. doi: 10.1007/s10608-006-9118-6
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., . . . Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders, 19*, 487-504. doi: 10.1521/pedi.2005.19.5.487 16274278
- Snook, S. C., & Gorsuch, R. L. (1989). Component analysis versus common factor analysis: A Monte Carlo study. *Psychological Bulletin, 106*, 148-154. doi: 10.1037/0033-2909.106.1.148
- Spada, M., Caselli, G., & Wells, A. (2012). A Triphasic Metacognitive Formulation of Problem Drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*, 494-500. doi: 10.1002/cpp.1791
- Steiger, J. H. (1980). Testing pattern hypotheses on correlation matrices: Alternative statistics and some empirical results. *Multivariate Behavioral Research, 15*, 335-352. doi: 10.1207/s15327906mbr1503\_7
- Stevenson, J., Meares, R., & Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*, 165-166. doi: 10.1176/appi.ajp.160.1.165 12505816
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice. Diagnosis and treatment of mental disorders*. New York, NY: Guilford Press; US.

- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders, 4*, 257-272. doi: 10.1521/pedi.1990.4.3.257
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York: Harper Collins.
- Team, R. C. (2013). R: A language and environment for statistical computing. Vienna: Austria. Retrieved from Hentet fra <http://www.R-project.org/>
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590-596. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.590 11386989
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 100-109. doi: 10.1016/j.brat.2011.12.005 22222208
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika, 41*, 321-327. doi: 10.1007/BF02293557
- Vigderhous, G. (1977). The level of measurement and 'permissible' statistical analysis in social research. *Pacific Sociological Review, 20*, 61-72. doi: 10.2307/1388904
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy, 21*, 273-280. doi: 10.1016/S0005-7894%2805%2980330-2
- Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping, 6*, 289-299. doi: 10.1080/10615809408248803
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320. doi: 10.1017/S1352465800015897
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. UK: Wiley.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23*, 526-555. doi: 10.1177/0145445599234002 10533439
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York: John Wiley & Sons Ltd.

- Wells, A. (2007). Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 18-25. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.01.005
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. New York: Guildford Press.
- Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 373-381. doi: 10.1002/jclp.20871
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 871-878. doi: 10.1016/0005-7967%2894%2990168-6 7993332
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 367-373. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.004 22498310
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 881-888. doi: 10.1016/S0005-7967%2896%2900050-2 8990539
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive Therapy for PTSD: A Core Treatment Manual. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 365-377. doi: 10.1016/S1077-7229%2804%2980053-1
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 429-434. doi: 10.1016/j.brat.2009.11.013 20060517
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 4*, 226-232. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199712)4:4<226::AID-CPP129>3.0.CO;2-M
- Widaman, K. F. (1993). Common factor analysis versus principal component analysis: Differential bias in representing model parameters? *Multivariate Behavioral Research, 28*, 263-311. doi: 10.1207/s15327906mbr2803\_1

- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry, 42*, 1015-1021.  
<http://ps.psychiatryonline.org/journal.aspx?journalid=18>
- Yates, A. (1987). *Multivariate exploratory data analysis: A perspective on exploratory factor analysis*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 147-154. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.07.032 15723033
- Zanarini, M. C. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 17*, 233-242. doi: 10.1521/pedi.17.3.233.22147 12839102
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders, 19*, 505-523. doi: 10.1521/pedi.2005.19.5.505 16274279
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 147*, 57-63. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org/journal.aspx?journalid=13>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*, 10-18. doi: 10.1521/pedi.1989.3.1.10
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The Mclean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders, 17*, 568-573. doi: 10.1521/pedi.17.6.568.25355 14744082
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1911-1918. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911 16199838
- Zwick, W. R., & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin, 99*, 432-442. doi: 10.1037/0033-2909.99.3.432

## Appendiks

# ERIS

[Emotional & Relationship Instability Scale]

1. Hvor stressende har dine tanker om avvising/forlatthet vært I løpet av siste uke? (Vennligst merk av med en sirkel nedenfor).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ikke I det hele tatt		Moderat				Ekstremt Aldri vært verre		

2. Hvor mye tid I løpet av siste uke har du bekymret deg eller grublet over avvising/forlatthet? (Vennligst merk av med en sirkel nedenfor).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingenting		Halvparten av tiden				Hele tiden		

