

Christine Aanonli

# Personlighetsforstyrrelse hos mor:

Barnets sosioemosjonelle utvikling

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i medisin

Veileder: Arne Kristian Myhre

Medveileder: Magnhild Singstad Høivik

Januar 2022



Christine Aanonli

# **Personlighetsforstyrrelse hos mor:**

Barnets sosioemosjonelle utvikling

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i medisin  
Veileder: Arne Kristian Myhre  
Medveileder: Magnhild Singstad Høivik  
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for klinisk og molekylær medisin



Kunnskap for en bedre verden



# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	i
<b>BAKGRUNN</b> .....	1
PERSONLIGHET OG PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE .....	1
SOSIOEMOSJONELL UTVIKLING .....	5
TILKNYTNING .....	8
TIDLIGERE FORSKNING .....	10
MÅL FOR FORSKNINGEN OG HYPOTESE .....	11
<b>METODE</b> .....	12
DESIGN .....	12
UTVALG .....	12
PROSEDYRE .....	14
ANALYSER .....	16
<b>RESULTAT</b> .....	17
<b>DISKUSJON</b> .....	21
<b>KONKLUSJON</b> .....	24
<b>VEDLEGG</b> .....	25
VEDLEGG 1 .....	25
VEDLEGG 2 .....	26
VEDLEGG 3A .....	28
VEDLEGG 3B .....	28
<b>REFERANSER</b> .....	29

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Lite forskning er gjort på hvordan symptomer på cluster C personlighetsforstyrrelse hos mor påvirker barnets sosioemosjonelle utvikling. I denne studien har vi sett på i hvilken grad disse symptomene er assosiert med en uheldig utvikling hos barnet.

**Metode:** Mødre og deres 1-20 måneder gamle barn (n=) ble rekruttert på bakgrunn av selvrapporert eller observerte samspillsproblemer. Mødrene fylte ut DSM-IV og ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q), som måler symptomer på 10 ulike personlighetsforstyrrelser, og Ages and Stages Questionnaires: Social and Emotional (ASQ:SE), som brukes for å kartlegge risiko for sosiale og emosjonelle vansker hos sped- og småbarn.

**Resultater:** Analyser som ble gjort viste en svak positiv korrelasjon mellom barnets sosioemosjonelle utvikling og symptomer på cluster C personlighetsforstyrrelse hos mor. Standard multippel regresjonsanalyse viste at 3,1% av variansen i ASQ:SE-skår kunne forklares av tvangspreged-, avhengig- og unnvikende personlighetsforstyrrelse. Ingen av resultatene var signifikante.

**Konklusjon:** Basert på våre analyser, er det ingen signifikant assosiasjon mellom symptomer på cluster C-personlighetsforstyrrelse hos mor og barnets sosioemosjonelle utvikling.

## ABSTRACT

**Background:** There has been little research done on how symptoms of maternal cluster C personality disorders affects the child's socioemotional development. This study has looked at to which degree these symptoms are associated with a negative development in the child.

**Method:** Included in the study were mothers and their 1–20-month-old children (n=79) due to self-reported or observed challenging mother-child interaction. The mothers filled out DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaires (DIP-Q), which are used to evaluate symptoms related to ten different personality disorders, and Ages and Stages Questionnaires: Social and Emotional (ASQ:SE), which are used to evaluate the risk of social and emotional difficulties in infants and young children.

**Results:** The results of the analysis that was performed in this study showed a weak positive correlation between the child's socioemotional development and symptoms of maternal cluster C personality disorder. Standard multiple regression analysis showed that 3,1% of the variance in ASQ:SE could be explained by obsessive-compulsive-, dependent-, and avoidant personality disorder. None of the results showed to be significant.

**Conclusion:** Our analysis did not find any significant association between symptoms of maternal cluster C-personality disorder and the socioemotional development of the child.

## BAKGRUNN

I løpet av barnets første leveår skjer det en enorm utvikling. Barnets hjerne modnes, utvikler nye nerveforbindelser og blir mer og mer kompleks. I denne perioden er hjernen høysensitiv for påvirkninger fra det sosiale miljøet, og omsorg, stabilitet og reguleringsstøtte er nødvendig for en sunn utvikling (Lomanowska et al., 2017). Siden foreldre er hjørnesteinen i barnets tidlige sosiale miljø, er deres signaler og omsorg essensiell for at barnet skal tilegne seg sosiale- og kognitive ferdigheter, og for utviklingen av emosjonell kompetanse (Lomanowska et al., 2017). Forskning har vist at uforutsigbar omsorg fra mor fører til avvikende utvikling i hjernen, og særlig en forstyrret modning i de delene av hjernen som styrer nettopp kognitiv- og emosjonell utvikling (Glynn & Baram, 2019). Siden man vet at relasjonelle vansker er ett av hovedsymptomene ved personlighetsforstyrrelse (PF), kan man anta at mødre med symptomer på PF har problemer med å være forutsigbare og stabile omsorgsgivere i interaksjonen med sine barn.

## PERSONLIGHET OG PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE

Personlighetsforstyrrelser (PF) er psykiske lidelser der man har problemer med følelsesregulering, svingende selvfølelse og utfordringer i mellommenneskelige relasjoner (Korsgaard, 2019). I følge klassifikasjonssystemene ICD-10 og DSM-V kan de generelle kriteriene for personlighetsforstyrrelse bli oppsummert som stabile avvik i et individs karakteristika, atferd og opplevelse av sosiale relasjoner, sammenlignet med normen (Mombour & Bronisch, 1998). Tilstanden fører til personlig lidelse og/eller har en uheldig innvirkning på sosiale interaksjoner (Kraus & Reynolds, 2001). Man ser nedsatt evne til impuls kontroll, og problemer når det gjelder å håndtere stressende hendelser (Korsgaard, 2019). Alt dette vil ha innvirkning på hvordan en person med PF fungerer i rollen som forelder. Særlig ser man at de kan ha problemer med å håndtere barnets emosjonelle responser, prosessere kommunikasjon og vansker med å etablere en trygg tilknytning til sine barn (Newman & Stevenson, 2005).



Personlighetsforstyrrelser kan ses på som mistilpassede ekstremvarianter av en normal personlighet (Widiger & Costa Jr, 1994). Personlighet er vår typiske måte å tenke, føle og reagere på, er relativt stabil, både over tid og i ulike situasjoner, og skiller et individ fra et annet (DeYoung et al., 2010; Pervin & Cervone, 2010). Fra fødselen av er vi født med et temperament, og begrepet brukes ofte når man beskriver hvordan spedbarn responderer emosjonelt, oppmerksomhetsmessig og motorisk på stimuli (Markestad, 2016). Temperamentet viser individuelle forskjeller i reaktivitet og selvregulering, og disse forskjellene er i stor grad genetisk betinget (Markestad, 2016). Forskning på temperament og personlighet, viser at hvilket temperament man har som spedbarn, predikerer for senere personlighetstrekk, og man ser også en sammenheng mellom temperament og disposisjon for senere psykopatologi (Rothbart et al., 2000). Etterhvert vil temperament og ytre faktorer utvikle seg sammen til en mer kompleks personlighet (Rothbart et al., 2000).

Personlighetsforstyrrelser debuterer som regel i ungdomsårene eller tidlig voksenliv (Kraus & Reynolds, 2001). Voksne med PF rapporterer generelt et høyt antall negative eller traumatiske hendelser i barndommen (Birgenheir & Pepper, 2011), og konflikter og dysfunksjon i familien regnes som medvirkende faktorer for utvikling av personlighetspatologi (Laulik et al., 2013). Det er likevel viktig å understreke at negative hendelser i barndommen alene ikke forklarer hvorfor noen utvikler personlighetsforstyrrelse. Det må i tillegg ligge en genetisk disposisjon i bunn (Birgenheir & Pepper, 2011).

For å beskrive personlighet og personlighetsforstyrrelse, har det opp gjennom tidene vært ulike teorier. I dag er det trekkteori som er dominerende. Trekkteoretisk tilnærming antar at alle mennesker deler noen grunnleggende trekk eller egenskaper, og at kombinasjonen og graden av de ulike trekkene legger grunnlaget for hvordan vi tenker, føler og reagerer (Valentine, 2016). Det er i dag enighet om at man kan dele generelle personlighetstrekk inn i fem overordnede dimensjoner som danner femfaktormodellen for personlighet (Valentine, 2016). Dimensjonene er normalfordelt, og man finner gjerne personer med

personlighetsforstyrrelse i ytterpunktene av hvert enkelt personlighetstrekk. Dimensjonene og deres fasetter er vist i vedlegg 1.

Forskning på personlighetsforstyrrelser, og dens relasjon til femfaktormodellen har avdekket at personlighetsforstyrrelser skiller seg fra en normal personlighet når det gjelder de 5 faktorene (Morey et al., 2000). De har enten veldig lav, eller veldig høy grad av enkelte personlighetstrekk. Det er også vist at alle typer personlighetsforstyrrelse viser det samme mønsteret når det gjelder graden av ulike personlighetstrekk, noe som indikerer at personlighetsforstyrrelser som gruppe deler mange likheter (Morey et al., 2000). I en studie publisert i 2019, avdekket man at de fleste personlighetsforstyrrelsene var assosiert med trekket nevrotisisme, og i liten grad assosiert med åpenhet for nye erfaringer (Czajkowski et al., 2018). Emosjonelt ustabil PF, unnvikende PF og avhengig PF viste de sterkeste korrelasjonene med personlighetstrekket nevrotisisme (Czajkowski et al., 2018).

