



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

Adult Attachment Interview

En metod att använda i klinisk verksamhet?

**En studie av anknytningsstil hos personer som diagnosticerats med
borderline personlighetstörning**

Kristina Lindestam & Jessica Rundquist

Psykoterapeutexamensuppsats 2015

Handledare: Hans Bengtsson

Examinator: Per Johnsson

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka om AAI-intervjun är en användbar metod i klinisk verksamhet. För att undersöka detta genomfördes åtta AAI-intervjuer av kvinnor med diagnosen borderline personlighetsstörning eftersom denna grupp är svårbehandlad och resurskrävande. Studien ville också undersöka om personer med denna personlighetsstörning uppvisar ett specifikt anknytningsmönster och ofta har ett olöst trauma. Samtliga deltagare var patienter på en allmänpsykiatrisk mottagning. Kvinnorna hade dessutom minst ett upplevt trauma före 17 års ålder. Resultaten avseende anknytningsmönster i denna studie visade att fyra deltagare (50%) kodades som otrygg-överdrivet upptagen, en person kodades som trygg-autonom, två deltagare (25%) kodades som otrygg-avfärdande, två deltagare (25%) kodades som Cannot Classify och fem deltagare (63%) kodades som olöst avseende trauma/förlust. Dessa resultat stämmer väl med resultat från tidigare forskning. Det är viktigt att beakta att eftersom studien är så liten är det svårt att generalisera resultaten. Studiens slutsats blir att det är viktigt att ha ett anknytningsteoretiskt perspektiv i klinisk verksamhet liksom att AAI-intervjun med tillhörande kodning är ett informativt och användbart instrument. Författarna ser att det skulle ge mycket som komplement vid diagnostik och vid bedömning och utvärdering av psykoterapi. Instrumentet är dock tidskrävande och kräver mycket utbildning och erfarenhet för att kunna användas fullt ut.

Keywords: AAI, Adult Attachment Interview, borderline personlighetstörning, anknytningsmönster, anknytning, klinisk verksamhet, kvinnor.

Abstract

The purpose of this study was to investigate if the AAI-interview was a useful method in a clinical setting. To investigate this we interviewed eight women with diagnosis Borderline personality disorder because this is a complex and resource-intensive group of patients. The study also aims to investigate if people with this personality disorder show a specific attachment style and often classifies as unresolved. All of the participants were outpatients at a psychiatric clinic in Sweden. All of the women had experienced at least one traumatic event before the age of 17. The results of this study showed that four (50%) of the participants were classified as insecure-preoccupied attachment, one participant were classified as secure-autonomous attachment, two (25%) participants were classified as insecure-dismissive attachment. Two (25%) of the participants were classified as Cannot Classify and five (63%) of the participants were classified as unresolved. These results correlate with the results of prior research. It is important to take in to account that this study is on a small sample and is therefore not possible to generalize. The conclusion of this study is that it is important to consider the perspective of attachment theory in clinical setting as well as the usefulness of the AAI instrument and codingsystem. The authors opinion is that the AAI is a good compliment to diagnosing and when assessing and evaluating psychotherapy. The AAI instrument however is time consuming and requires a lot of training and experience.

Keywords: AAI, Adult Attachment Interview, Borderline personality disorder, attachment style, attachment, clinical out-patients, women.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Anknytningsteori.....	2
Inre arbetsmodell.....	3
Adult Attachment Interview, AAI-anknytningsintervjun.....	5
Kodning och kategorisering.....	6
AAI i klinisk verksamhet.....	9
AAI som mätinstrument av process och förändring.....	9
Anknytningsmönster kopplat till psykoterapi.....	9
AAI och allians.....	10
AAI som hjälp till terapeuten i psykoterapi.....	10
AAI som hjälp vid diagnossättning.....	11
Viktigt att beakta vid användandet av AAI.....	11
Tidigare forskning kring AAI i icke-kliniska grupper.....	11
Validitet, reliabilitet och prediktiv validitet hos AAI.....	11
Borderline personlighetsstörning.....	13
Borderline personlighetstörning och bristande mentalisering.....	14
Tidigare forskning kring AAI i klinisk verksamhet.....	15
Psykoterapi.....	19
Terapeuten som anknytningsperson/trygg bas.....	21
Syfte.....	21
Frågeställningar.....	21

Hypoteser.....	22
Metod.....	22
Deltagare och rekrytering.....	22
Inklusionkriterier.....	22
Instrument.....	23
Procedur.....	23
Databearbetning.....	23
Etik.....	24
Resultat.....	24
Trygg-autonom.....	25
Otrygg-avfärdande.....	26
Otrygg-överdrivet upptagen.....	26
Cannot Classify.....	27
Olöst avseende trauma/förlust.....	27
Diskussion.....	28
Uppvisar personer med borderline personlighetstörning oftast ett specifikt anknytningsmönster och har de ofta ett olöst trauma?.....	31
Är det möjligt att använda anknytningsmönster utifrån AAI som prediktor för psykoterapeutisk behandling?.....	31
Är det möjligt att använda personers anknytningsmönster utifrån kodning i AAI som underlag vid upplägg av psykoterapeutisk behandling?.....	32
Kan man använda AAI som ett kompletterande diagnostiskt instrument vid utredning och diagnossättning vid borderline personlighetstörning?.....	34
Är AAI ett användbart instrument i klinisk verksamhet?.....	34

Styrkor och svagheter med studien.....	35
Etisk diskussion.....	36
Förslag till vidare forskning.....	36
Referenser.....	38

Inledning

Anknytningsteorin utvecklades av John Bowlby med början på 1950-talet och den beskriver hur ett litet barn vid rädsla söker sig till sin primära anknytningsperson för beskydd. Detta naturliga beteende finns hos alla däggdjur men eftersom människobarnet vid födseln är mer ofullgånget än andra däggdjur är relationen mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare extra betydelsefull för barnets överlevnad. Den bild av relationen med anknytningspersonen som barnet skapar (inre arbetsmodell) finns med barnet hela livet och påverkar alla dess relationer. Bristande anknytning är en bidragande orsak till framtida psykisk ohälsa. Mary Ainsworth's studier av små barns anknytningsmönster (i Strange Situation) och deras föräldrars (i AAI-intervjun) visar att föräldrarnas anknytningsmönster till sin förälder påverkar relationen med det egna barnet och dess anknytningsmönster. Det innebär att en trygg, otrygg eller desorganiserad anknytning förs vidare från generation till generation (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006; Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008).

Till den kliniska verksamheten kommer personer med psykisk ohälsa och relationsproblem. När klinikern utforskar patientens historia framkommer oftast en problematisk barndom med olika former av brister. En stor och kostnadskrävande och svårbehandlad grupp är personer diagnostiserade med personlighetstörningar och framför allt borderline personlighetstörning. Hos personer diagnostiserade med borderline personlighetstörning finns ett stort lidande och ofta symtom i form av självskadebeteende av olika slag, ätstörningsproblematik samt återkommande suicidförsök. Tidigare forskning visar att dessa personer ofta har en otrygg eller desorganiserad anknytning (i AAI-intervjun i form av olösta avseende trauma/förluster).

I klinisk verksamhet finns ett allt större fokus på att lindra symtom (främst genom psykofarmaka) och inte på den bakomliggande orsaken till problemet. Detta innebär att problemet kvarstår, befästs allt mer och problemen riskerar att föras över till nästa generation. Kortsiktigt kan medicinering ses som ett mindre kostsamt alternativ till psykoterapi men långsiktigt innebär det ett livslångt lidande för individen och en ökad kostnad för samhället (i form av bland annat upprepade inläggningar i slutna psykiatrisk vård).

För att skapa en varaktig förändring hos individen krävs att man arbetar med den bakomliggande problematiken och i nuet hjälper individen att hitta och använda sig av fungerande strategier. En psykoterapi där relationen mellan patient och terapeut är i fokus och

där terapeuten fungerar som ”en trygg bas” kan vara grunden till en förändring av patientens inre arbetsmodell av sig själv och andra i en relation. Förändringen kräver en längre psykoterapeutisk kontakt. Tidigare forskning visar att det är möjligt i en psykoterapi att skapa förändring i dessa djupa strukturer, det vill säga individens inre arbetsmodell av sig själv och andra.

Anknytningsteori

Broberg, Risholm Mothander, Granqvist, och Ivarsson (2008) beskriver hur anknytningsteorin växer fram utifrån de studier som John Bowlby och hans medarbetare gjorde under perioden 1950–70-talet. Bowlby, som var engelsk barnpsykiater och psykoanalytiker, började intressera sig för utvecklingspsykologi och erfarenheter som kan ligga bakom svåra beteendestörningar. Han beskriver anknytningens betydelse för människans utveckling och lyfter även upp vilka konsekvenser som separationer, vanvård, och försummelse tidigt i livet kan ge för den fortsatta utvecklingen. Bowlby betonade tidigt betydelsen föräldrarna har för barns utveckling. I sina studier tittade han på hur långa avbrott i den tidiga mor-barn-relationen påverkade barn. Det han såg var att dessa separationer gav negativa konsekvenser både på kort och på lång sikt. Utifrån sina studier försöker han beskriva denna relations förutsättningar, samt dess viktiga roll i vår utveckling (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006; Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson 2008).

Broberg m.fl. (2006) beskriver hur identifieringen av anknytningsmönster hos barn började med Mary Ainsworth`s observationer av relationen mellan barn och deras mödrar i Uganda. När hon återkommer till USA konstruerar hon metoden Strange Situation för att kunna fortsätta studera anknytningen mellan barn och deras mödrar, där barnen är i åldern tolv till arton månader. Syftet med studien var att undersöka hur balansen såg ut för barnet vad gäller utforskande och trygghetssökande samt att titta på barnets förmåga att använda föräldern som en trygg bas. I testet aktiveras barnets anknytningssystem bland annat då föräldern lämnar barnet. Allt detta videoinspelas och kodas. Genom Strange Situation kunde man urskilja tre olika anknytningsmönster hos barnen: trygg, otrygg-undvikande och otrygg-ambivalent anknytning. Barnets anknytningsbeteende i testsituationen klassificerades i förhållande till den föräldern som var närvarande. Utifrån det utgick man från antagandet att barnets anknytningsbeteende i den situationen var relaterad till tidigare erfarenheter av hur denna förälder svarat på barnets anknytningssignaler. Snart upptäckte man dock att det fanns

en grupp svårklassificerade barn, där beteendena mer handlade om avsaknad av tydliga mönster. Dessa beteenden uppvisade främst barn som kom från problemfyllda familjer. Utifrån det lägger man så småningom till den fjärde kategorin, desorganiserad/desorienterad anknytning (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008).

Anknytning innefattar en varaktig inre representation av relationen till föräldern. Detta innebär att barnet vid stark stress söker dennes närhet, vilket gör den till en av våra starkaste känslomässiga relationer. Anknytningsrelationen är varaktig över tid och den riktas till en specifik individ som inte är utbytbar. Relationen kännetecknas av att personerna söker varandras närhet och upplever obehag vid ofrivillig separation. Den har också en känslomässig relevans för individen. Anknytningen för barnet är baserat på föräldrarnas pålitlighet och sensitivitet vad gäller kärlek, tröst, tillfredsställelse av emotionella behov men även mat och värme. Denna trygghet uttrycks på två sätt: användandet av föräldern som trygg hamn och trygg bas (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006).