3. Hvor ofte I siste uke har du fokusert din oppmerksomhet på tegn på mulig kritikk, avvising eller forlatthet? (Vennligst merk av med en sirkel nedenfor).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aldri		Ofte				Alltid		

4. Hvor ofte har du gjort følgende for å takle dine følelser I siste uke? Indiker hvor ofte ved å plassere et tall fra skalene nedenfor ved siden av hvert utsagn.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aldri		Ofte				Alltid		

Skadet meg selv

Har truet andre

Brukte alkohol eller piller

Avviste folk

Ble sinna

Straffa andre

Bedrev farefull atferd

Unnvek andre

Tanker om å avslutte livet mitt

Så etter støtte

**5. Nedenfor finner du oppfatninger som folk har. Indiker hvor mye du tror på hver enkelt ved å sette et tall fra skalaen nedenfor bak hvert utsagn.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jeg tror ikke på dette det hele tatt								Jeg er helt overbevist om at det er sant

Jeg må forvente å bli avvist så jeg kan unngå det

Å tenke på at forhold innebærer trussel hjelper meg å unngå dem

Jeg må prøve å forstå hvorfor jeg er slik jeg er

Jeg kan kontrollere smerten bare ved å skade meg selv

Jeg tåler ikke intense følelser

Jeg kommer til å miste kontroll dersom jeg blir forlatt

Hvis jeg blir avvist blir jeg gal

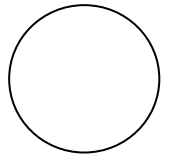
Mine følelser kan overvelde meg

Jeg klarer ikke å kontrollere mine følelser

Jeg har ingen kontroll over meg selv

Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

**ERIS**  
(Emotional & Relationship Instability Scale)



Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

1. Wie belastend waren deine Gedanken über Ablehnung/Zurückweisung in der letzten Woche? (Umkreise eine Zahl unten.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Gar nicht			Mittel			Extrem – so schlecht waren sie noch nie		

2. Wie viel Zeit hast du in der letzten Woche damit verbracht, dir Sorgen zu machen oder nachzudenken über Ablehnung/Zurückweisung? (Umkreise eine Zahl unten.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Keine Zeit			Die Hälfte der Zeit			Die ganze Zeit		

3. Wie oft hast du in der letzten Woche deine Aufmerksamkeit auf Anzeichen möglicher Kritik, Ablehnung oder Zurückweisung gerichtet? (Umkreise eine Zahl unten.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nie			Oft			Immer		

4. Wie oft hast du in der letzten Woche die folgenden Dinge getan, um mit deinen Gefühlen klar zu kommen? (Schreibe eine Zahl von der Skala neben jedes Item.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nie			Oft			Immer		

Mich verletzt	<input type="checkbox"/>	Andere bedroht	<input type="checkbox"/>
Alkohol oder Drogen genommen	<input type="checkbox"/>	Leute abgelehnt	<input type="checkbox"/>
Ärgerlich geworden	<input type="checkbox"/>	Andere bestraft	<input type="checkbox"/>
Riskante Dinge getan	<input type="checkbox"/>	Anderen ausgewichen	<input type="checkbox"/>
Nachgedacht, wie ich mein Leben beende	<input type="checkbox"/>	Nach Rückversicherung gesucht	<input type="checkbox"/>



5. Unten sind einige Annahmen aufgelistet, die Menschen haben. Gib an, wie sehr du jeder einzelnen zustimmst, indem du eine Zahl von der Skala neben jede Annahme schreibst.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ich glaube  
das auf gar  
keinen Fall

Ich bin  
davon  
überzeugt,  
dass das  
die  
Wahrheit  
ist

Ich muss Zurückweisung vorausahnen, damit ich sie vermeiden kann.

An Gefahren in Beziehungen zu denken, hilft mir, sie zu vermeiden.

Ich muss versuchen zu verstehen, warum ich so bin.

Ich kann meinen Schmerz nur dadurch kontrollieren, dass ich mich verletze.

Ich kann intensive Gefühle nicht ertragen.

Ich werde die Kontrolle verlieren, wenn ich zurückgewiesen werde.

Wenn ich abgelehnt werde, verliere ich den Verstand.

Meine Gefühle können mich überwältigen.

Ich kann meine Gefühle nicht kontrollieren.

Ich habe keine Kontrolle über mich.