Som nevnt innledningsvis er det to klassifikasjonssystemer som brukes ved diagnostisering av personlighetsforstyrrelser. ICD står for International Classification of Diseases, og er et internasjonalt kodeverk for både somatiske- og psykiske lidelser. DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, er som navnet tilsier, et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser utarbeidet av Den Amerikanske psykiatriforening (APA). I denne oppgaven er det mest hensiktsmessig å bruke DSM sin klassifikasjon, da den opprinnelige studien brukte instrument som baserer seg på diagnosekriteriene fra DSM-IV.

DSM-IV beskriver 10 ulike personlighetsforstyrrelser. Disse personlighetsforstyrrelsene kan så deles inn i 3 grupper (A, B og C), ut fra likheter i symptomer og alvorlighetsgrad (Korsgaard, 2019). Gruppe A, også kalt cluster A, beskrives som de «eksentriske», og inkluderer paranoid-, schizoid- og schizotyp PF. Gruppe B, også kalt cluster B, er de dramatiske og impulsive, inkludert antisosial -, Borderline/emosjonelt ustabil-, hysteriform- og narsissistisk PF. Gruppe C, heretter kalt cluster C, er de angstpregede. Her finner vi unnvikende-,

avhengig og tvangspreget PF. Samlebetegnelsen inkluderer personer som opplever mye frykt og er engstelige. Cluster C regnes som de vanligste personlighetsforstyrrelsene (Laajasalo et al., 2013).

Unnvikende PF er en diagnose som inkluderer personer som ser på verden som fiendtlig og potensielt farlig. De er redd for kritikk og avvisning, og følgelig trekker de seg unna for å unngå dette. De føler seg ofte underdanig eller uattraktiv, og frykter at de skal dumme seg ut. De har høy grad av sosial angst, ses på som sjenerte og utilpass. Summen av dårlig tro på seg selv om frykt for kritikk og avslag gjør at de unngår intime relasjoner og andre former for sosial kontakt (Birgenheir & Pepper, 2011). Det er rapportert fra studier at personer med unnvikende PF hadde mindre deltagende foreldre i oppveksten, og mangel på omsorg, lite kjærlighet og emosjonelt neglekt er derfor blitt relatert til senere unnvikende PF (Birgenheir & Pepper, 2011).

Ifølge DSM-IV (1994) kjennetegnes tvangspreget PF ved perfektjonisme, kontroll, opptatthet av detaljer, forsiktighet og rigiditet. De har ofte regler, lister og timeplaner som må følges til punkt og prikke. Den overdrevne perfektjonismen og detaljerte planleggingen overskygger gjerne aktiviteten som skal gjøres. Når perfektjonisme ikke er mulig, fører dette til stor lidelse hos personen med PF. Som for PF generelt, er disse personlighetstrekkene rigide, og de har vansker med å se andres synspunkter. Dette er også en av grunnen til at sosiale relasjoner ofte er problematiske. Sykdommen gjør at venner og familie ofte neglisjeres til fordel for arbeid eller et prosjekt. Delegering av oppgaver er også vanskelig. Ofte er disse personene fornøyd med sine egne personlighetstrekk og de føler at deres handlinger, ritualer og tanker har en hensikt og et mål.

Den siste diagnosen innenfor cluster C er avhengig PF. Ser man på diagnosekriteriene til DSM-IV finner man at denne PF preges av en passiv tillit til at andre personer tar avgjørelser i livet for en. Personene har en sterk frykt for å bli forlatt og har følelse av hjelpeløshet og inkompetanse. De har en hjelpesøkende og

underdanig atferd, og innehar ikke evne til å være uavhengige. Derfor søker de også etter noen som kan ta avgjørelser for dem, og gir lett etter for andres ønsker og meninger (Birgenheir & Pepper, 2011). Personer med denne PF har som regel lav selvtillit, og krever stadig bekreftelse og forsikring fra omgivelsene rundt. De blir ofte i voldelige forhold, og dersom et forhold tar slutt starter de raskt et nytt. Emosjonelt strever de med mye angst og indre uro, og atferdsmessig anses de som passive og underdanige.

På tross av at cluster C-PF er utbredt i befolkningen, er det gjort veldig lite forskning på denne gruppen. Derfor har denne oppgaven valgt å se på nettopp cluster C, og om symptomer på denne lidelsen hos mor påvirker barnets sosioemosjonelle utvikling.

## SOSIOEMOSJONELL UTVIKLING

Sosioemosjonelle utviklingen er en prosess som starter når barnet blir født, og danner grunnlaget for at barnet skal finne ut av hvem det er, hva det vil bli og for deres forståelse av verden. Barnet lærer å gjenkjenne, regulere og kommunisere sine egne følelser, og likeledes forstå og gjenkjenne andres følelser (Pontoppidan et al., 2017). Dette er nødvendig for at barnet skal kunne etablere og opprettholde positive og givende relasjoner til andre (Pontoppidan et al., 2017). Utviklingen foregår i takt med at barnets hjerne modnes, og er avhengig av et forutsigbart, trygt og tilstedeværende miljø, med foreldre som har evne til å forstå og svare adekvat på barnets signaler og utspill (Markestad, 2016).

Selvregulering er et viktig domene innenfor sosioemosjonell utvikling. Selvregulering innebærer evnen til å regulere egne tanker, følelser og atferd, og omfatter både bevisste og ubevisste prosesser (Tabor, 2006). En del av selvreguleringen handler også om evne til fleksibilitet, slik at man kan reagere raskt og effektivt til endringer i omgivelsene på en hensiktsfull måte (Sanders & Mazzucchelli, 2013). Siden denne delen av sosioemosjonell utvikling er avhengig

av utviklede frontallapper, er barnet avhengig av sine omsorgspersoner for denne reguleringen i sine første leveår (Sokol, 2010). Foreldre med personlighetsforstyrrelse har selv en dårlig fungerende selvregulering. De har vansker med å tilpasse sin atferd som respons på barnets signaler, og kan ikke fungere som modell for selvregulering. Som en konsekvens av dette vil heller ikke barnet lære seg denne essensielle ferdigheten for sosial fungering.

En viktig komponent i selvreguleringen er medgjørighet (compliance). Medgjørighet er barnets evne til å gjennomføre oppgaver det blir bedt om, og tilpasse atferden slik at det møter standardene satt av sine omsorgsgivere (Kaler & Kopp, 1990). Ofte begynner foreldre å kreve at barnet skal etterkomme deres krav når barnet har fylt 1 år. Samtidig begynner også barnets ønske om autonomi å vokse frem. Det er altså 2 motstridene prosesser som utvikler seg på samme tid. Kanskje noe overraskende, viser forskning at trassige 1- og 2-åringer hadde mer positive interaksjoner med mor, enn barn som ikke var trassige (Dix et al., 2007). Samme forskning viste også en sammenheng mellom trass hos barnet og støtte og lite depressive symptomer hos mor. Hos mødre med depressive symptomer så man at barnet i mindre grad var trassig. Forskning understreker at medgjørighet er viktig for utvikling av moral, selvregulering og en rekke sosiale ferdigheter, og man forventer en økning i medgjørighet fra barnet er omtrent 2,5 år (Dix et al., 2007). Når barnet er 2,5-5 år er motstand mot foreldrenes ønsker og krav, assosiert med lav sosial kompetanse hos barnet og problematisk foreldre-barn- relasjon (Dix et al., 2007).

Hvordan barnet responderer på foreldrenes krav og ønske om kontroll, avhenger både av evne til medgjørighet og ønsket om autonomi. Ifølge tilknytningsteorier, vil et barn med sterkt og trygt forhold til sine foreldre, gå med på foreldrenes ønsker og krav uten å vise mye motstand (Dix et al., 2007). På den andre siden har barnet også et ønske om autonomi. Utviklingen av autonomi oppstår i miljø hvor foreldrene responderer på barnets signaler, unngår unødig ekstern kontroll og lar barnets interesser påvirke interaksjonen. I familier hvor mor er deprimert, ser man at barnet ikke får erfaring med at hendelser kan kontrolleres, og som en

konsekvens av dette viser barna lite motstand mot foreldrenes krav. Barna blir også mindre aktive, viser mindre følelser og tar mindre initiativ enn andre barn (Dix et al., 2007). Dette kan antakelig også overføres til barn av foreldre med personlighetsforstyrrelse. Behovet for kontroll og perfektjonisme hos en mor med symptomer på tvangspreget PF, vil mest sannsynlig hindre at barnet utvikler autonomi. Til gjengjeld vil man få høy medgjørighet, og lite trass, men samlet sett vil barnet få en uheldig utvikling. Også ved unnvikende PF kan dette være problematisk. Barnet behøver kontinuerlig respons og innflytelse på interaksjonen med sin omsorgsgiver, og man kan anta at dette ikke bestandig er tilfellet hvis mor er unnvikende og distansert i sin atferd.

Kommunikasjon er en ferdighet som er fundamental for barnets sosioemosjonelle utvikling. Vansker med kommunikasjon gjør at barnet opplever høy grad av angst og stress, og man kan også se eksternaliseringen konsekvenser som aggressiv atferd og tilbaketrekking fra det sosiale miljøet. Kommunikasjon med barnet starter fra dag 1. Gråt, smil og grimaser er babyens primære måte å kommunisere sine behov til sin omsorgsgiver, og etter hvert kommer også håndbevegelser og babling. For at foreldrene skal forstå hva babyens behov er, kreves tid, omsorg og mye prøving og feiling. Etter hvert som barnet vokser til, er også lek en viktig arena for kommunikasjon. Lek gir barnet mulighet til å utforske følelser, ideer, ulike materialer, relasjoner og roller, og gir en forståelse av miljøet rundt.