Inre arbetsmodell. Det lilla barnet konsturerar inre arbetsmodeller utifrån samspelet med föräldern. Det är genom det upprepade samspelet mellan föräldern och barnet som barnet formar inre mentala representationer av sig själv och andra samt skapar förväntningar av interpersonella relationer. Broberg m.fl. (2006) hänvisar till Bowlby som menar att dessa modeller är en del av barnets anknytningssystem och det integreras i takt med att barnet får fler erfarenheter genom samspelet med föräldern. Syftet med denna modell är att kunna lära sig tolka och förutsäga anknytningspersonens beteende och känslor, men även att reglera barnets egna anknytningsbeteenden, känslor och tankar (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006; Levy, Scala, Temes & Clouthier, 2015). Inre arbetsmodeller handlar alltså om mentala representationer av verkligheten och barnet utvecklar modeller av sig själv och andra. Särskilt viktigt för utvecklingen av inre arbetsmodeller är de erfarenheter barnet gör när det är skrämt eller ledset. Då är anknytningssystemet högaktiverat och anknytningspersonens beteende gentemot barnet i sådana situationer blir erfarenheter som skapandet av modellerna baserar sig på. Även när det gäller utvecklingen av arbetsmodeller av andra är det anknytningspersonen som utgör basen. Det är alltså föräldern som är tillgänglig anknytningspersonen är för barnet eller inte, som är gemensamt för utvecklingen av modellen av andra och själv. En viktig aspekt av utvecklingen av inre arbetsmodell av självet handlar om det värde barnet upplever att det själv och dess beteende har i anknytningspersonens ögon (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006; Levy, Scala, Temes & Clouthier, 2015).

Levy m.fl. (2015) beskriver Bowlbys teori om hur dessa inre arbetsmodeller innefattar förväntningar, övertygelser, emotionell värdering och regler för hur man processar eller exkluderar information. Inre arbetsmodeller kan vara delvis medvetna eller omedvetna och behöver inte vara helt koherenta. De organiserar personlighets- utvecklingen och styr och påverkar framtida relationer genom att de agerar som mönster som bidrar till skapandet av tankar, känslor och beteenden i framtida relationer. Broberg m.fl. (2006) menar att det också finns en hierarkisk organisering av de inre arbetsmodellerna. Oftast har man olika uppsättningar arbetsmodeller för olika anknytningsrelationer. Detta innebär att tidigare erfarenheter generaliseras och påverkar modeller i nya relationer. Samtidigt kan dessa nya relationer också göra att modellerna uppdateras. Broberg m.fl. (2006) visar på att det i Bowlbys teori finns två försvarsstrategier som barnet använder sig av för att ”skydda sig” mot erfarenheter av föräldrarnas otillgänglighet. Dessa strategier benämns som defensivt uteslutande och skiftande av uppmärksamhet. Avseende defensivt uteslutande utgår Bowlby från att det finns likheter med hur organismen processar information genom att den selektivt utesluter tillgänglig men ovidkommande sådan för att kunna fokusera på den uppgift som är aktuell att lösa. I detta fall innebär användandet av defensivt uteslutande att man skyddar sig från känslor och tankar som annars skulle vara överväldigande, såsom exempelvis ångest och lidande. När detta automatiseras uppdateras inte de inre arbetsmodellerna och det innebär att de inte tar in tillgänglig information som borde föranleda aktivering av anknytningssystemet. Systemet riskerar då att antingen bli deaktiverat och inte ta in tillgänglig information i de situationer där naturliga ledtrådar föreligger, alternativt vara konstant hyperaktiverat även i sådana situationer där sådana ledtrådar inte föreligger. Denna strategi är således negativ på lång sikt. Strategin skiftande av uppmärksamhet, innebär att en individ vars anknytningsperson inte varit tillgänglig skiftar sin uppmärksamhet från sina egna anknytningsbehov till andra människor eller aspekter. Enligt Broberg m fl. (2006) har Main vidareutvecklat teorin genom sina observationer där hon noterade att barnet som använde sig av denna strategi vid återförening med föräldern efter en kortare separation riktade sin uppmärksamhet mot leksakerna i rummet istället för mot den återvändande föräldern. Samtidigt är det viktigt att notera att denna strategi även kan vara adaptiv, exempelvis när barn i förskoleåldern kan skifta sin uppmärksamhet mot något annat när de är separerade från sina föräldrar (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006).

Adult Attachment Interview, AAI - anknytningsintervjun

I denna uppsats använder vi förkortningen AAI. AAI utvecklades på 1980-talet av Main och Goldwyn (Hesse, 1999). Broberg m.fl. (2008) beskriver hur Mary Main i slutet av 1970-talet påbörjade en långtidsstudie av anknytning där barn studerades vid ett års ålder, sex års ålder och i tonåren. När Main skulle följa upp barnen vid sex års ålder blev hon intresserad av föräldrarna och varför de hade förmåga eller svårigheter att ta in och svara på barnets signaler. Hon undrade om detta kunde vara kopplat till föräldrarnas egna barndomsupplevelser gällande anknytning. Detta skapade funderingar kring hur man kunde mäta vuxnas (föräldrars) anknytningserfarenheter samt hur de förstod och organiserade dessa. Bowlbys begrepp inre arbetsmodell blev deras utgångspunkt och Main och Goldwyn skapade en intervjubaserad metod med syfte att utforska den vuxnes egna erfarenheter samt hur dessa format attityder, tankar, känslor och de medvetna eller omedvetna regler som styr hur tillgänglig informationen är och hur möjlig den är att förändra. I intervjun ville man få tag i semantiskt övergripande minnen och biografiska episodiska minnen. Genom att intervjua föräldrar till barn som testats med Strange Situation försökte man matcha dessa med barnets anknytningsmönster. I analysen upptäckte man att en förälders nuvarande mentala tillstånd kopplat till deras egna upplevelser av anknytning i barndomen tydligt kunde kopplas till barnets beteende gentemot föräldern i Strange Situation (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008; Hesse 1999). Man upptäckte också skillnader i intervjuerna mellan föräldrar till tryggt anknutna barn, föräldrar till barn med otrygg-undvikande anknytning och föräldrar till barn med otrygg-ambivalent anknytning. Det visade sig att sättet att berätta är det viktigaste när man mäter anknytning hos vuxna och i AAI-intervjun studerar man den vuxnes förmåga att skapa en sammanhängande och trovärdig berättelse om sina barndomsupplevelser. Utifrån denna samlade kunskap skapades det kodnings och klassificeringssystem som används än idag (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008).

Enligt Broberg m.fl. (2008) fann Main i slutet av 1980-talet att hennes principer för kodning av anknytningsintervjuer stämmer med den brittiska lingvisten H. Paul Grice's arbeten kring vad som utmärker samarbetsinriktade konstruktiva samtal. Hon fann att föräldrar till tryggt anknutna barn följde dessa principer medan föräldrar till otryggt anknutna barn bryter mot principerna på bestämda sätt vilket sedan kan knytas till vilken otrygg anknytningsklassificering deras barn får. De fyra principer som Grice beskriver handlar om kvalitet/sanningsenlighet- det vill säga att man säger som det är och kan bevisa det; kvantitet-

dvs. man berättar lagom mycket; relevans- det man säger ska vara relevant för det man pratar om, samt begriplighet- man ska vara klar och tydlig när man uttrycker sig (Wennerberg, 2010).

AAI-intervjun är enligt Main utformad för att ”övertaska det omedvetna”. Avsikten med intervjun är att framkalla känslomässig stress som aktiverar anknytningssystemet genom användning av 16 frågor som med följdfrågor handlar om personens uppväxt och relation till sina föräldrar (Wennerberg, 2010). I början av intervjun är fokus på tidigare anknytningserfarenheter där intervjupersonen ombeds ge fem adjektiv som beskriver relationen med respektive förälder innan 12 års ålder. Sedan ska intervjupersonen utifrån varje adjektiv beskriva minnen/episoder som illustrerar det valda adjektivet. Efterföljande frågor handlar om vad som hände då intervjupersonen som barn blev skadad, sjuk, känslomässigt upprörd eller separerad från sin förälder. Intervjupersonen får sedan frågor gällande erfarenheter av trauma, övergrepp eller att ha förlorat en viktig person innan 17 års ålder och ombeds beskriva sina känslor och beteende när det hände och hur det påverkat dem sedan dess. I slutet fokuseras intervjun på intervjupersonens inre representationer och reflekterande förmåga avseende om de tänker att deras barndomsupplevelser påverkat deras vuxna personlighet och varför de tror att deras föräldrar agerade som de gjorde under deras barndom (Broberg, Ivarsson & Hinde, 1996). AAI-intervjun tar mellan 1-2 timmar att genomföra och spelas in. Där efter transkriberas intervjun ordagrant inklusive tystnader och felsäningar. Det transkriberade materialet kodas sedan av en utbildad kodare.

Kodning och kategorisering. De transkriberade intervjuerna gör det möjligt för kodaren att kategorisera dem i en av tre organiserade kategorier, mönster avseende anknytning. Att de är organiserade innebär att den intervjuade visar en tydlig strategi genom intervjun. Innan de intervjuade kategoriseras behöver kodaren bedöma graden av kärleksfullt beteende under barndomen på en 9-gradig skala där emotionell tillgänglighet ger höga poäng. Efter detta skattas den intervjuades ”State of mind” gällande anknytning där man bland annat tittar på den intervjuades förmåga att ge en sammanhängande berättelse, förmåga att granska sitt tänkande, graden av idealisering av anknytningspersonen, graden av åberopande av minnessvårigheter, graden av förringande av anknytningsrelaterade erfarenheter, graden av involverad ilska mot anknytningspersonen samt graden av passivitet och vaghet i samtalet. Dessa skattningar är sedan ett underlag för kategorisering av den intervjuade i något av anknytningsmönstren. De tre organiserade kategorierna kallas trygg-autonom (secure-autonomous), otrygg-avfärdande (insecure-dismissing) samt otrygg-överdrivet upptagen

(insecure-preoccupied). Dessa tre kan sedan i sin tur delas in i underkategorier, sammanlagt 12 stycken. Utöver de organiserade kategorierna finns en kategori som heter olöst avseende trauma/förlust (unresolved) och som handlar om att personen har obearbetad sorg/trauma. Den intervjuade visar då i intervjun tillfälliga skiftningar i medvetandetillstånd eller arbetsminne som antas bero på störningar från minnen som i vanliga fall är dissocierade. Eftersom detta inte tillhör den intervjuades vanliga sätt att kommunicera så får den intervjuade som tillägg till sin klassificering olöst avseende trauma/förlust en alternativ kategori inom de tre organiserade (trygg-autonom, otrygg-avfärdande och otrygg överdrivet upptagen). Det finns också en kategori som kallas Cannot Classify som används när det inte går att kategorisera den transkriberade intervjun i någon av de organiserade kategorierna. Detta kan t ex vara när intervjupersonen inte har någon tydlig strategi utan växlar mellan t ex överdriven upptagenhet och avfärdande under intervjun, se tabell 1 (Broberg, Risholm Motander, Granqvist & Ivarsson, 2008; Hesse, 1999).