Hos mødre med symptomer på avhengig PF, kan barnets behov for utforsking og lek være problematisk, da mor selv har vansker med å stå på egne ben, og synes det ukjente er skummelt. Også for mødre med tvangspreget- og unnvikende PF kan kommunikasjon med barnet være vanskelig. For mødre med tvangspreget PF, kan barnets uttrykk av følelser, som for eksempel gråt, bli sett på som forstyrrende og ikke perfekt, mens foreldre med unnvikende PF vil ha vanskeligheter med å vise omsorg og støtte når barnet har behov for dette. Forskning på foreldre med emosjonelt ustabil PF viser at de finner det vanskelig å forstå og respondere på barnet emosjonelle behov, og kan misforstå eller unngå barnets forsøk på

kommunikasjon (Newman & Stevenson, 2005). Det er ikke utenkelig at dette også gjelder mødre med cluster C PF.

## TILKNYTNING

Formålet med sosioemosjonell utvikling er blant annet at barnet skal bli i stand til å danne positive relasjoner til foreldre, venner, lærere og andre viktige personer i livet (Keller, 2018). Den første viktige relasjonen et barn har, er dens relasjon til sine foreldre, og foreldre- barn-relasjonen er derfor særdeles viktig for barnets sosioemosjonelle utvikling. Barnets tidlige relasjoner oppstår som følge av behovet for beskyttelse og omsorg, og behovet for å undersøke og mestre verden (Brandtzæg et al., 2015). Disse behovene gjør at barnet søker og holder seg i nærheten av en eller noen få voksne, slik at de sikrer sin egen trygghet og overlevelse (Brandtzæg et al., 2015). Denne atferden kalles tilknytningsatferd. Studier har vist at trygg tilknytning er assosiert med høyere sosial kompetanse, mindre eksternaliserende problemer (for eksempel ADHD) og, i noe mindre grad, færre internaliserende problemer (for eksempel angst og depresjon) (Groh et al., 2017). Hvilken tilknytning man får til sine omsorgspersoner som barn, har stor innflytelse på hvilke relasjoner man får til andre gjennom hele livet. Spedbarn med trygg tilknytning viser også en favorabel utvikling både når det gjelder det kognitive, emosjonelle og sosiale (Flaherty & Sadler, 2011).

Hvilken type tilknytning barnet får, avhenger av barnets erfaring med sosiale interaksjoner, og særlig hvor sensitiv mor er for barnets sosiale og kommunikative signaler i løpet av barnets første leveår. Dersom mor er oppmerksom og sensitiv, og svarer på barnets behov, vil barnet føle seg trygg i mors nærvær (Keller, 2018). Denne tryggheten gjør at barnet kan utforske og lære, med visshet om at mor vil ta imot og trygge dersom verden blir skummel.

Forskning på tilknytning startet med den engelske barnepsykiateren og psykoanalytikeren John Bowlby. Bowlby postulerte at barn har et medfødt behov

for emosjonelt bånd til sin mor, og at tilknytning mellom mor (eller en substitusjon) og barn er avgjørende for barnets senere utvikling (Keller, 2018). Etter John Bowlby har flere psykologer og psykiatere bidratt til teorien om tilknytning. Blant annet samarbeidet Bowlby med den amerikanske psykologen Mary Ainsworth som observerte hvordan spesifikke aspekter med mors atferd førte til individuelle forskjeller i barnets tilknytningsatferd. Ut fra dette ønsket hun å kartlegge ulike former for tilknytning ved å utsette barna for en såkalt «fremmed situasjon» (strange situation) (Cassidy et al., 2013). Ifølge Ainsworth viste barna i fremmedsituasjonen 3 ulike tilknytningsstiler; trygg, ambivalent og unnvikende (Ainsworth & Bell, 1970). I tillegg har senere forskning også kommet fram til en 4. stil som karakteriseres av frykt i relasjon til omsorgsperson. Denne kalles desorganisert tilknytning (Cassidy et al., 2013).

Ved trygg tilknytning får barnet hjelp med vanskelige følelser, deler gleder med omsorgsgiver og blir støttet i sin nysgjerrighet på verden. Omtrent 55% av barn i den generelle populasjonen faller innen kategorien trygg tilknytning (Benoit, 2004). I fremmedsituasjonen illustreres trygg tilknytning ved at mors tilstedeværelse oppmuntrer til utforskende atferd hos barnet, fravær av mor fører til mindre utforskning og mer tilknytningsatferd (gråt og leting etter mor), og gjenforening fører til glede og nærhetssøkende atferd hos barnet.

Ved utrygg tilknytning kan vi se 3 ulike tilknytningsstiler: unngående-, ambivalent- og desorganisert tilknytning (Brandtzæg et al., 2015). Unngående tilknytning viser seg som undertrykking av behovet for omsorg og avhengighet. Barnet har lært at de må håndtere vanskelige følelser på egenhånd, og er dermed blitt vant til å klare seg alene. Dette ses hos 23% av barna i den generelle populasjonen (Benoit, 2004). Årsaken til dette tilknytningsmønsteret kan for eksempel være at foreldrene strever med egne problemer eller er overbelastet, slik at de ikke er i stand til å vise nærhet og gi trøst når barnet har behov for det. Også ved unnvikende PF hos foreldre ser man denne formen for tilknytning (Laulik et al., 2013) I fremmedsituasjonen viste barn med unngående tilknytning, få tegn til



ubehag da mor forlot rommet. Ved gjenforening viste barna liten interesse for mor, og hadde en nærhetsunngående atferd (Ainsworth & Bell, 1970).

Ved ambivalent tilknytning kan barnet virke uselvstendig og klengete. Behovet for utforskning og selvstendighet har ikke fått nok støtte fra foreldrene. Årsaken til dette kan være flere, men mamma eller pappa er gjerne mer komfortable med nærhet enn med utforskning. Foreldrene viser dermed en inkonsistent støtte. Denne formen for tilknytning ses hos 8% av den generelle befolkningen (Benoit, 2004). Ainsworth observerte at barn med denne tilknytningen utviste mer uro og ubehag enn barn med trygg tilknytning, da mor forlor rommet. Da mor kom tilbake igjen motsatte de seg kontakt, samtidig som de også viste kontaktoppretholdende atferd ved å gå mot mor da hun kom tilbake i rommet. Ut fra det man vet om avhengig PF, er det ikke utenkelig at mødre med symptomer på avhengig PF overfører sitt syn på verden til barnet, og gjør at barnet ikke får mulighet til å utforske det som er fremmed. Man kan også trekke paralleller mellom tvangspreget PF og ambivalent tilknytning, da utforskning, prøving og feiling ikke alltid når opp til kravene disse personene setter for seg selv og de rundt.

Den tredje formen for utrygg tilknytning er desorganisert tilknytning. Barn med denne typen tilknytning vil ofte gi villedende signaler, og fremstår som forvirrede og skremte (Brandtzæg et al., 2015). I grupper med lav psykososial risiko ses desorganisert tilknytning hos 15%, mens hos barn med høy psykososial risiko ses det hos så mange som 82% (Benoit, 2004).

## TIDLIGERE FORSKNING

Det er gjort lite forskning på hvordan PF hos en forelder virker inn på barns sosioemosjonelle utvikling. En systematisk gjennomgang fra 2013 konkluderte med at personlighetsforstyrrelse hos en forelder var en risikofaktor for svekket oppdragelse og forstyrret foreldre-barn relasjon (Laulik et al., 2013). Man vet også at mødre med cluster A personlighetsforstyrrelse (paranoid, schizotyp og

schizoid), antisosial-, borderline/emosjonelt ustabil-, og dramatiserende PF, og alle mødre i gruppe C PF (avhengig, unngående og tvangspreget) har mindre positive forbindelser med sine barn (Høivik et al., 2018).

Studier av PF hos foreldre og deres foreldrestil har vist at personer med PF har en rekke uheldige atferdsmønstre når det kommer til foreldrerollen, deriblant inkonsistent disiplin, mindre kjærlighet, redusert evne til kommunikasjon, oppmuntring og å passe på barnet (Laulik et al., 2013). Samme studie rapporterte også at PF hos en forelder var assosiert med flere problematiske atferdsmønstre hos barnet, også etter at man kontrollerte for andre psykiatriske diagnoser som depresjon og angst.

## MÅL FOR FORSKNINGEN OG HYPOTESE

Denne forskningsoppgaven vil forsøke å belyse et tema som er lite forsket på. Man vet at kronisk psykisk lidelse hos foreldre er en viktig prediktor for ugunstig oppdragelse (Høivik et al., 2018). Det man derimot ikke vet, er hvordan symptomer på gruppe C-PF hos mor vil påvirke hvordan barnet utvikler seg, både sosialt og emosjonelt. Vår hypotese er at man vil se en uheldig sosioemosjonell utvikling hos barnet, i takt med økende grad av symptomer på cluster C-PF hos mor.

Siden barnets tidlige utvikling predikerer for senere funksjon og velvære (Abrahams et al., 2019), er forskning på dette temaet både viktig og interessant. Depresjon hos mor er en kjent risikofaktor for barnets sosioemosjonelle utvikling, og vi vil kontrollere for dette når vi analyserer data.

## METODE

### DESIGN

Dette er en deskriptiv tverrsnittstudie av sammenhengen mellom mødres symptomer på gruppe C PF og barnets sosioemosjonelle utvikling. Studien er gjennomført i et utvalg av mødre rekruttert på bakgrunn av samspillsvansker med sine barn (Høivik et al., 2015).

### UTVALG

Utvalget er hentet fra en tidligere gjennomført naturalistisk, randomisert kontrollert longitudinell multisenterstudie av foreldreveiledningsmetode som undersøkte effekten av en foreldreveiledningsmetode sammenlignet med ordinær oppfølging på helsestasjon (Høivik et al., 2015). 152 familier deltok i originalstudien, og ble rekruttert fra helsestasjoner i Trondheim, Oslo og 6 landkommuner på Østlandet. Alle deltagerne var biologiske mødre til sine barn. Inklusjonskriteriene var problemer i foreldre-barn interaksjonen og at barna var i alderen 0 til 24 måneder. Interaksjonsproblemer ble definert bredt, enten av foreldrene selv eller av helsesykepleiere på helsestasjonen som rekrutterte dem.

Helsesykepleierne rapporterte følgende årsaker for rekruttering av familier til studien: mistanke om depresjon hos mor, bekymringer for barnets utvikling, usensitiv foreldrestil og interesse for å lære mer om foreldrerollen. Foreldrene som deltok i studien, anga derimot andre årsaker til sin deltagelse, der de viktigste grunnene var reguleringsproblemer hos barnet, foreldre-barn interaksjonsproblemer, interesse for å lære mer om foreldrerollen, psykisk lidelse hos foreldre, forsinkelse i barnets utvikling og behov for støtte. Foreldre med pågående misbruk av rusmidler, foreldre med alvorlig sinnslidelse, foreldre som ikke snakket tilstrekkelig godt norsk, og foreldre med nedsatt kognitiv fungering ble ekskludert fra studien. Det var ingen eksklusjonskriterier relatert til barnet.

Fordelingen av jenter og gutter var lik, med 49% gutter og 51% piker. Gjennomsnittsalder hos barnet var 7,3 måneder, og varierte fra 1 til 20 måneder med et standardavvik (SD) på 5,1. 72% av barna var førstefødte, mens 28% hadde eldre søsken. 82,9% av barna bodde med begge sine foreldre da studien ble gjennomført. 15,7% bodde hos biologisk mor, 0,7% hos mor og stefar og 0,7% bodde hos mor og far alternerende (delt omsorg).

Gjennomsnittsalder hos mor var 29,7 år med SD på 5,6. Demografiske opplysninger vedrørende foreldres etnisitet og utdanning er redegjort for i tabell 1. 63,8% av deltagerne var i foreldrepermisjon ved inklusjonstidspunkt, 35,7% var i arbeid og 0,7% var arbeidsledig eller studerte. 17,5% av mødrene og 5,6% av fedrene hadde en tidligere eller aktuell psykiatrisk lidelse som ikke ble definert som alvorlig. 93,3% opplevde at støtten fra partner, egen mor, andre familiemedlemmer, venner og profesjonelle var tilfredsstillende.

Karakteristikk foreldre	n eller gjennomsnitt (sd)	Prosent
Mors alder i år	140 29,7 (5,6)	
Etnisitet mor	96	
- Norsk		82,6
- Andre europeiske land		6,5
- Afrikans		3,3
- Asiatisk		5,4
- Sør-Amerikansk		2,2
Høyeste fullførte utdanning, mor	140	
- Høyskole/universitet 4 år eller mer		37,9
- Høyskole/universitet under 4 år		25,0
- 1- eller 2årig videregående/yrkesskole		19,3
- Artium/3årig videregående		12,1
- 9 årig grunnskole		5,7

Tabell 1: Demografiske opplysninger om foreldre i utvalget

## PROSEDYRE

I forbindelse med den opprinnelige studien dro opplærte forskningsassistenter med helsefaglig bakgrunn ut til familienes hjem (Høivik et al., 2015). Mødrene ble bedt om å fylle ut DSM-IV og ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q), Ages and Stages Questionnaires: Social and Emotional (ASQ:SE) og Beck Depression Inventory (BDI-II). De ble også bedt om å fylle ut spørsmål vedrørende demografisk- og sosioøkonomisk status.

ASQ:SE brukes som screeningsverktøy for å kartlegge risiko for sosiale og emosjonelle vansker hos sped- og småbarn (Squires et al., 2003). Verktøyet består av 8 spørsmålsskjema tilpasset ulike alderstrinn. Skjemaene utgjør 7 ulike hovedskalaer som måler ulike sider av barnets utvikling (selvregulering, medgjørighet, kommunikasjon, adaptiv fungering, autonomi, affekt og samhandling med andre). En høy skåre på ASQ:SE betyr at barnets sosioemosjonelle utvikling kan være forsinket/uheldig, mens en lav skåre indikerer at barnets utvikling er på et aldersadekvat nivå. Siden barna i studien har stor variasjon i alder, har man justert ASQ:SE skårene for at man kan tillate variasjon i innhold og ulike kuttpunktverdier på skjemaer tilpasset de ulike aldersgruppene. På denne måten kan man sammenligne skårene på tvers av aldersgruppene. Skårene ble kalkulert fra et aldersjustert gjennomsnitt i en lavrisikopopulasjon, som beskrevet originalartikkel (Høivik et al., 2015).

DSM-IV og ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q) er et screeningverktøy hvor man via selvrappoterer måler symptomer og personlighetstrekk som møter de diagnostiske kriteriene for 10 ulike personlighetsforstyrrelser i tråd med DSM-IV og ICD-10 (Ottosson et al., 1995). Bare DSM-IV relaterte spørsmål har blitt brukt i denne studien, noe som utgjør 101 utsagn. For hvert utsagn angir personen om dette stemmer eller ikke. Skåren regnes ut fra hvor mange av responsene som stemmer overens med DSM-IV-kriteriene for en PF. Skåren danner en kontinuerlig variabel fra 0 til 5-16, avhengig av hvilken PF-kategori man ser på. For cluster C-PF er skårene 0-7 for unnvikende trekk, og 0-9 for både avhengige- og

tvangspregede trekk. 0 indikerer at ingen av svarene stemmer overens med en bestemt personlighetsforstyrrelse. Spørsmålsmålene som er relevante for cluster C-PF er lagt ved (se vedlegg 2).

Det er laget kuttpunktverdier for hver enkelt PF, og dersom man skårer over denne verdien øker sannsynligheten for en PF-diagnose. For avhengig PF er kuttpunktverdien på 5 eller mer og for tvangspreget- og unnvikende PF er kuttpunktverdien på 4 eller mer (Høivik et al., 2018). I denne oppgaven er man interessert i om det er assosiasjon mellom graden av symptomer på cluster C-PF og barnets sosioemosjonelle utvikling, og man har derfor brukt skårene på DIP-Q som en kontinuerlig variabel uten å legge vekt på kuttpunktverdiene. 2,1% av verdiene på DIP-Q manglet for utvalget. Disse ble imputert for å få en høyere statistisk styrke og mindre skjevhet i estimatene (Lydersen, 2022).

Beck Depression Inventory II (BDI-II) har 21 ledd som beskriver symptomer på depresjon (Aaron T. Beck et al., 1996). Skalaen baserer seg på selvrapporing, og respondenten skårer symptomet på en skala fra 0 til 3, hvor 0 betyr at personen ikke har hatt dette symptomet i løpet av de siste 2 ukene. Summen av skårene (0-63) indikerer om personen ikke har symptomer på depresjon (0-13), milde (14-19), moderate (20-28) eller alvorlige depresjonssymptomer (29-63) (Aaron T Beck et al., 1996). Studier som omhandler depresjon hos mor og barnets sosioemosjonelle utvikling har vist en assosiasjon mellom depresjon hos mor og negative konsekvenser for barnets sosioemosjonelle utvikling (Madigan et al., 2018). Depresjon hos mor oppstår ofte i barnets første leveår, og barna i studien var i alderen 1-20 måneder (Murray et al., 1996). For å kontrollere for mulig effekt av mødrenes depresjon på barnets sosioemosjonelle utvikling, har vi derfor gjort analyser som justerer for depresjonsskår.

Siden man kan forvente at intervensjonen som ble gjort i originalstudien, vil ha innvirkning på barnets sosioemosjonelle utvikling, har vi i denne studien valgt å gjøre en tversnittstudie på tidspunktet for inklusjon. ASQ:SE har blitt brukt som

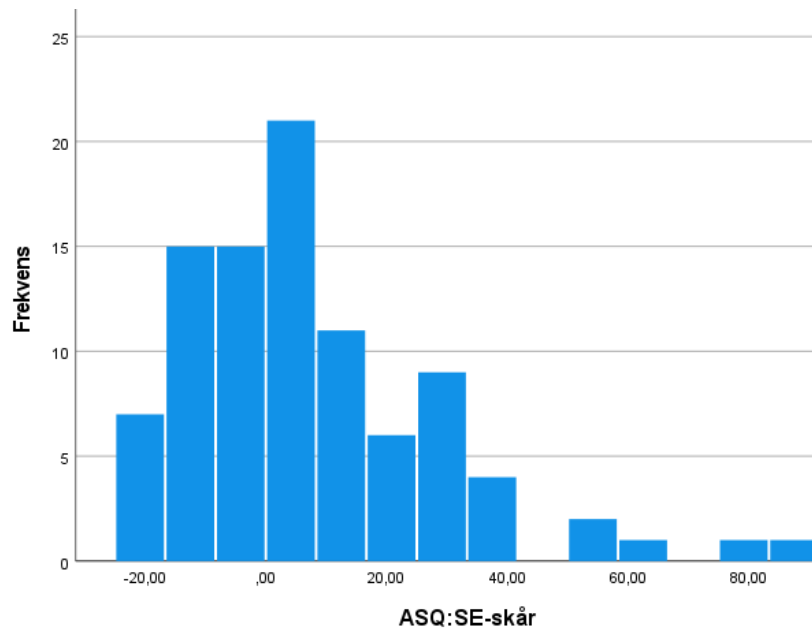
avhengig variabel, og man undersøker om det er assosiasjon mellom symptomer på PF hos mor og barnets sosioemosjonelle utvikling. Vi har valgt både å gjøre analyser med cluster C som en helhet, og de respektive PF som hører innunder kategorien.