Fonagy, Steele, Steele, Moran och Higgitt (1991) konstruerade ytterligare en skala för transkriberade AAI-intervjuer för att fastställa den intervjuades förmåga att förstå mentala tillstånd hos sig själv och andra i ett försök att skapa en modell för anknytning över generationer. Skalan kallade de The Reflective-Self Function Scale och innefattar det de kallar mentalisering. Kodarna av AAI-intervjuerna ska uppmärksamma om de intervjuade har en reflekterande hållning och skatta dessa på en skala mellan 1 (bisarr) och 9 (full reflekterande förmåga). Fonagy m.fl. menar att ju mer en person kan förstå mentala tillstånd hos sig själv och andra desto större är sannolikheten att personen kan vara i intima och långa relationer, kan knyta an till andra samt kan känna sig autonom. En oförmåga att förstå sina egna eller andras interna mentala tillstånd är en av faktorerna vid utvecklandet av otrygg anknytning. De personer som har hög reflekterande förmåga mätt med AAI tenderar enligt författarna oftare att kodas som trygg-autonoma avseende anknytning och få barn som kodas som trygga i Strange Situation.

Tabell 1. Beskrivning av förhållandet mellan anknytningskategorier i AAI respektive Strange Situation (Wennerberg, 2010).

Anknytningsmönster hos barn enligt Strange Situation	Medvetandetillstånd avseende anknytning hos vuxna enligt AAI
<i>Trygg.</i> Barnet växlar flexibelt mellan utforskande och anknytningsbeteende. När	<i>Trygg- autonom.</i> Personen har en förmåga att reflektera kring och ge en koherent och

<p>föräldern är närvarande dominerar utforskandet och när föräldern lämnar rummet slås anknytningssystemet på och barnet gråter och söker efter föräldern. Vid återförening med föräldern låter sig barnet tröstas och återgår till utforskande.</p>	<p>konsekvent beskrivning av sina anknytningserfarenheter i barndomen avsett om de är positiva eller negativa. Personen värdesätter sina anknytningserfarenheter.</p>
<p><i>Otrygg-undvikande.</i> Barnet deaktiverar sitt anknytningssystem och har oflexibelt fokus på leksakerna. När föräldern lämnar rummet gråter inte barnet och barnet undviker och ignorerar föräldern när den återkommer samt visar inte mycket upprördhet eller ilska.</p>	<p><i>Otrygg-avfärdande.</i> Berättelsen visar brist på koherens. Personen undviker att ge tydliga beskrivningar och avfärdar betydelsen av sina anknytningserfarenheter. Ofta ges beskrivningar på ett positivt idealiserande sätt som sedan motsägs av de berättade episodiska minnena.</p>
<p><i>Otrygg-ambivalent.</i> Barnet är oroligt och visar upprördhet från början innan föräldern lämnar rummet. Barnet utforskar inte leksakerna utan är hela tiden upptaget av föräldern. Vid återförening låter sig inte barnet lugnas och tröstas. Barnets anknytningssystem är hyperaktiverat.</p>	<p><i>Otrygg-överdrivet upptagen.</i> Berättelsen visar brist på koherens. Personen är överdrivet upptagen av anknytningsrelationer, både tidigare och nuvarande och uppvisar ofta känslor i form av ilska eller rädsla. Personerna ger ofta grammatiskt insnärjda långa resonemang som är svåra att följa.</p>
<p><i>Desorganiserad-desorienterad.</i> När föräldern är närvarande har barnet ett desorganiserat eller desorienterat beteende. Barnet drabbas av motstridiga impulser att närma sig eller dra sig undan föräldern vilket tolkas som att barnets beteendestrategi bryter samman. Exempel på detta kan vara när barnet närmar sig föräldern med ryggen mot eller stelnar plötsligt i alla rörelser och blir stående stilla. I övriga situationer som inte är anknytningsaktiverande så stämmer barnets</p>	<p><i>Olöst avseende trauma/förlust.</i> När potentiellt traumatiserande upplevelser dyker upp i intervjun uppstår brister i tal eller tänkande. Det kan visa sig genom att personen plötsligt tystnar eller fastnar i detaljerade beskrivningar vilket kan tolkas som att dissociativa processer är igång kopplat till ett obearbetat trauma. Utöver denna klassificering så kodas personen också i någon av de ovan organiserade anknytningsmönsterna.</p>

beteende in på något av de ovanstående organiserade anknytningsmönsterna och barnet ges därför en dubbelklassificering.	
	<i>Cannot Classify.</i> Personen uppvisar inte en enhetlig strategi avseende anknytning i berättelsen. Personen växlar mellan en avfärdande och en överdrivet upptagen strategi eller uppvisar en bristande koherens genom hela intervjun.

AAI i klinisk verksamhet

Broberg, Risholm Mothander, Granqvist och Ivarsson (2008) diskuterar i sin bok hur användbar AAI är i andra sammanhang än i forskningssammanhang. I boken diskuteras intervjuans användbarhet inom ungdoms/vuxenpsykiatri men lyfter fram att kunskapen kring hur anknytningsproblem kan bidra till psykopatologi ännu är för liten för att man ska kunna på ett enkelt sätt förstå orsakerna till eventuell psykopatologi. AAI-intervjun kan också ge klinikern en bild av en persons fungerande i relationer och hur personen kan använda relationerna för att tillfredsställa sina behov av bland annat närhet och bekräftelse.

AAI som mätinstrument av process och förändring. AAI-intervjun har enligt Broberg m fl. (2008) i olika studier använts som en mätmetod för bedömning av effekten av psykoterapi. Steele och Steele (2008) diskuterar nyttan med att ha samma person som intervjuar som sedan ska bli patientens terapeut men menar att om man ska använda AAI-intervjun som ett mätinstrument för att mäta behandlingens utfall med före- och eftermätning är det bäst om någon utomstående gör intervjuerna för att inte behandlingen ska vara påverkad av dessa. Dessutom nämner Levy och Kelly (2009) problematiken med att man som terapeut ibland kan ha svårt att kliva ur rollen och genomföra en strukturerad intervju. Det finns risk att det blir en terapisession. Steele, Steele och Murphy (2009) belyser att man kan använda AAI en eller flera gånger i en psykoterapi för att patienten ska få en bredare förståelse för hur de påverkats av tidiga svåra emotionella upplevelser och genom det ge dem en möjlighet att öppna upp för nya perspektiv till att fungera mer adaptivt i livet.

Anknytningsmönster kopplat till psykoterapi. En del studier har fokuserat på att utforska vilka anknytningsmönster som fungerar bäst att behandla psykoterapeutiskt (Slade,

2008). Detta antyder en möjlighet att använda AAI i klinisk verksamhet för att bedöma patienters anknytningsmönster i syfte att kunna ta beslut kring eventuell psykoterapi.

AAI och allians. Steele och Steele (2008) nämner att en AAI-intervju i starten på en psykoterapi kan ge patienten insikt kring att nuvarande problematik kan vara påverkad av tidiga erfarenheter. Patienten kan också känna sig förstådd och bekräftad av en person som kan lyssna, ta på allvar och förstå olika sorters barndomserfarenheter. Den neutrala men intresserat lyssnande positionen vid intervjun (utan tolkningar, frågor eller kopplingar) kan enligt författarna vara till nytta för att skapa en terapeutisk allians. Levy och Kelly (2009) menar att kännedom om anknytningsmönster hos patienten kan göra terapeuten medveten om när det finns en ökad risk för att patienten ska avbryta behandlingen. Alliansen hos patienter i psykoterapi har i forskning visat sig se olika ut i olika stadier i terapin beroende på anknytningsklassificering (Kanninen, Salo, & Punamäki, 2000).

AAI som hjälp till terapeuten i psykoterapi. Steele och Steele (2008) beskriver hur AAI-intervjun kan vara till hjälp för fortsatt psykoterapi genom att intervjuns frågor om förluster och traumatiska upplevelser kan väcka tankar och känslor hos intervjupersonen som personen själv inte varit medveten om. Psykoterapeuten kan sedan i det terapeutiska arbetet lägga vikt vid dessa erfarenheter tillsammans med patienten som efter intervjun själv blivit medveten om den vikt dessa erfarenheter har för deras psykiska mående samt hjälpa patienten att omorganisera sina tankar och känslor kring dessa. Detta gäller speciellt de som i AAI-intervjun kodas som olösta avseende trauma/förluster. Det ligger i anknytningens natur att när den väckts av frågorna i intervjun kräver dessa känslor och minnen uppmärksamhet. AAI kan också vara till hjälp för att utforska en patients försvarsmönster. Steele och Steele (2008) menar att personer som klassificeras som otrygg-avfärdande kan på olika sätt förneka negativa upplevelser, tankar och känslor t ex genom idealisering av anknytningspersonerna vilket kan göra att patientens problematiska upplevelser inte blir uppfattade/arbetade med. För en psykoterapeut kan det bland annat vara till nytta att känna till patientens försvarsmönster eftersom ett för hastigt närmande till problematiken kan skapa aggressioner hos en del personer som klassificerats som otrygg-avfärdande. Patienter som klassificerats som otrygg-överdrivet upptagen kan genom sina försvarsmönster utöva ett starkt tryck på terapeuten att hålla med patienten eller att hjälpa till att avsluta deras meningar. Genom att vara medveten om patientens klassificering i AAI kan terapeuten vara mer observant på när dessa mekanismer aktiveras. Steele, Steele och Murphy (2009) lyfter också fram att mätningen av patientens reflekterande funktion i två av frågorna i AAI-intervjun kan vara till hjälp i en

psykoterapi. Patienter med låg reflekterande funktion kan behöva hjälp av psykoterapeuten att organisera och förstå sina egna och andras tankar och känslor.

AAI som hjälp vid diagnossättning. Levy och Kelly (2009) nämner att AAI kan vara till hjälp vid diagnossättning. AAI är inte designat som ett diagnosinstrument, men kan ge värdefull information om hur individen organiserar sina tankeprocesser och hur den hanterar stress.

Viktigt att beakta vid användandet av AAI. Levy och Kelly (2009) belyser vikten av att identifiera viktiga anknytningspersoner under intervjun och inte bara fokusera på föräldrarna. Ibland kan barnet varit placerat på flera olika ställen och en del har haft en stark anknytning till exempelvis mor-eller farföräldrar. Det är viktigt att undersöka hur länge och vilken omvårdnad barnet fått av de olika personerna. Samma sak gäller när man under intervjun frågar om förluster av viktiga närstående.

Eftersom man i intervjun söker tankeinhåll och tankeprocesser är det viktigt enligt Levy och Kelly (2009) att de intervjuade personerna inte är påverkade av droger/alkohol eller är i ett psykotiskt tillstånd.

Levy och Kelly (2009) menar att eftersom man i intervjun ska ”övertaska det omedvetna” så kan detta vara svårt vid intervjuer med personer som gått i psykoterapi länge, eller ett flertal gånger. De kan då ha utvecklat en repeterad livshistoria vilken då kan vara svår att överraska, men även att berättelsen kan upplevas och tolkas som koherent. De nämner också att man måste vara medveten om att AAI kod-systemet utvecklats i USA på vuxna i en icke-klinisk grupp och att det kan innebära svårigheter när man använder det i andra kulturer. Även om anknytningsmönster till viss del ser lite olika ut i olika kulturer så finns det en konsensus om att anknytningen är universell men att man måste se den i sin kontext. Det innebär alltså att även om grunderna i anknytningsteorin verkar vara universella så är AAI's kodningssystem inte alltid valid i alla kulturer, eller så krävs en modifiering.