## ANALYSER

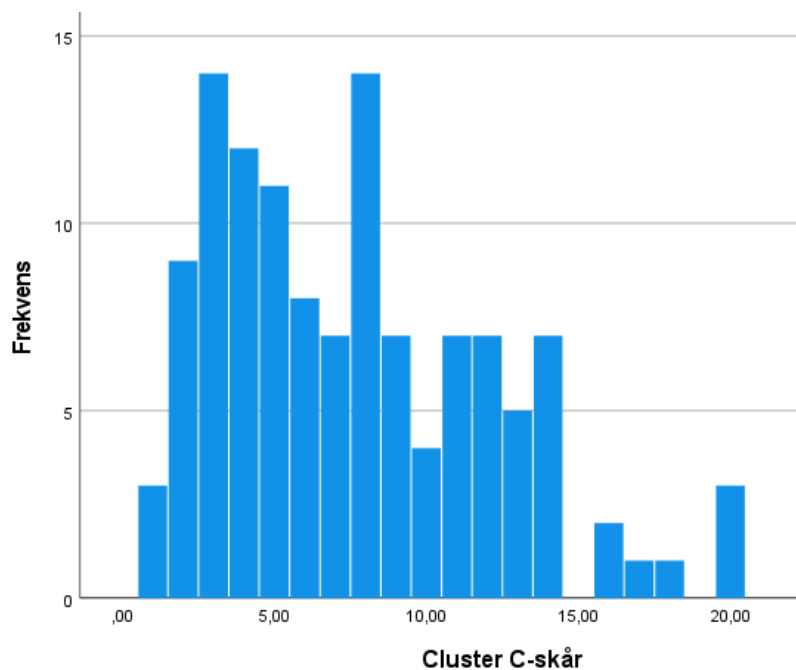
For analysene har vi brukt IBM SPSS Statistics versjon 27. Det ble først gjort deskriptive analyser for å danne et oversiktsbilde over utvalget. Deretter ble det gjort standard multippel regresjonsanalyse med ASQ:SE som avhengig variabel, og tvangspreget-, avhengig- og unnvikende PF som uavhengige variabler for å se etter assosiasjon mellom disse. Avslutningsvis ble det gjort hierarkisk regresjonsanalyse med de samme variablene, der man kontrollerte for depresjon. I alle analysene ble signifikansnivået satt til 0,05.

## RESULTAT

Frekvensfordelingene for ASQ:SE- skår er vist i figur 1. Tilsvarende fordeling av DIP-Q-skårer for cluster C PF er vist i figur 2. Analysene viste et gjennomsnitt på 8,07 og SD 21,39 for ASQ:SE. Skårene varierte fra -22,10 til 90,80. Som nevnt tidligere har ASQ:SE- skåren blitt justert etter et aldersjustert gjennomsnitt, og man har derfor fått negative verdier i dette utvalget. Gjennomsnittlig skår for cluster C som helhet var 7,61, med SD 4,5.



Figur 1: Fordeling av data for barnets sosioemosjonelle utvikling målt med ASQ:SE.

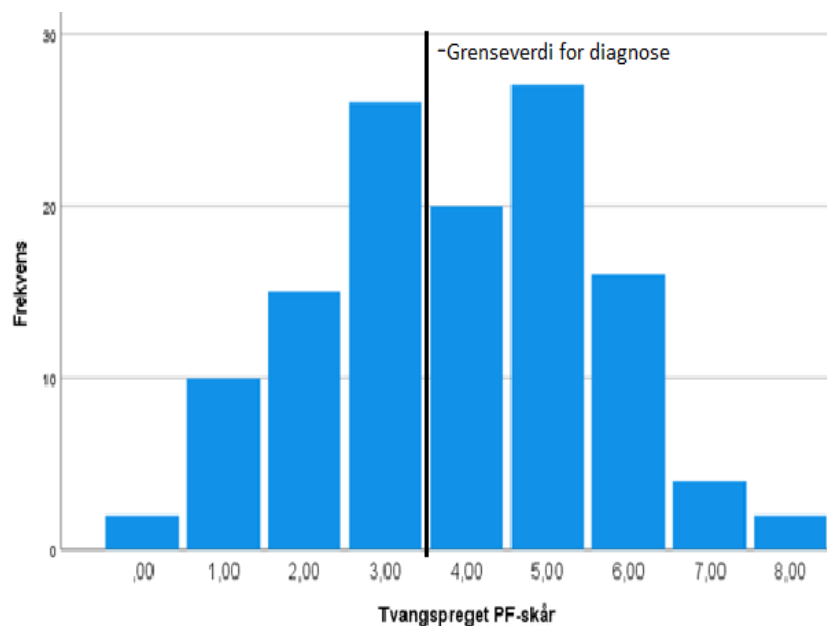


Figur 2: Fordelingen av data for symptomer på cluster C-PF målt med DIP-Q.

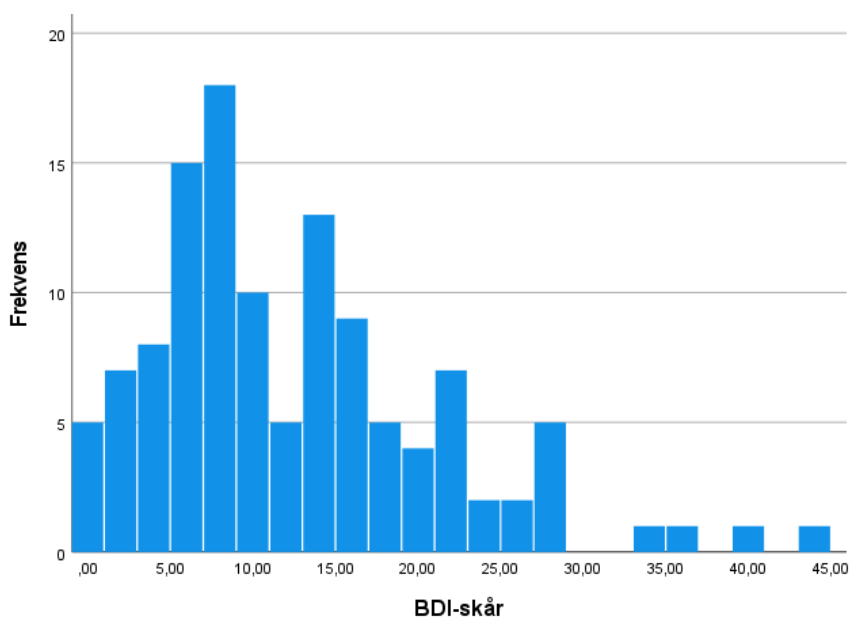


Flest respondenter hadde symptomer på tvangspreged personlighetsforstyrrelse, der gjennomsnittskåren var 3,88, og SD 1,74. Fordelingen er vist i figur 3.

Gjennomsnittsskår for avhengig PF var 1,81, og SD 1,88 (vedlegg 3a). For unnvikende PF var gjennomsnittskåren 1,92, med SD på 1,95 (vedlegg 3b). For tvangspreged PF hadde 56,6% av utvalget en skår som var over grenseverdien for en sannsynlig diagnose. For unnvikende- og avhengig PF var det henholdsvis 21,3% og 10,7% som var over grenseverdien. Gjennomsnittet for depresjon var 12,03, som er i underkant av grensen for mild depresjon, SD 8,63. Fordelingen er vist i figur 4. 36,1% av utvalget hadde en skår på BDI-II som indikerte depresjon.

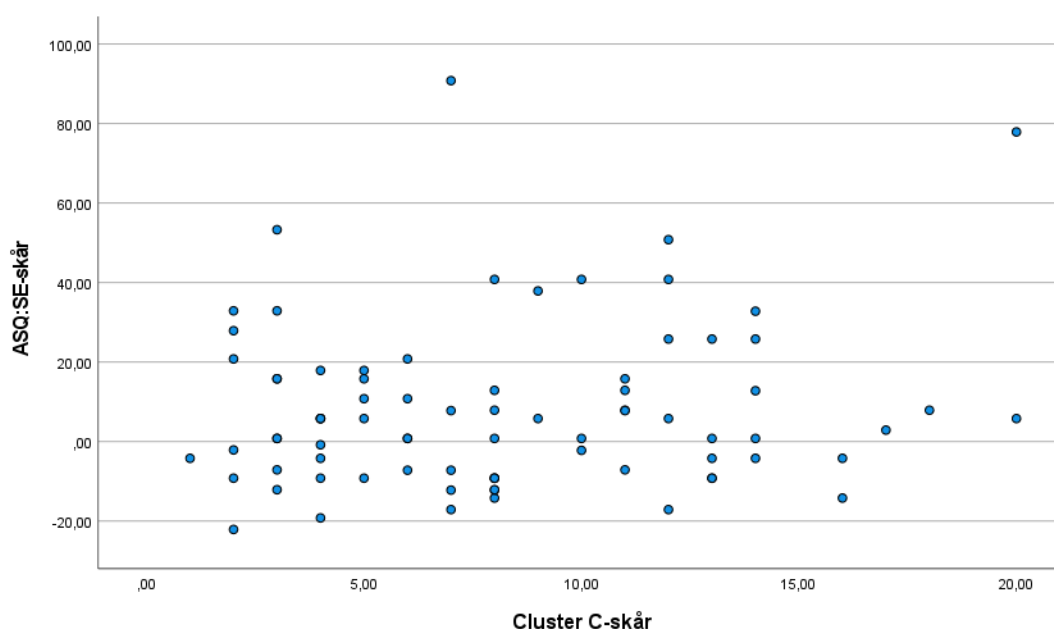


Figur 3: Fordeling av skår for tvangspreged PF. Linjen markerer grenseverdien for sannsynlig diagnose.



Figur 4: Fordeling av skår for depresjon, målt med BDI-II.

Før man gjorde regresjonsanalyser, så man på forholdet mellom cluster C PF hos mor og sosioemosjonell utvikling hos barnet ved hjelp av spredningsplott, som vist i figur 5. Spredningsplottet ga inntrykk av en meget svak sammenheng mellom de to variablene. Deretter brukte man Pearson produkt-moment korrelasjonskoeffisient med de samme variablene. Analysene av korrelasjon bekreftet antagelsen fra spredningsplottet, og viste kun en svak positiv korrelasjon mellom ASQ:SE-skår og cluster C-skår,  $r=0,124$ ,  $n=93$ ,  $p>0,05$ . Det ble også gjort analyser som kontrollerte for symptomer på depresjon (målt med BDI-II). Nulte orden korrelasjon viste  $r=-0,14$ , noe som betyr at depresjon har en viss effekt på sammenhengen mellom symptomer på cluster C PF hos mor og barnets skår på ASQ:SE.



Figur 5: spredningsplott med ASQ:SE-skår på Y-aksen og Cluster C-skår på x-aksen.

Videre ble unnvikende-, avhengig- og tvangspreget personlighetsforstyrrelse satt som uavhengige variabler og ASQ:SE som avhengig variabel for å undersøke korrelasjon. Resultatet av analysen er vist i tabell 2. Analysene viste svak positiv korrelasjon mellom ASQ:SE og de respektive personlighetsforstyrrelsene. Høyest korrelasjon viste tvangspreget PF og ASQ:SE, med  $r=0,163$ ,  $n=79$ ,  $p=0,076$ . Ingen av korrelasjonene var statistisk signifikante. Bifunn ved analysene var høy korrelasjon mellom de ulike personlighetsforstyrrelse.  $R=0,61$ ,  $n=122$ ,  $p=0,000$  for tvangspreget PF og avhengig PF,  $r=0,46$ ,  $n=122$ ,  $p=0,000$  for tvangspreget og unnvikende PF og  $r=0,61$ ,  $n=122$ ,  $p=0,000$  for unnvikende- og avhengig PF.

Uavhengige variabler (n)	Pearson korrelasjon	Sig
Unnvikende PF (79)	0.113	0.160
Avhengig PF (79)	.037	0.372
Tvangspreget PF (79)	0.163	0.076
Cluster C (79)	0.124	0.138

Tabell 2: Pearson produkt-moment korrelasjonskoeffisient. ASQ:SE er avhengig variabel.

Vi utførte standard multippel regresjonsanalyse med den justerte ASQ:SE-skåren som avhengig variabel, og hver enkelt PF som uavhengige variabler. For å unngå multikollinearitet tok man ikke med cluster C i analysen. Ingen ekstremverdier (outliers) av signifikans ble funnet. Resultatet av analysene viste at 3,1% av variansen i ASQ:SE-skår kunne forklares av tvangspreget-, avhengig- og unnvikende PF, men resultatet var ikke signifikant ( $p > 0,05$ ). Videre så man at tvangspreget PF var den variabelen som bidro mest til å forklare ASQ:SE skår hos barnet, når variansen for de andre variablene var kontrollert for ( $\beta = 0,147$ ). Ingen av de uavhengige variablene var signifikante til å forutsi den avhengige variabelen.

Standard multippel regresjon kontrollerte ikke for depresjon (målt med BDI-II). Vi utførte derfor hierarkisk regresjonsanalyser for å vurdere hvordan symptomer på personlighetsforstyrrelsene innen cluster C påvirker barnets sosioemosjonelle utvikling, etter at man kontrollerer for symptomer på depresjon hos mor. BDI-II ble ført inn i steg 1, og forklarte 1,8% av variansen i ASQ:SE-skår. Etter at man førte inn tvangspreget-, unnvikende- og avhengig PF i steg 2, ble den totale variansen i ASQ:SE-skår forklart med 3,9%,  $F(4,72) = 0,74$ ,  $p > 0,05$ . Etter at man kontrollerte for BDI-II, forklarte symptomer på cluster C-personlighetsforstyrrelse ytterligere 2,1% av variansen i ASQ:SE-skår. Ingen av de uavhengige variablene var statistisk signifikante.

## DISKUSJON

For å undersøke om det er en assosiasjon mellom grad av symptomer på cluster C-PF hos mor og barnets sosiale- og emosjonelle utvikling, har vi gjort en tverrsnittstudie av et utvalg rekruttert på bakgrunn av samspillsvansker mellom mor og barn. Resultatet av analysene viser ingen signifikant assosiasjon mellom symptomer på cluster C-PF hos mor og barnets sosioemosjonelle utvikling. Etter at man kontrollerte for symptomer på depresjon hos mor, forklarte symptomer på cluster C-personlighetsforstyrrelse 2,1% av variansen i ASQ:SE-skår.

Resultatet fra analysen var overraskende da vår hypotese var at barnet ville få en uheldig utvikling med økende grad av symptomer på PF hos mor. Tidligere forskning har hovedsakelig sett på emosjonelt ustabil PF og hvordan dette påvirker tilknytning, foreldre-barn-relasjonen og barnets sosioemosjonelle utvikling. Resultatet fra disse studiene har vist var at mødre med emosjonelt ustabil PF er mindre sensitive i interaksjonen med sine barn, mindre effektive i strukturering av barnets aktiviteter og mer tilbøyelig til å vise fiendtlighet i interaksjonen med sine barn (Conroy et al., 2012; Høivik et al., 2018; Newman et al., 2007; Petfield et al., 2015; Stepp et al., 2012). Siden problemer med interpersonlige forhold er ett av hovedtrekkene ved alle PF, antok vi at også mødre med symptomer på cluster C-PF ville vise uheldige atferdsmønstre i sin foreldrestil som igjen ville påvirke barnets sosioemosjonelle utvikling.

Vår studie er en tverrsnittstudie basert på data ved inklusjon i originalstudien. En ulempe med å gjøre en tverrsnittstudie, er at man ikke kan skille mellom årsak og virkning. All data som brukes er fra et enkelt tidspunkt. På grunn av dette har man ikke mulighet til å se om resultatene som har fremkommet er en trend, eller et enkeltstående tilfelle. Mors stressnivå i øyeblikket, mentale status og barnas humør ved inklusjonstidspunktet kan ha påvirket hva mor har rapportert på de forskjellige spørreskjemaene. Dersom man hadde valgt en longitudinell studie, kunne man fulgt mødrene og barna over lengre tid, og fått en bedre avklaring av forskningsspørsmålet.

I vår studie må vi regne med at det er mange andre faktorer enn de vi har målt som kan forklare barnets sosioemosjonelle utvikling. Både fars deltagelse i omsorg, andre omsorgsgiveres innflytelse, barnets temperament, psykisk og fysisk komorbiditet hos mor og mors forhold til partner er faktorer som er med å påvirke barnets sosioemosjonelle utvikling. Studier har vist at emosjonell og praktisk støtte fra partner er viktig for å fungere som forelder (Belsky, 1990). Særlig er dette fremtredende hos foreldre til spedbarn, småbarn og førskolebarn (Belsky, 1990). Forskning viser også at mødre med støtte utenfor parforhold som familie og venner, viser mer kjærlighet og sensitivitet til sine barn, noe som igjen er viktig for barnets sosioemosjonelle utvikling.

For å kunne se på sammenhengen mellom mors symptomer på cluster C-PF og barnets sosioemosjonelle utvikling var vi avhengig av at deltagerne hadde besvart spørsmålene på DIP-Q og ASQ:SE. Da vi gjorde analyser var det kun 79 av de 152 deltagerne som hadde besvart nok spørsmål til å bli inkludert. Når utvalget er lite, blir det vanskelig å finne signifikante sammenhenger mellom forklaringsvariabler og utfallsvariabel, selv om slik sammenheng skulle eksistere. Dette kalles en type 2 feil, og henger sammen med at utvalget i utgangspunktet var lite.