Tidigare forskning kring AAI i icke-klinisk grupp

Validitet, reliabilitet och prediktiv validitet hos AAI. En psykometrisk studie av Bakermans-Kranenburg och van IJzendoorn (1993) visade att stabiliteten av AAI-klassificeringarna fanns över en två månaders period hos en grupp mödrar. Studien visade också att klassificeringarna är oberoende av skillnader i verbal och performance-IQ, autobiografiskt minne för icke-anknytningsrelaterat material samt social önskvärdhet.

Validiteten är enligt deras studie inte heller påverkad av intervjuareffekter. Författarnas konklusion var att AAI visade förvånansvärd reliabilitet och diskriminant validitet. Deras resultat har sedan återupprepats i senare studier.

van IJzendoorn's (1995) meta-analys av AAI's prediktiva validitet visade en stor effektstorlek vilket innebär att föräldrarnas mentala representationer av anknytning utifrån AAI predicerade kvalitén på barn-förälder relationen avseende anknytning i Strange Situation och predicerade föräldrarnas svar på barnets anknytningssignaler. Man fann också en korrelation mellan föräldrarnas mentala representationer av anknytning och barnets anknytningstrygghet. Man vet dock för lite om hur anknytningsrepresentationer förs över i generationerna (the transmission gap). När det gäller den prediktiva validiteten (mödrar-barn) mellan trygg eller otrygg anknytning är effektstorleken 1,06 vilket är väldigt stor (en 75% överensstämmelse mellan AAI och Strange situation klassificeringar). Metaanalysen visar också att den prediktiva validiteten (mödrar-barn) är hög inom de tre otrygga AAI kategorierna (modern otryggt-avfärdande/barn otryggt-undvikande, modern otryggt-överdrivet upptagen/barn otryggt-ambivalent, modern olöst avseende förlust/trauma och barnet desorganiserad), studien visade en 63% överensstämmelse. Den prediktiva validiteten är svagast hos kategorin otrygg-överdrivet upptagen när kategorin olöst avseende trauma/förlust också kodas. Kategorin otrygg-överdrivet upptagen hos modern och otrygg-ambivalent hos barnet är endast marginellt relaterade när kategorin olöst avseende trauma/förlust hos modern och desorganiserad hos barnet är med. Detta tänker forskaren kan bero på att gränsen mellan otrygg-överdrivet upptagen och olöst avseende trauma/förlust är mindre tydlig vilket skulle kunna förklara varför så många föräldrar som kodats som otrygg-överdrivet upptagen har barn som kodats som desorganiserad. Författaren belyser dock att denna stabila och stora överlappning mellan graden av autonomi hos modern och graden av trygghet hos barnet är imponerande eftersom mätningarna är så olika. Mätningen hos mödrarna är genom en semistrukturerad intervju där man i kodningen tittar på samtals karaktär. Barnen studeras genom en strukturerad procedur i laboratorium där man kodar barnets responser vid separation och återföring med anknytningspersonen. Författarens studie visar att fädernas anknytningsrepresentationer är mindre starkt relaterade till tryggheten i anknytningsrelationen mellan barn-fäder. Författaren menar att orsaken till detta måste utforskas vidare.

van IJzendoorn och Bakermans-Kranenburg (1996) meta-analys över 33 studier som inkluderar 2000 genomförda AAI-intervjuer har bland annat som fokus att hitta en normativ grupp. I denna meta-analys tittar man på grupper såsom icke-kliniska mödrar, pappor,

ungdomar, olika kulturer samt på kliniska grupper. Klassificeringen i gruppen icke-kliniska mödrar som består av 584 mödrar visar att 24% klassificeras som otrygg-avfärdande, 58% som trygg-autonom och 18% som otrygg-överdrivet upptagen, när man redovisar utifrån tre-vägs klassificeringen (man använder endast de tre kategorierna trygg-autonom, otrygg-avfärdande och otrygg-överdrivet upptagen). Om man klassificerar utifrån fyr-vägs klassificeringen (som även innehåller olöst avseende trauma/förlust) innehåller gruppen 487 icke-kliniska mödrar och då fördelar sig resultatet att 16% som otrygg-avfärdande, 55% som trygg-autonom, 9% som otrygg-överdrivet upptagen och 19% som olöst avseende trauma/förlust/Cannot Classify. I studien framkommer också att mödrar med låg socioekonomisk status oftare klassificeras som otrygg-avfärdande och olöst avseende trauma/förlust. Det visar sig också att kvinnorna med trygg anknytning och män med trygg anknytning ofta är gifta med varandra, och det samma gäller för gruppen otrygga.

I en senare meta-analys av Bakermans-Kranenburg och van IJzendoorn (2009), där 10 000 gjorda AAI-intervjuer tas med, ser man inga större skillnader i resultat från den förra studien. Resultaten från denna grupp använder man som norm när man jämför med kliniska grupper. I denna meta-analys har man även tittat på om det finns kulturella skillnader och om det påverkar klassificeringen av anknytningsmönster. Resultatet visar att jämförelsegruppen från Europa avviker väldigt lite från normen. Även jämförelser med andra länder såsom Japan och Israel visar på ännu mindre avvikelser.

I artiklar av Waters, Weinfield och Hamilton (2000) och Waters, Hamilton och Weinfield (2000) tittar man på tre gjorda studier som försöker mäta hur stabila anknytningsmönster är från barndom till ung vuxen. I två av studierna gjorda av Hamilton (2000) och av Waters, Merrick, Trebout, Crowell och Albersheim (2000), finner man att anknytningsmönstren är stabila över tid, men i den sista studien gjord av Weinfield, Soufre och Egeland (2000), finner man ingen signifikant kontinuitet över tid. I samtliga studier används Strange Situation och AAI-intervjuer. Den slutsats som artikelförfattarna lyfter fram är att anknytningsrelevanta negativa upplevelser påverkar vad gäller kontinuitet och förändring av anknytningsmönster. I Hamiltons studie framkommer att negativa upplevelser påverkar genom att de kan förändra ett tryggt anknytningsmönster till ett otryggt.

Borderline personlighetsstörning eller emotionell instabil personlighetsstörning

Vid diagnosticering av denna personlighetstörning används benämningarna emotionellt instabil personlighetsstörning eller borderline personlighetstörning beroende på

vilket diagnossystem som används. I denna uppsats används benämningen borderline personlighetsstörning eftersom denna benämning används mest internationellt. Borderline personlighetsstörning innebär att man har en känslomässig sårbarhet och att man i samband med det ofta pendlar mellan olika starka känslolägen som kan vara från allt ifrån några timmar till flera dagar. Många upplever en stark rädsla för att bli övergiven och ensam. Det är vanligt att man känner tomhet och att man har en instabil självbild. Det finns även en benägenhet till utbrott av vrede som inte står i proportion till vad som framkallar ilskan, samt en oförmåga att kontrollera sitt beteende. Sinnestämningen är ofta lynnig och instabil. Även relationerna tenderar att vara instabila och intensiva och uppfattningen om andra människor kännetecknas av idealisering och nedvärdering. En del upplever överklighetskänslor och dissociativa symtom. Det är också vanligt med bristande impuls kontroll och missbruk av droger, sex, mat eller pengar samt självska debeteende, självmordstankar, hot om självmord samt återkommande självmordsförsök. (Ottosson, 2004; American Psychiatric Association. MINI-D IV, 1995).

Utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008) kännetecknas borderline personlighetsstörning av en instabil självbild. Personen pendlar ofta mellan känslor av värdelöshet och ett självdestruktivt beteende (inåtvända symtom) samt utagerande beteende bland annat i form av aggressivitet. Dessa inåtvända symtom är enligt anknytningsteorin förknippade med överdrivet upptagen anknytning. Teorin menar att den primära anknytningspersonen varit inkonsekvent tillgänglig för barnet vilket gör att barnet och senare den vuxne fokuserar på sina egna negativa känslor och på anknytningspersonens brister i tillgänglighet istället för att utforska. Detta skapar ett anknytningssystem som i stort sett är aktiverat hela tiden även när det inte finns någon fara.

Borderline personlighetsstörning och bristande mentalisering. Fonagy, Target, Gergely, Allen och Bateman (2003) beskriver problematiken hos personer med borderline personlighetsstörning som något som uppstår i avsaknaden av en "trygg bas" (Bowlby, 2010). De menar att anknytningstrauma i många fall finns hos personer med denna personlighetsproblematik. Under barnets utveckling erhålls gradvis en förståelse kring fem nivåer av självagenskap. I utvecklingen ökar medvetenheten om mentala tillstånd, det vill säga förmågan att mentalisera ökar. Fonagy m.fl. (2003) menar att det finns en brist i förmågan att mentalisera hos personer med borderline personlighetsstörning. Han menar att ett barn behöver via föräldrarnas spegling lära sig förstå sina känslor. Föräldern använder sig av markerad spegling, dvs. känslan föräldern förmedlar är inte exakt likadan som den känsla

barnet känner utan en lite överdriven version. Denna spegling är grunden till affektreglering och impuls kontroll som senare leder fram till förmågan att kunna mentalisera. Som en väg till utvecklingen av mentaliseringsförmågan är psykisk ekvivalens, dvs. när barnet har en uppfattning om att det som finns i dess inre också måste finnas i det yttre (externa) och tvärtom samt ”pretend mode” (fantasi) där barnets mentala tillstånd är frikopplat från den fysiska realiteten. Mentalisering är enligt Fonagy m.fl. (2003) förmågan att kunna tänka kring mentala tillstånd och uppstår när psykisk ekvivalens och ”pretend mode” integreras. Detta sker i leken mellan förälder och barn där känslor, tankar, föreställningar och önskningar hos barnet uppfattas som viktiga men att de inte är en fysisk realitet. Ofta på grund av försummelse i barndomen har personer med borderline personlighetsstörning en bristande förmåga att kunna representera mentala tillstånd och förstå att deras egna och andras handlingar drivs av känslor, tankar, övertygelser och önskningar. Detta kan bland annat orsakas av föräldrarnas oförmåga att ge markerad spegling av barnets negativa känslor vilket gör att barnet uppfattar känslan som tillhörande föräldern. Detta skapar en oförmåga hos barnet att förstå sina egna känslor och känslan barnet har blir inte reglerad (hjälp att hantera) vilket kan leda till traumatisering. Detta går att koppla till den primitiva försvarsmekanismen projektiv identifikation som många med borderline personlighetsstörning använder sig av. En annan orsak kan vara bristen på lek med föräldern som är en del i utvecklingen av representationer av inre tillstånd vilket enligt Fonagy m.fl. (2003) gör att de tidiga mentala utvecklingsstegen ”pretend mode” och psykisk ekvivalens kvarstår även i vuxenlivet. Studier av anknytning hos personer med borderline personlighetsstörning med hjälp av AAI (Fonagy et al., 1996; Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003) visar att kategorin otrygg-överdrivet upptagen är vanligast förekommande hos dessa personer liksom att dessa personer ofta bedöms vara olösta avseende trauma eller övergrepp.

Tidigare forskning kring AAI i kliniska grupper

I Bakermans-Kranenburg och van IJzendoorns (2009) meta-analys finner man att i de kliniska grupperna är individerna mer övervägande otrygga och olösta avseende trauma/förlust än i normalgruppen. I den undersökta gruppen, som innehåller 1854 individer, fördelar sig klassificeringen som följer, 23% otrygg-avfärdande, 21% trygg-autonom, 13% otrygg-överdrivet upptagen och 43% olöst avseende trauma/förlust/Cannot Classify. Vidare framkommer att personer med borderline personlighetsstörning ofta klassificeras som otrygg-överdrivet upptagen och olöst avseende trauma/förlust, medan exempelvis personer med

antisocial personlighetsstörning ofta klassificeras som otrygg-avfärdande eller otrygg-överdrivet upptagen men även olöst avseende trauma/förlust/Cannot Classify. De med depressiva symtom klassificeras också ofta som otrygg-avfärdande eller otrygg-överdrivet upptagen, men kodas inte mer som olöst avseende trauma/förlust än normalgruppen, medan vuxna med PTSD eller med övergrepp i bakgrunden oftast klassificeras som olösta avseende trauma/förlust.

I en mindre studie av Stovall-McClough och Cloitre (2006) där man jämför 30 kvinnor diagnostiserade med PTSD som varit med om övergrepp i barndomen med en lika stor kontrollgrupp, tittar man på psykiatriska symtom och anknytningsmönster. Det som studien kommer fram till är att om det finns ett olöst trauma i bakgrunden så ökar det sannolikheten med 7,5 gånger att personen diagnosticeras med PTSD.

En studie av Fonagy et al. (1996) jämförde en grupp med 82 icke-psykotiska inneliggande psykiatriska patienter med en kontroll grupp på 85 personer med hjälp av AAI. Syftet med studien var att utforska relationen mellan grupper inom Axel-I och anknytningsmönster, och om otrygg anknytning är vanligare bland psykiatriska patienter. Författarna ville också identifiera styrkan av relationen mellan Axel-I och Axel-II störningar och anknytningsmönster. Deras resultat visade en hög signifikant skillnad mellan den kliniska gruppen och kontrollgruppen. Den kliniska gruppen kodades oftare som otrygg-överdrivet upptagen och olöst avseende trauma/förlust, rapporterade betydligt oftare att de utsatts för sexuella eller fysiska övergrepp och hade oftare förlorat en anknytningsperson. Betydligt fler i den kliniska gruppen kodades som olöst avseende trauma/förlust än i kontrollgruppen. Personer med ångeststörning i den kliniska gruppen rapporterade oftare sexuella och fysiska övergrepp än personer utan denna problematik. I den kliniska gruppen kodades 75% av personerna med borderline personlighetstörning som otrygg-överdrivet upptagen. 89% av dem med diagnosen borderline personlighetstörning kodades dessutom som olöst avseende trauma/förlust. Forskarna delade in patienterna med förstämningssyndrom i tre grupper, bipolär, dystymi och egentlig depression. Bland de med egentlig depression kodades fler som trygga och bland de med bipolär sjukdom kodades fler som otrygg-avfärdande (Fonagy et al., 1996).

Crowell, Fraley och Shaver (2008) diskuterar det faktum att studier visar på att väldigt få personer som har psykisk ohälsa klassificeras som trygg-autonom enligt AAI men menar att det inte finns tydliga kopplingar mellan diagnostiska kategorier och specifika

anknytningsmönster. Eftersom få av de personer som kodas med otrygg-anknytning enligt AAI utvecklar psykisk ohälsa kan anknytningsmönster otrygg-anknytning mer ses som en generell riskfaktor liksom olöst avseende trauma/förlust.

I Weinfield, Whaley och Egelands (2004) longitudinella studie undersöker de bland annat hur kontinuitet och diskontinuitet ser ut vad gäller anknytningsmönster från barn till ungdom. Undersökningsgruppen består av deltagare som ingår i ett undersökningsprojekt *Minnesota Parent-Child Projekt*, som är en longitudinell undersökning i en identifierad riskgrupp vad gäller låg socioekonomisk status. I den ursprungliga studien rekryterades gravida kvinnor som levde under dåliga ekonomiska förhållanden. Dessa mödrar och deras barn har sedan följts upp. I den aktuella studien genomfördes AAI-intervjuerna när barnen var 19 år. Gruppen består av 169 deltagare. Av dessa har 125 deltagare gjort Strange Situation som barn. Resultaten visar att flera av de som kodades som trygga som barn istället kodades som otrygg-avfärdande efter AAI-intervjun. Vidare framkom att de som var trygga som barn inte i någon större utsträckning kodades som olöst avseende trauma/förlust och de deltagare som klassades desorganiserade som barn kodades mer sällan som trygg-autonom, utan kodades oftare som otrygg-avfärdande och otrygg-överdrivet upptagen.

Barone (2003) studerade 80 personer varav 40 personer hade diagnosen borderline personlighetsstörning och 40 personer var en icke-klinisk grupp, med hjälp av AAI. Resultaten visade att i borderlinegruppen kodades 7% som trygg-autonom, 20% som otrygg-avfärdande, 23% som otrygg-överdrivet upptagen och 50% som olöst avseende trauma/förlust.

Barone, Fossati och Guiducci (2011) summerar de senaste 15 årens AAI-användande på personer med borderline personlighetstörning. Det framkommer hög prevalens av olöst avseende trauma/förlust och otrygg-överdrivet upptagen. Mellan 50-80% i gruppen av borderline personlighetstörning klassificeras som olöst avseende trauma/förlust och otrygg-överdrivet upptagen. I deras egen studie undersöker man om det finns skillnader i anknytningsmönster vad gäller de som fått diagnos borderline personlighetstörning när man även tittat på komorbiditet vad gäller Axol-I. I studien ingår 140 individer diagnostiserade med borderline personlighetsstörning som delas in i fyra undergrupper: ångest och förstämningssyndrom, substansmissbruk, alkoholmissbruk och ätstörning. I studien hittar man olikheter i anknytningskategorier mellan de fyra undergrupperna. I gruppen med ångest och förstämningssyndrom klassificeras personerna övervägande som otrygg-överdrivet upptagen,

medan de andra tre grupperna övervägande klassificeras som otrygg-avfärdande. Författarna menar att det kan vara viktigt att även titta på Axel-I eftersom det kan förklara varför borderline personlighetsstörning kodas olika och det kan också vara en hjälp för att bättre kunna matcha behandling.

Diamond et al. (2014) studie avsåg att belysa skillnaderna i symtomatologi och hur detta påverkar behandlingen av patienter med antingen diagnos borderline personlighetstörning i kombination med narcissistisk personlighetstörning eller patienter med endast diagnos borderline personlighetsstörning. De använde data från två RCT- studier (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Doering et al., 2010; Levy et al., 2006) och undersökte bland annat anknytningsmönster med hjälp av AAI. Gruppen med personer med endast borderline personlighetstörning bestod av 129 individer och gruppen med kombinationen borderline och narcissistisk personlighetstörning bestod av 22 personer. Resultaten visade att gruppen med kombinerad personlighetstörning signifikant oftare klassificerades som otrygg-avfärdande eller Cannot Classify medan gruppen med endast borderline personlighetstörning signifikant oftare kodades som otrygg-överdrivet upptagen eller som olöst avseende trauma/förlust. Båda grupperna visade brister i integration av inre arbetsmodell avseende anknytning men gruppen med kombinerad personlighetstörning visade på växlande strategier medan gruppen med endast borderline personlighetsstörning visade mer totala sammanbrott i sitt resonering i samtalen vid frågor om förluster eller trauma.

Macfie, Swan, Fitzpatrick, Watkins och Rivas (2014) studerade mödrar med och utan borderline personlighetsstörning med AAI samt deras barn med andra anknytningsrelaterade material. Resultaten visade att mödrar med borderline personlighetsstörning oftare kodades som otrygg-överdrivet upptagen och oftare kodades som olöst avseende trauma/förlust än jämförelsegruppen.

Diamond et al. (2014) beskriver hur Fonagy (2002) har kopplat narcissistiska och borderlinestörningar till brister i mentalisering. Kapaciteten att kunna mentalisera i anknytningsrelationer har man funnit vara en skyddande faktor för individer som utsatts för trauma eller övergrepp, där brister i mentalisering kan kopplas till otrygg och desorganiserad anknytning. Personer med god mentaliseringsförmåga som utsatts för trauma eller övergrepp utvecklar inte i samma utsträckning en borderline personlighetstörning enligt Fonagy i Diamond (2014). Förbättringar i mentaliseringsförmågan är en viktig nyckelfaktor för förändring i psykoterapi för patienter med svåra personlighetstörningar enligt Bateman och Fonagy (2004). De menar att personer med borderline personlighetstörning kan mentalisera

normalt i många fall utom i nära relationer som väcker anknytningsbeteende och inre arbetsmodeller av relationer.

Psykoterapi. Nutida forskning har enligt Diamond et al. (2014) visat en förändring från otrygg till trygg-autonom anknytning och från desorganiserad till organiserade anknytningsmönster hos borderlinepatienter efter psykoanalytiskt orienterad psykoterapi.

Enligt Slade (2008) har ett relativt litet antal forskare använt AAI och dess klassificeringssystem när de forskat kring anknytningsmönster och utfall av psykoterapi. Slade beskriver en studie av Dozier m.fl. (1990) som visar att tryggt anknutna patienter hade lättare att söka psykoterapi och hade förmåga att engagera sig i processen. Patienter med otrygg-avfärdande anknytningsmönster förnekade ofta sitt behov av hjälp och patienter med anknytningsmönster otrygg-överdrivet upptagen hade ofta svårt att använda sig av psykoterapin på ett produktivt sätt på grund av sina stora behov och sitt beroende. Detta stämmer överens med Riggs, Jabovitz och Hazen`s studie (2002) vars resultat visar att personer med trygg anknytning oftare har en erfarenhet av att ha gått i psykoterapi.

Ett fåtal studier har tittat på hur alliansen varierar över tid i en psykoterapi. Alliansen har i många studier visat sig vara en av de viktigaste faktorerna för en framgångsrik psykoterapi. Kanninen, Salo och Punamäkis (2000) studie undersökte om klienters anknytningsmönster påverkar skapandet av allians. 36 klienter med trauma fick ca ett års terapi antingen individuellt eller i grupp. Klienterna fyllde i en papper och penna version av AAI (med samma frågor som vid en intervju) för att mäta deras anknytningsmönster. Dessa kodades sedan med AAI`s kodningssystem. Klienterna fick fylla i en skattning av alliansen med hjälp av Working Alliance Inventory efter tre sessioner, i mitten av terapin och näst sista sessionen. Resultaten visade att utvecklingen av alliansen uppvisade olika mönster beroende på klienternas anknytningsmönster. Klienter med trygg anknytning visade få skiftningar i sin rapportering av den terapeutiska alliansen under terapins gång, den sjönk något i mitten av terapin för att sedan återgå till samma nivå som i början av terapin. Klienter med anknytningsmönster otrygg-överdrivet upptagen rapporterade i mitten av terapin en kraftig nedgång av den terapeutiska alliansen och sedan en kraftig uppgång i slutet av psykoterapin. Klienter med anknytningsmönster otrygg-avfärdande uppvisade samma nivå i början och mitten av terapin men rapporterade en sänkning av alliansen i slutet av psykoterapin. Eftersom forskarna i denna studie använde en papper och penna version av AAI bör man dock vara försiktig i sin användning av resultaten.