I utvalget observerte vi også en lav gjennomsnittsskår for symptomer på cluster C som helhet og for de respektive personlighetsforstyrrelsene i utvalget, noe som betyr at mødre som gruppe hadde lite symptomer. Dersom man hadde et større utvalg, med mødre med høyere gjennomsnittsskår for symptomer på cluster C-PF, hadde man hatt et bedre utgangspunkt for å vurdere om det er en sammenheng mellom symptomer på cluster C-PF hos mor og barnets sosioemosjonelle utvikling. Videre kunne et longitudinelt design hvor man fulgte barna gjennom en lengre periode ha gitt andre resultater. I vår studie var gjennomsnittsalderen på barna bare 7,3 måneder, og man kan tenke seg at mors symptomer på PF ennå ikke har vist seg som uønsket sosioemosjonell utvikling hos barnet.

Både ASQ:SE, DIP-Q og BDI-II er screeningverktøy som baserer seg på selvrappoterering. En studie fra Salomonsson og Sandell som er gjort på ASQ:SE, viser at det ikke er en signifikant korrelasjon mellom det mor rapporterer og den objektive vurderingen fra andre (2011). Studien fant også en assosiasjon mellom mødrenes rapportering av barnets sosioemosjonelle utvikling, og mødrenes rapportering av psykologiske vansker og stress. Jo mer stress og psykologiske problemer hos mor, jo mer tilbøyelig var hun til å rapportere vansker i barnets utvikling. Dette kan ses på som et argument for at variansen i ASQ:SE som kan forklares av mors symptomer på cluster C-PF, muligens kan være enda mindre enn det som er kommet fram via våre analyser.

Da materialet for denne forskningen ble innsamlet, var det flere forskningsassistenter som dro ut til familiene. Naturligvis vil ulike personer skape ulike relasjoner og interagere ulikt med forskningsobjektene, noe som skaper muligheter for feilrapportering. Som nevnt ovenfor, har stress en virkning på hvordan objekter rapporterer ulike symptomer, og det er derfor relevant hvordan de ulike forskningsassistentene oppførte seg og kommuniserte med familiene. Det er dog ikke mulig å vite hvilken retning denne typen feilkilde eventuelt ville ha på våre data.

Avslutningsvis er det også viktig å påpeke at flere av cluster C sine PF har karakteristikk som gjør at man kan så tvil om reliabiliteten vedrørende mødrenes rapportering av barnas sosioemosjonelle utvikling. For tvangspregget PF er perfeksjonisme og kontroll noen av kjernesymptomene. Man kan derfor tenke seg at personer med symptomer på denne formen for PF også er opptatt av at de skal se «perfekte» ut, også fra utsiden, og at de derfor vil unnlate å rapportere en uheldig utvikling hos deres barn.

## KONKLUSJON

Ut fra våre analyser har vi ikke funnet holdepunkter for at symptomer på cluster C-PF hos mor fører til en uheldig sosioemosjonell utvikling hos barnet. Siden utvalget i studien var lite, hadde lav gjennomsnittsalder hos barna, og lavt symptomtrykk på PF hos mor, bør det likevel gjøres videre forskning på dette temaet. I så tilfelle bør man ha et stort og klinisk utvalg, og bruke et longitudinelt design slik at man kan fange opp eventuelle trender.

## VEDLEGG

### VEDLEGG 1

Personlighetstrekk	Fasetter/undergrupper
Openness (åpenhet)	Fantasi, estetikk, følelser, handlinger (rutinemessige kontra spontane), ideer, verdier
Conscientiousness (omgjengelighet)	Tillit, rettfremhet, altruisme, føyelighet, beskjedenhet, følsomhet.
Extraversion (ekstroversjon)	Varme, sosiabilitet, selvmarkering, aktivitet, spenningsøken, positive følelser
Agreeableness (planmessighet)	Kompetanse, orden, pliktoppfyllenhet, selvdisiplin, prestasjonsstreben, betenksomhet
Neuroticism (nevrotisisme)	Angst, depresjon, impulsivitet, sårbarhet, fiendtlighet, selv-bevissthet

*Figur: Oversikt over de 5 dimensjonene og deres fasetter innenfor trekkteori.*



## VEDLEGG 2

Spørsmål	Stemmer/stemmer ikke
Jeg har lett for å ta hverdagslige beslutninger og er ikke avhengig av råd eller støtte fra andre	Stemmer ikke
Jeg overlater helst ansvaret for hvordan jeg skal leve livet mitt, til andre	Stemmer
Jeg sier meg ikke enig med noen som jeg mener tar feil ELLER Jeg har vanskelig for å stille krav til mennesker som jeg er avhengig av	Stemmer ikke  Stemmer
Jeg har vanskelig for å gå i gang med ting fordi jeg er redd for å gjøre feil	Stemmer
Jeg kan gå med på å gjøre ting som jeg egentlig ikke vil, bare for å få støtte og bli likt	Stemmer
Jeg klarer meg bra selv og har ikke problemer med å være alene	Stemmer ikke
Hvis partneren min hadde forlatt meg, ville jeg straks ha funnet meg en ny partner bare for å slippe å være alene	Stemmer

Figur: DSM-IV kriterier for avhengig personlighetsforstyrrelse.

Spørsmål	Stemmer/stemmer ikke
Jeg fortaper meg lett i detaljer på bekostning av helheten	Stemmer
Jeg har vanskelig for å avslutte oppgaver fordi jeg kun kan akseptere et perfekt resultat	Stemmer
Jeg prioriterer jobben fremfor familie, venner og fornøyelser	Stemmer
Jeg har sterke sans for moral enn de fleste	Stemmer
Jeg har ingen problemer med å kaste utslitte eller verdiløse gjenstander	Stemmer ikke
Jeg vil at andre skal gjøre ting på min måte ELLER	Stemmer

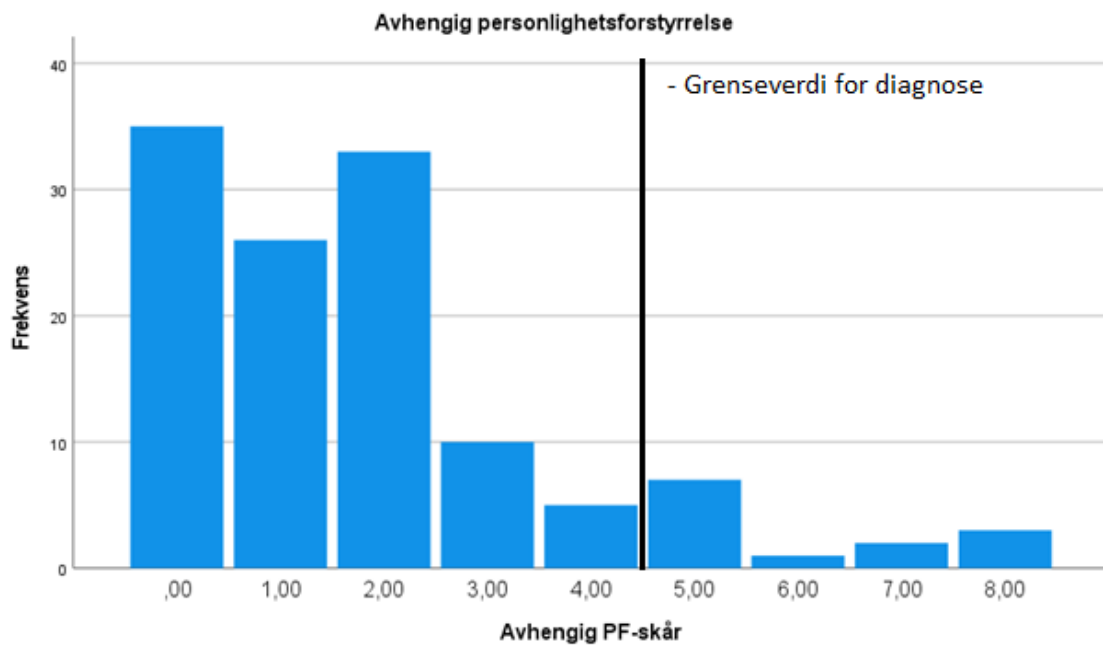
Jeg gjør helst ting selv, ellers kan jeg ikke stole på at det blir gjort ordentlig	Stemmer
Når det gjelder penger, er jeg en generøs, og jeg legger ikke noe til side til eventuelle fremtidige nødsituasjoner	Stemmer ikke
Jeg er sta og vil alltid gjøre ting slik jeg er vant til å gjøre dem	Stemmer

Figur: DSM-IV kriterier for tvangspreget personlighetsforstyrrelse.