Fonagy et al. (1996) har studerat 82 ineliggande psykiatriska patienter med svåra personlighetstörningar och deras förbättringar efter psykoanalytisk psykoterapi individuellt och i grupp. Patienternas anknytningsmönster kodades utifrån AAI och deras psykiska funktion skattades med GAF-skalan innan psykoterapin och efter ett års behandling. Hälften visade klinisk förbättring i sin psykiska funktion efter behandling och i gruppen med otrygg-avfärdande anknytning förbättrades flest. Fonagy et al. drar slutsatsen att en anledning till att de med otrygg-avfärdande anknytning haft bäst nytta av psykoterapin kan vara att det är lättare för en terapeut att lyfta in ett perspektiv till någon som inte är van att tänka i dessa banor än att försöka förändra invanda tankemönster (som hos de med otrygg-överdrivet upptagen).

Gerber (2004) som beskrivs i Diamond et al. (2014) studerade förändringar i anknytningsmönster under behandlingens gång av 25 ungdomar med depression, ångest eller personlighetstörning. Patienterna fick antingen psykoanalys eller psykodynamisk psykoterapi på Anna Freud Center. Patienterna intervjuades med AAI i början, mitten och i slutet av behandlingen som varade mellan 6 månader och 8 år. Av fyra patienter som kodades som otrygg-avfärdande vid starten av behandlingen var en fortfarande otrygg-avfärdande, två kodades som trygga och en patient kodades som otrygg-överdrivet upptagen. Tre patienter som kodades som otrygg-överdrivet upptagen vid början av behandlingen var samtliga fortsatt kodade som otrygg-överdrivet upptagen i slutet av behandlingen. Nio patienter var i början av behandlingen kodade som trygg-autonom och av dessa var sex fortsatt kodade som trygg-autonom medan tre efter behandlingen kodades som otrygg-överdrivet upptagen.

I en RCT-studie av Levy et al., (2006) randomiserades 90 patienter med borderline personlighetstörning till antingen Transference Focused Psychotherapy (TFP), Dialectic Behavioral Therapy (DBT) eller modifierad stödjande psykodynamisk psykoterapi under 1 år av en 3 år lång behandling. Syftet var att mäta förändring i anknytningsmönster och reflekterande funktion med hjälp av AAI och reflekterande funktion (RF-skalan). Efter 12 månader hade antalet patienter kodade som trygg-autonom ökat signifikant bland dem som fick TFP, en var trygg-autonom vid start av behandlingen medan sju var trygg-autonom efter ett år. Bland de som fick någon av de andra behandlingsformerna hade ingen patient förändrat sitt anknytningsmönster från otrygg till trygg-autonom. Forskarna menar att AAI genom detta har visat sig vara ett användbart instrument för att kunna se strukturell förändring i psykoterapi hos borderlinepatienter.

Terapeuten som anknytningsperson/trygg bas. Slade (2008) diskuterar huruvida en psykoterapeut kan bli en anknytningsperson för patienten och drar slutsatsen att i en framgångsrik psykoterapi blir psykoterapeuten så viktig för patienten att relationen har många likheter med en anknytningsrelation och att psykoterapeuten uppfyller många av anknytningspersonens funktioner. Hon menar att utvecklingen av överföringsmanifestationer (både positiva och negativa) i psykoterapin visar på att psykoterapeuten blivit en anknytningsperson genom att han/hon aktiverar patientens inre arbetsmodell som ursprungligen skapats i relationen till den primära anknytningspersonen. Optimalt utvecklar patienten i psykoterapin en trygg anknytning till psykoterapeuten och använder denna trygghet för att omarbete en tidigare otrygg inre arbetsmodell. Slade (2008) menar, med hänvisning till forskning, att patienter med otrygg anknytning oftare också skapar otrygg anknytning till sin psykoterapeut och har svårare att se psykoterapeuten som en trygg bas oavsett psykoterapeutens beteende. I de fall patienterna kan uppfatta psykoterapeuten som en trygg bas är patienterna mer engagerade i behandlingen och behandlingen blir mer framgångsrik.

Syfte

Syftet med föreliggande studie var att genomföra AAI-intervjuer med individer som diagnostiserats med borderline personlighetsstörning och utifrån resultatet reflektera över AAI-intervjuns användbarhet i kliniska sammanhang.

Frågeställningar

- Är AAI-intervjun ett användbart instrument i klinisk verksamhet?
- Uppvisar personer som diagnostiserats med borderline personlighetsstörning oftast ett specifikt anknytningsmönster?
- Finns det oftast ett olöst trauma hos personer som diagnostiserats med borderline personlighetsstörning?
- Är det möjligt att använda personers anknytningsmönster utifrån kodning i AAI som prediktor för psykoterapeutisk behandling?
- Är det möjligt att använda personers anknytningsmönster utifrån kodning i AAI som underlag vid upplägg av psykoterapeutisk behandling?
- Kan man använda AAI som ett kompletterande diagnostiskt instrument vid utredning och diagnossättning vid borderline personlighetsstörning?

Hypoteser

Utifrån tidigare forskning antas i den aktuella studien att:

- individer med borderline personlighetstörning ofta har otrygg-överdrivet upptagen anknytningsstil.
- individer med borderline personlighetstörning ofta har olöst trauma enligt AAI.

Metod

Den aktuella studien gjordes i samarbete med ett större forskningsprojekt vid Lunds Universitet. Datainsamlingen inom det större forskningsprojektet skedde under tre sessioner.

Deltagare och rekrytering

Föreliggande studie innefattade åtta deltagare, samtliga kvinnor. Deltagarnas ålder var mellan 20 och 35 år, samtliga var patienter på en allmänpsykiatrisk mottagning i Sydsverige.

Deltagarna rekryterades genom att personal på den allmänpsykiatriska mottagningen ombads bidra med lämpliga deltagare bland de patienter de hade i behandling. Deltagarna tillfrågades av sin behandlare om de var intresserade av att delta i studien och författarna ringde sedan upp för att bestämma tid för en screening och första session och där gavs deltagarna även möjlighet att ställa frågor kring studien. Deltagarna rekryterades också genom tryckta annonser på den allmänpsykiatriska mottagningens anslagstavlor i väntrummet. Deltagarna ringde då själva upp och anmälde sitt intresse. En deltagare som anmält sitt intresse och kommit vid screening och en första session uteblev sedan från andra sessionen vilket innebar att material som samlats in från den deltagaren inte användes i studien. Hur många personer som tillfrågades om deltagande av behandlare på allmänpsykiatriska mottagningen är inte känt för författarna.

Inklusionskriterier

Den stora studien efterfrågade vuxna deltagare som före 17 års ålder hade utsatts för minst en potentiellt traumatisk händelse. Traumatiska händelser som var angivna i screeningformuläret var: en familjemedlems- eller en nära väns dödsfall, skilsmässa eller separation mellan föräldrar, traumatisk sexuell upplevelse, våld, extrem sjukdom eller skada, alternativt en annan traumatisk erfarenhet som av personen upplevdes som omvälvande med

signifikant inverkan på personens liv eller personlighet. I inklusionskriterierna ingick även att deltagaren skattade upplevelserna som minst 6 på en 7-gradig skala där 1 = inte alls traumatisk, 4 = någorlunda traumatisk och 7 = extremt traumatisk.

Ytterligare ett inklusionskriterie i författarnas studie var att deltagarna skulle ha diagnosticerats med borderline personlighetsstörning. Deltagarnas eventuella övriga diagnoser beaktades inte.

Instrument

AAI-intervjun är en semistrukturerad intervju som utvecklades av Mary Main och kollegor för att möjliggöra klassificering av en persons sinnestillstånd (state of mind) gällande anknytning (Hesse, 1999). Intervjun tog mellan en och två timmar och intervjupersonerna ombads beskriva ett antal anknytningsrelaterade upplevelser, samt resonera kring hur dessa kan ha påverkat deras utveckling. För att besvara frågorna måste intervjupersonen återuppväcka och reflektera kring minnen från sin barndom, samtidigt som denne upprätthåller ett begripligt samtal och berättar en sammanhängande historia för intervjuaren.

Procedur

Inom ramen för det större forskningsprojektets tre sessioner fick deltagarna svara på frågorna i AAI-intervjun under session två. Innan intervjuerna genomfördes med deltagarna förberedde sig författarna genom att noggrant studera instruktionerna för genomförandet av intervjun och genom diskussion med en certifierad AAI-kodare. Utöver detta tränade sig författarna i praktiskt utförande av intervjun genom att intervju bekanta.

Samtliga intervjuer genomfördes i allmänpsykiatriska mottagningens lokaler. Intervjuerna ljudinspelades. Samtliga åtta intervjuer genomfördes och transkriberades av författarna. Författarna var vid tiden för intervjun ovetande om vilka trauman som deltagarna hade angett i screeningformuläret.

Databearbetning

Ljudinspelningarna av anknytningsintervjun transkriberades enligt de officiella utskriftsanvisningarna (Broberg, Ivarsson & Hinde, 1996). Därefter kodades utskriften av certifierad AAI-kodare som oberoende av författarna gick igenom texterna och gjorde en bedömning av deltagarnas sinnesstämning avseende anknytning och grad av olöst/ointegrerat trauma.

Etik

Det större forskningsprojektet som den aktuella studien är en del av godkändes av Etiknämnden innan den aktuella studien påbörjades. Alla deltagare informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst under studiens gång och fyllde i ett skriftligt samtycke. Varje deltagare tilldelades ett ID-nummer och allt testmaterial förvarades i ett låst skåp på Institutionen för psykologi vid Lunds Universitet. Författarna förvarade intervjuerna innan färdigställandet av transkriberingen på säker plats. Allt material var avidentifierat. Eftersom AAI-intervjun kan förväntas väcka starka känslor, särskilt för personer som upplevt potentiellt traumatiska händelser, erbjöds alla deltagare att vid behov kontakta författarna för ett uppföljande samtal. Alla deltagare informerades om att studien var fränkopplad allmänpsykiatriska mottagningens verksamhet och därför inte på något sätt påverkade deras behandling på mottagningen. Författarna hade ingen behandlingskontakt med deltagarna. För att deltagarnas identitet inte ska röjas i detta examensarbete är de citat som använts omskrivna.

Resultat

Resultatet från de åtta AAI-intervjuerna med kvinnor diagnostiserade med borderline personlighetstörning presenteras först utifrån kodat anknytningsmönster. Därefter visas en sammanställning kring hur många som kodats under varje anknytningskategori. Slutligen exemplifieras de olika kategorierna genom citat eller korta utdrag från de transkriberade intervjuerna med tillhörande kommentarer. Dessa citat/utdrag har omformulerats för att inte deltagarnas identitet ska röjas.

Tabell 2. Varje deltagares klassificering:

Kvinna 1	Olöst avseende trauma/förlust Otrygg-avfärdande
Kvinna 2	Otrygg-överdrivet upptagen
Kvinna 3	Olöst avseende trauma/förlust Otrygg-överdrivet upptagen/Cannot Classify
Kvinna 4	Otrygg-avfärdande/Cannot Classify
Kvinna 5	Trygg-autonom
Kvinna 6	Olöst avseende trauma/förlust Cannot Classify

Kvinna 7	Olöst avseende trauma/förlust Otrygg-överdrivet upptagen
Kvinna 8	Olöst avseende trauma/förlust Otrygg-överdrivet upptagen

Tabell 3. Antal kodade i respektive anknytningsmönster:

Trygg-autonom	Otrygg- avfärdande	Otrygg- överdrivet upptagen	Cannot Classify	Olöst avseende trauma/förlust
1 (13%)	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)	5 (63%)

Kategorin Cannot Classify innebär att personen inte använder sig av ett tydligt anknytningsmönster utan kan växla mellan olika. En person kan därför kodas både i kategorin Cannot Classify och någon av de båda otrygga anknytningskategorierna. Kategorin olöst avseende trauma/förlust handlar om ifall personens trauma/förlust inte blivit bearbetad och integrerad utan fortfarande är olöst. När frågor kring förlusten eller traumat kommer i intervjun visar personen tecken på en desorganiserad anknytningsstil även om personen i andra sammanhang under intervjun kan vara sammanhållen. Personen blir därför kodad både i kategorin olöst avseende trauma/förlust och i någon av de andra kategorierna.

En av deltagarna i denna studie uppvisade inget grundmönster och kunde därför inte klassificeras i något av de organiserade mönstren utöver koden Cannot Classify och Olöst avseende trauma/förlust. Deltagaren uppvisade ett mycket osammanhängande tal och tankeflöde, kodaren hade aldrig tidigare satt så låga siffror på State of mind.

Trygg-autonom

Eh ja (um) dem de tröstade mig eh och försökte göra mig glad på något sätt genom att distrahera mig liksom och det har jag liksom försökt tänka på idag att inte göra med mina egna barn utan mer så här oj vad jobbigt att du försöka få dem att bekräfta alltså oh liksom stackars och så blåsa och så medans dem mer var så här oj, oj, oj och så liksom försöka få bort så snabbt som möjligt liksom (um). När jag var sjuk fick jag ofta leksaker och godis så det var väl lite så här ja istället för säga så här okej nu var det, nu var det jobbigt här liksom och vara kvar i den känslan liksom men man skulle hela tiden bort från den (um) um (ja).

Deltagaren berättar på ett reflekterande och trovärdigt sätt. Hon fastnar inte i detaljer eller beskrivningar utan berättar lagom mycket på ett övertygande sätt. Hela intervjun visar tecken på en mentaliserande förståelse.

Otrygg-avfärdande

. . . . {4s} *Mamma ville alltid, om vi var ledsna när vi var små hon ville-- även om hon inte kunde hjälpa så ville hon lyssna (mm) hon ville förstå (mm).-- Hon ville ta bort -- det som -- gjorde ont--och så (mm). . . {3s} Både fysiskt och psykiskt.*

. {9s} *Ja det kunde ju vara när-- när man hade gjort något dum-- och pappa gjorde som vanligt-- öh gav oss smisk så kunde mamma stanna--öhh till efteråt och ville ju höra versionen varför (mm) detta hände. -- Istället för att göra som pappa (mm) utan hon ville veta vad var det som hände och--(mm) alltihopa (mm). . . {3s} Så hon brydde sig väldigt mycket om ens känslor (mm). {7s}*

I denna intervju kan man misstänka en idealisering av modern. Deltagarens föreställning är att modern ville lyssna men samtidigt så upplevs inte detta trovärdigt då modern inte protesterade då fadern slog. Deltagaren använder positiva adjektiv om fadern som sedan motsägs i de beskrivna minnena. Deltagaren lägger i hela intervjun mycket skuld på sig själv för de situationer som uppstår och avfärdar i viss utsträckning betydelsen av sina anknytningserfarenheter.

Otrygg-överdrivet upptagen

-- Och mamma. . . {3s} *m för tillfället har jag väl lite förakt för henne (mm)-- för att den senaste--tiden har jag--bara öppnat mig bara vällt ut allting som jag har känt-- vid skilsmässan och vad-- hennes beslut i livet och hur jag har haft det och-- allt kom som en chock i och med att jag aldrig pratar (mm). Sen så. . . {3s} har det inte varit mer med det och hon pratar precis som att-- det aldrig har hänt (mm) det känns likadant att-- så här tycker jag men det är ingen mening med det. Behåll det för dig själv (mm).-- Så det känner jag ju för mamma. Att jag är (besviken) ja älskar henne men litar inte (mm mm).*

I det språkliga kan man se en aktuell ilska och en ambivalens, deltagaren är upptagen av ilskan idag. Det finns en kvarvarande svårighet med emotionsreglering och relationer.

Cannot Classify

. . . . {5s} Ja. . . {3s} man fick alltid sin vilja igenom-- av pappa (**mm**)-- och man kände att—jag betydde allt-- för honom (**mm**) öh eller betyder allt för honom-- han skulle kunna göra vad som (**mm**) helst för en (**mm**). Öh så har jag väl känt-- sedan jag var-- liten, jag har väl aldrig helt litat på honom-- för det har väl känt som att är det någon som ska klara av någonting så är det mamma (**mm**). För hon har alltid varit rak och ärlig-- och-- många gånger har det sårat en (**mm**) för hon tänker inte på vad hon säger (**okej**) men samtidigt så vet jag ska det vara ett ärligt svar så ska jag gå till min mamma (**mm**).-- Så jag älskar min mamma jättemycket men-- jag tycker hon kan vara väldigt egocentrisk (**mm**)-- emellanåt (**mm**). -- Så det är väl den jag älskar båda mina föräldrar men det är väl den uppfattningen jag har (**mm**) haft (**mm**). . . . {3s}

Deltagaren ger motsägelsefulla bilder av sina föräldrar utan att reflektera kring detta. Det finns en brist på koherens i hela intervjun. Deltagaren visar inte en enhetlig strategi avseende anknytning.

Olöst avseende trauma/förlust

Ja men alltså det är typ i kanske vid åtta nio (**um**) eh. . . . {4s} fast ja det är inte exakt det jag sa om med skrikande det det är ett helt annat men (**um**) jag minns att jag brukade alltså jag jag och min lillasyster brukade leka väldigt mycket och vi var väldigt vad ska man säga högljudda och vi brukade så här slåss och sånt alltså jag var väldigt barnslig för min ålder kanske eller man kanske var så när man var då eh och min mamma brukade alltså hon tål tålde inte sådant det var väl för mycket så vad ska man säga oljud och så så hon bad oss alltid att sluta men jag lyssnade aldrig och hon hade alltid sån där sin tre alltså hon sa ifrån tre gånger eller två gånger (**um**) och sen om man inte lyssnade den tredje gången så blev det helt liksom det blev det var som hon blev en annan person (**um**) eh och jag brukade ju aldrig riktigt lyssna för jag trodde inte det skulle bli så liksom och eh jag. . . . {5s} jag minns inte alls allt liksom jag har bara små glimtar (**um**) men eh jag minns att hon vad heter det typ började alltså typ tog eh jag vet inte exakt om det var ett skohorn eller vad det nu var det är någonting liksom som var nära till hands och eh så började hon slå på mig alltså hon var fruktansvärt arg (**um**) hon skrek ju sånt och jag jag minns inte hur detta förflyttar sig för detta var i hallen och sen så var vi inne i vardagsrummet liksom så och sen så typ tittar jag väldigt alltså det här minns jag så att jag tittar väldigt mycket på henne för att jag ville kunna förutse hennes liksom vad ska man säga hennes vad hon ska göra liksom

(um) och så och hon tog det som trots liksom att jag tittade på henne väldigt så liksom tittade henne i ögonen liksom verkligen och då blev hon ännu mer ilsken (um) så det minns jag men jag tittade ju bara för jag ville förutse vad hon tänkte göra men hon tog det som trots (um vad hände då?) Alltså det enda jag minns då är när jag var alltså jag minns inte hur detta slutar eller nåt jag minns bara att jag hade väldigt mycket blåmärken och så (um).
 {7s}

Deltagaren lägger mycket skuld på sig själv. Det finns brister i tal och tänkande. Hon lever sig in i händelsen och dåtid blir nutid vilket tyder på att traumat är olöst. Deltagaren ger långa och detaljerade beskrivningar och tecken på dissociation.

Diskussion

Till den kliniska verksamheten kommer personer som beskriver olika former av symtom och som är hjälpsökande. Inom primärvårdens uppdrag ligger att behandla personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa, såsom enklare ångestproblematik, lindrig till medelsvår depression och kriser. Behandlingen som utförs av psykologer och kuratorer är oftast korttidsterapi i form av KBT (mellan tre till femton samtal). Denna terapi innebär ett samarbete mellan terapeut och patient där patienten också förväntas vara aktivt delaktig och också göra hemuppgifter. Det finns en tydlig struktur och man jobbar också mot ett klart uttalat mål vilket kräver mycket av patienten. Ibland märker terapeuten en bit in i behandlingen att patienten har svårt att klara av strukturen och kanske inte gör sina hemuppgifter, de kanske också lämnar återbud eller uteblir. Det kan vara svårt att få till ett bra samarbete och nå målen inom den tidsram som finns. En del kanske avbryter behandlingen men återkommer igen när de åter mår dåligt. Det är svårt att avsluta patienterna samtidigt som de heller inte får den behandling som problematiken kräver och man börjar då misstänka en mer komplex problematik, t ex personlighetsstörning. Patienten kan i dessa fall skickas via remiss till psykiatri för bedömning och önskemål om övertag. När remissen kommer till den psykiatriska mottagningen bedöms den oftast av ett team som tar beslut om patienten anses behöva specialiserad psykiatrisk vård. Ibland skickas remissen åter eftersom den psykiatriska mottagningen inte anser att patientens problematik är av sådan art att den kräver specialist psykiatri. Ofta har allmänläkaren inte satt någon personlighetsstörningsdiagnos och problematiken kanske inte framgår på ett tydligt sätt i remissen. Detta innebär att patienten får vänta eller inte får tillgång till kvalificerad behandling.