Spørsmål	Stemmer/stemmer ikke
Jeg foretrekker å arbeide sammen med andre og er ikke redd for kritikk eller avvisning	Stemmer ikke
Jeg omgås helst ikke andre mennesker hvis jeg ikke er sikker på at jeg blir likt	Stemmer
Jeg er forsiktig i nære relasjoner fordi jeg er redd for å dumme meg ut eller bli avvist	Stemmer
Jeg har ofte en følelse av at jeg ikke duger, eller at mitt nærvær er uønsket	Stemmer
Jeg føler meg trygg og sikker, og har ingenting imot å stifte nye bekjenskaper	Stemmer ikke
Jeg tror jeg er sosialt udugelig, lite attraktiv eller mindre verd enn andre	Stemmer
For å unngå å havne i pinlige situasjoner gir jeg meg ugjerne i kast med nye ting	Stemmer

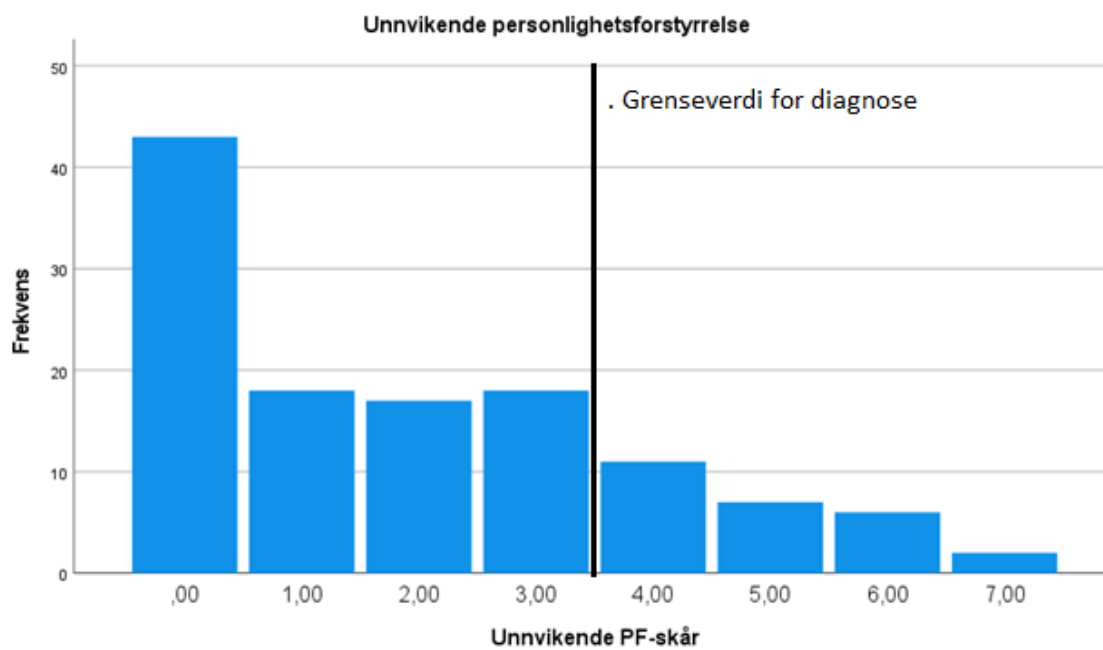
Figur: DSM-IV kriterier for unnvikende personlighetsforstyrrelse.

### VEDLEGG 3A



Figur: Fordeling av skår for avhengig PF. Linjen markerer grenseverdien for sannsynlig diagnose.

### VEDLEGG 3B



Figur: Fordeling av skår for unnvikende PF. Linjen markerer grenseverdien for sannsynlig diagnose

## REFERANSER

- Abrahams, L., Pancorbo, G., Primi, R., Santos, D., Kyllonen, P., John, O. P., & De Fruyt, F. (2019). Social-emotional skill assessment in children and adolescents: Advances and challenges in personality, clinical, and educational contexts. *Psychol Assess*, *31*(4), 460-473. <https://doi.org/10.1037/pas0000591>
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Dev*, *41*(1), 49-67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *J Pers Assess*, *67*(3), 588-597. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10). Pearson London, UK.
- Belsky, J. (1990). Parental and Nonparental Child Care and Children's Socioemotional Development: A Decade in Review. *Journal of marriage and family*, *52*(4), 885-903. <https://doi.org/10.2307/353308>
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatr Child Health*, *9*(8), 541-545. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>
- Birgenheir, D. G., & Pepper, C. M. (2011). Negative Life Experiences and the Development of Cluster C Personality Disorders: A Cognitive Perspective. *Cogn Behav Ther*, *40*(3), 190-205. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.566627>
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., & Øiestad, G. (2015). *Hva er tilknytning?*. Norsk Psykologforening Retrieved 31.01 from <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-tilknytning>
- Cassidy, J., Jones, J. D., & Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation, and policy. *Development and psychopathology*, *25*(4 Pt 2), 1415-1434. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000692>
- Conroy, S., Pariante, C. M., Marks, M. N., Davies, H. A., Farrelly, S., Schacht, R., & Moran, P. (2012). Maternal psychopathology and infant development at 18 months: the impact of maternal personality disorder and depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(1), 51-61.
- Czajkowski, N., Aggen, S. H., Krueger, R. F., Kendler, K. S., Neale, M. C., Knudsen, G. P., Gillespie, N. A., Røysamb, E., Tambs, K., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). A Twin Study of Normative Personality and DSM-IV Personality Disorder Criterion Counts: Evidence for Separate Genetic Influences. *Am J Psychiatry*, *175*(7), 649-656. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17050493>
- DeYoung, C. G., Hirsh, J. B., Shane, M. S., Papademetris, X., Rajeevan, N., & Gray, J. R. (2010). Testing Predictions From Personality Neuroscience: Brain Structure and the Big Five. *Psychol Sci*, *21*(6), 820-828. <https://doi.org/10.1177/0956797610370159>
- Dix, T., Stewart, A. D., Gershoff, E. T., & Day, W. H. (2007). Autonomy and Childrens Reactions to Being Controlled: Evidence That Both Compliance and Defiance May Be Positive Markers in Early Development. *Child Dev*, *78*(4), 1204-1221. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01061.x>
- Flaherty, S. C., & Sadler, L. S. (2011). A review of attachment theory in the context of adolescent parenting. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, *25*(2), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.02.005>
- Glynn, L. M., & Baram, T. Z. (2019). The influence of unpredictable, fragmented parental signals on the developing brain. *Frontiers in neuroendocrinology*, *53*, 100736.

- Groh, A. M., Fearon, R. M. P., Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development. *Child development perspectives*, 11(1), 70-76. <https://doi.org/10.1111/cdep.12213>
- Høivik, M. S., Lydersen, S., Drugli, M. B., Onsøien, R., Hansen, M. B., & Nielsen, T. S. B. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: a randomized controlled trial. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9(1), 3-3. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0036-9>
- Høivik, M. S., Lydersen, S., Ranøyen, I., & Berg-Nielsen, T. S. (2018). Maternal personality disorder symptoms in primary health care: associations with mother-toddler interactions at one-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 18(1), 198-198. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1789-5>
- Kaler, S. R., & Kopp, C. B. (1990). Compliance and Comprehension in Very Young Toddlers. *Child development*, 61(6), 1997-2003. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb03581.x>
- Keller, H. (2018). Parenting and socioemotional development in infancy and early childhood. *Developmental review*, 50, 31-41. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.03.001>
- Kraus, G., & Reynolds, D. J. (2001). The "a-b-c's" of the cluster b's: Identifying, understanding, and treating cluster b personality disorders. *Clin Psychol Rev*, 21(3), 345-373. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00052-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00052-5)
- Laulik, S., Chou, S., Browne, K. D., & Allam, J. (2013). The link between personality disorder and parenting behaviors: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 644-655.
- Lomanowska, A. M., Boivin, M., Hertzman, C., & Fleming, A. S. (2017). Parenting begets parenting: A neurobiological perspective on early adversity and the transmission of parenting styles across generations. *Neuroscience*, 342, 120-139.
- Lydersen, S. (2022). Multiplertyping av manglende data. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 142(2). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0772>
- Laajasalo, T., Ylpekkä, M., & Häkkänen-Nyholm, H. (2013). Homicidal behaviour among people with avoidant, dependent and obsessive-compulsive (cluster C) personality disorder. *Crim Behav Ment Health*, 23(1), 18-29. <https://doi.org/10.1002/cbm.1844>
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. M. P., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J. E., & Tarabulsy, G. M. (2018). A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645-657.e648. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012>
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3. utg. ed.). Fagbokforl.
- Mombour, W., & Bronisch, T. (1998). The modern assessment of personality disorders. Part 1: Definition and typology of personality disorders. *Psychopathology*, 31(5), 274-280.
- Morey, L. C., Gunderson, J., Quigley, B. D., & Lyons, M. (2000). Dimensions and categories: The "Big Five" factors and the DSM personality disorders. *Assessment*, 7(3), 203-216.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome. *Child Dev*, 67(5), 2512-2526. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01871.x>
- Newman, L., & Stevenson, C. (2005). Parenting and borderline personality disorder: ghosts in the nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 385-394.
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(7), 598-605. <https://doi.org/10.1080/00048670701392833>
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E., & Söderberg, S. (1995). The DSM-IV and ICD-10 personality questionnaire (DIP-Q): Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(4), 285-291. <https://doi.org/10.3109/08039489509011918>
- Pervin, L. A., & Cervone, D. (2010). *Personality : theory and research* (11th ed. ed.). Wiley.

- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Ment Health, 18*(3), 67-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>
- Pontoppidan, M., Niss, N. K., Pejtersen, J. H., Julian, M. M., & Væver, M. S. (2017). Parent report measures of infant and toddler social-emotional development: a systematic review. *Family Practice, 34*(2), 127-137. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz003>
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and Personality: Origins and Outcomes. *Journal of personality and social psychology, 78*(1), 122-135. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.122>
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clinical child and family psychology review, 16*(1), 1-17.
- Sokol, B. W. (2010). *Self and social regulation : social interaction and the development of social understanding and executive functions*. Oxford University Press.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2003). *Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQSE). A parent-completed, child-monitoring system for social-emotional behaviors*. Brookes Publishing Co.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personal Disord, 3*(1), 76-91. <https://doi.org/10.1037/a0023081>
- Tabor, E. B. (2006). Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 57*(4), 585-586. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.4.585a>
- Valentine, C. (2016). *The five-factor model : recent developments and clinical applications*. Nova Science Publishers, Incorporated.
- Widiger, T. A., & Costa Jr, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 78-91. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.78>
- World Health Organization. (2016). International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