På psykiatriska mottagningar är patienter med personlighetstörningar en stor grupp där de flesta inom denna grupp har diagnosen borderline personlighetstörning. Diagnosen sätts ofta efter en personlighetsutredning av en psykolog men ibland kan patienten få vänta på att få rätt diagnos på grund av väntetider. För patienten är det ofta viktigt att få ett namn på sin problematik och en förståelse kring sina svårigheter. De behandlingsmodeller som är utformade för denna problematik är t ex dialektisk beteendeterapi (DBT), mentaliseringsbaserad terapi (MBT), transference focused psychotherapy (TFP) eller schematerapi. I dialektisk beteendeterapi, som är en metod inom KBT, går patienten parallellt i individualterapi och färdighetsträning som oftast är i grupp. Terapeuten har också som uppdrag att vara telefonstöd när patienten behöver stöd i sitt tränande av färdigheter i sitt vardagliga liv. Fokus för behandlingen är affektreglering, färdighetsträning och att vara medvetet närvarande och behandlingstiden är ofta 2 år. I mentaliseringsbaserad terapi (som har en psykoanalytisk grund) går patienterna först i en psykoedukativ grupp där de bland annat får kunskap om sina svårigheter och dess konsekvenser. Patienterna får sedan gruppterapi och individuell psykoterapi parallellt. Fokus för behandlingen är att lära sig mentalisera, dvs. tänka kring sitt eget och andras inre (bl a tankar och känslor). Behandlingen är i renodlad form 18 månader lång. TFP är en psykoanalytiskt grundad behandlingsform som består av individuell psykoterapi två gånger i veckan. Innan behandlingen sker en manualiserad omfattande intervju under tre timmar för att tydliggöra patientens problematik och undersöka patientens behandlingsmotivation. Fokus för behandlingen är att arbeta med affekter här-och-nu mellan psykoterapeut och patient vilka manifesterar sig i överföringen. Behandlingen pågår under ca två till tre år. Schematerapi är en variant av KBT som sker individuellt. Fokus för behandlingen är att tydliggöra och arbeta med de dysfunktionella scheman som utvecklas i tidiga relationer under uppväxten och som sedan präglar fortsatta relationer i livet. Psykoterapin sker två gånger i veckan oftast under tre år. Dessa beskrivna behandlingsformer finns sällan på mindre mottagningar och därför behöver patienterna remitteras vidare till särskilda enheter som ofta ligger på annan ort. Dessa enheter har många gånger långa väntetider och tar oftast endast emot patienter med den svåraste problematiken, t ex ofta förekommande och kraftiga självskaedhandlingar och upprepade suicidförsök. Den behandling som erbjuds på mindre psykiatriska mottagningar är oftast individualkontakter av olika form, t ex psykodynamisk psykoterapi, kognitiv psykoterapi eller stödjande samtal. Ibland erbjuds även gruppbehandling som ofta är inriktade på hantering av specifika symtom. På grund av bristande resurser och kompetens är det inte alltid patientens behov som styr valet av behandling och ibland finns det även väntetider.

För den enskilda patienten kan denna process innebära att man får träffa många läkare och behandlare innan man får rätt hjälp. Samtidigt är det många som inte får tillgång till riktad behandling. Att gång på gång behöva berätta sin historia och beskriva sina symtom för nya människor är känslomässigt påfrestande och patienterna beskriver ofta en uppgivenhet och frustration. En önskan om att förbättra bemötandet och förståelsen för dessa patienter blev en utgångspunkt för denna studie.

Studiens syfte var att undersöka om AAI-intervjun kan vara till nytta för behandlingsarbetet i klinisk verksamhet. För att undersöka detta gjordes AAI-intervjuer med kvinnor med diagnosen borderline personlighetsstörning på en psykiatrisk mottagning för att belysa anknytningsmönster hos en kostnadskrävande och svårbehandlad grupp inom psykiatrisk verksamhet. Utöver denna diagnos har samtliga deltagare varit med om minst en traumatisk händelse innan 17 års ålder. Med utgångspunkt i teori och tidigare forskning formulerades hypoteserna att våra deltagare till största del utifrån AAI-intervjun kommer att koda som otrygg-överdrivet upptagen och olöst avseende trauma/förlust.

AAI-intervjun är skapad för att överraska det omedvetna. I början av intervjun ställs mer allmänna neutrala frågor för att bland annat få igång ett samarbetsklimat. I mitten av intervjun ställs mer känslomässigt laddade frågor kring relationen till anknytningspersonerna och kring upplevda trauma och förluster. Intervjun avslutas med frågor kring vad intervjupersonen lärt sig av sina egna erfarenheter och vad personen utifrån detta önskar ge till sina egna barn. Intervjun är uppbyggd för att avsluta på ett mer neutralt och icke-känslomässigt laddat sätt.

Att göra intervjuerna upplevdes av författarna som svårt på flera olika sätt. I intervjuerna väcks mycket känslor hos deltagarna som det inte finns någon möjlighet att spegla, bekräfta, reglera och följa upp. Författarna upplevde det som svårt att kliva ur rollen som terapeut vilket också nämns av Levy och Kelly (2009). Hos författarna väcktes känslan av att deltagarna övergavs även om det gavs möjlighet för deltagarna att komma för ett uppföljande samtal. Intervjuerna fick ta del av något ur deltagarens innersta och känslan var att något betydelsefullt delades under intervjun. Det fanns en vetskap om att samtliga deltagare hade en behandlingskontakt på mottagningen men denna behandlingskontakt kunde se väldigt olika ut beroende på kompetens och behandlingsöverenskommelse. Detta väcker funderingar kring vikten av att det är patientens psykoterapeut som gör anknytningsintervjun om den ska göras i bedömnings syfte. Detta för att skapa en öppenhet kring att prata om dessa

upplevelser och de känslor som väcks under intervjun och kunskapen att det redan under ett första samtal skapas någon form av förtroende och allians, något som också nämns av Steele och Steele (2008). Samtidigt kan man reflektera kring de olika roller man måste kliva in i, först som intervjuare och sedan som psykoterapeut och de problem detta skulle kunna medföra där det kan vara viktigt att vara tydlig gentemot deltagaren kring dessa skilda roller. Ingen av deltagarna hörde av sig till författarna för ett uppföljande samtal men kunde under och efter intervjun uttrycka att det väcktes mycket känslor.

Uppvisar personer med borderline personlighetsstörning oftast ett specifikt anknytningsmönster och har de ofta ett olöst trauma?

Resultatet av denna studie visar att fyra deltagare (50%) kodas som otrygg-överdrivet upptagen. En person kodas som trygg-autonom och två som otrygg-avfärdande (25%). Av deltagarna kodas ca 63% som olöst avseende trauma/förlust. 25% kodas som Cannot Classify. En av deltagarna kodas inte i något av de organiserade anknytningsmönsterna utan kodas enbart som Cannot Classify och olöst avseende trauma/förlust. Studiens resultat bekräftar hypoteserna att personer med borderline personlighetsstörning ofta kodas som otrygg-överdrivet upptagen och olöst avseende trauma/förlust. Andelen kodade i dessa två kategorier stämmer väl överens med resultaten från tidigare forskning av Fonagy et al. (1996) och Barone, Fossati och Guiducci (2011). Eftersom ett inklusionskriterium för denna studie var att deltagarna skulle ha varit med om minst en traumatisk händelse före 17 års ålder är det svårt i denna studie att generellt dra slutsatsen att personer med borderline personlighetsstörning oftast har ett olöst trauma/förlust. Tidigare studier har dock visat på detta samband liksom författarnas erfarenhet utifrån mångårigt arbete med kliniska grupper.

Är det möjligt att använda anknytningsmönster utifrån AAI som prediktor för psykoterapeutisk behandling?

Det finns lite forskning kring anknytningsmönster mätt med AAI och utfall av psykoterapi. Fonagy et al. (1996) studie visade att i gruppen patienter som kodats med otrygg-avfärdande anknytningsmönster förbättrades flest ett år in i psykoterapin. Även patienter kodade med otrygg-överdrivet upptagen anknytning och trygg-autonom anknytning förbättrades men inte lika många som i ovanstående grupp. Även en studie av Gerber (2004) visar att personer med otrygg-avfärdande anknytningsmönster får bäst effekt av psykoterapi.

Författarna diskuterar om resultatet av dessa studier skulle kunna användas i klinisk verksamhet när man fattar beslut om behandling. Ska patienter kodade som otrygg-avfärdande anknytning prioriteras först för psykoterapi? Är det psykoanalytisk behandling som är den behandling som ger bäst resultat för denna grupp patienter? Är det alliansen som påverkat det förbättrade resultatet utifrån den kunskap som finns från tidigare forskning att i psykoterapi med patienter med otrygg-avfärdande anknytningsmönster är alliansen jämn fram till behandlingens avslutningsfas? Att prioritera patienter kodade med otrygg-avfärdande anknytning skulle vara svårt eftersom det kanske inte alltid är dessa patienter som har det största lidandet. I besluten kring psykoterapi måste även andra faktorer vägas in, t ex problematikens svårighetsgrad, suicidalitet, självdestruktivt beteende, ålder och ev. föräldraskap. Utifrån endast denna studie tänker författarna att det är svårt att dra slutsatsen att det är denna behandlingsform (psykoanalytisk psykoterapi) som ger bäst resultat för patienter kodade med otrygg-avfärdande anknytningsmönster. För att kunna använda anknytningsmönster enligt AAI som en prediktor behövs mer forskning som visar liknande resultat men det är en intressant frågeställning som skulle kunna vara till stor hjälp vid de svåra beslut som finns i klinisk verksamhet där man ofta måste prioritera bland patienterna p g a bristande psykoterapeutiska resurser.

Är det möjligt att använda personers anknytningsmönster utifrån kodning i AAI som underlag vid upplägg av psykoterapeutisk behandling?

En av frågeställningarna i denna studie är om AAI-intervjun kan vara till hjälp som underlag vid upplägg av psykoterapeutisk behandling. Tidigare forskning som nämns av Slade (2008) visar att det är svårare för personer med otrygg anknytning att se psykoterapeuten som en "trygg bas" men lyckas man åstadkomma detta så skapas ett större engagemang för psykoterapin och den blir mer framgångsrik vilket antyder att det är viktigt att skapa en allians med patienten. Styrkan på alliansen under psykoterapins gång ser enligt Kanninen, Salo och Punamäkis studie (2000) också olika ut beroende på patientens anknytningsmönster. Enligt denna forskning bör en psykoterapeut fokusera extra på alliansskapande i mitten av psykoterapin med patienter med otrygg-överdrivet upptagen anknytning eftersom det då ofta sker en nedgång i alliansen, troligen på grund av att känsliga ämnen ofta lyfts upp i denna fas av terapin. Patienter med otrygg-avfärdande anknytning har ofta svårt att separera när de väl knutit an och ett sätt för dem att hantera detta kan vara att distansera sig från sin terapeut. Därför bör terapeuten fokusera extra på alliansen i slutet av terapin med dessa patienter. I psykoterapi med patienter med trygg anknytning uppstår inte

samma kraftiga svängningar i alliansen utan den är mer stabil under psykoterapins gång vilket gör att man inte behöver aktivt arbeta med alliansen på samma sätt. Vetskapen om vilket anknytningsmönster patienten har kan hjälpa terapeuten att vara uppmärksam på svängningarna i alliansen och försöka motverka dessa för att förhindra att patienten avbryter behandlingen.

Tidigare forskning, som beskrivs i Diamond et al. (2014), kring reflekterande funktion och mentalisering visar att det hos personer med otrygg anknytning finns brister i den reflekterande och mentaliserande förmågan. Ett fokus för en psykoterapi skulle därför kunna vara att träna patientens reflekterande förmåga, bland annat att tänka kring sitt eget och andras tänkande och sin egen ”inre arbetsmodell av nära relationer”. AAI-intervjun kan här användas för att få en bild av patientens förmåga och begränsningar på detta område.

Problematiken hos personer med otrygg-avfärdande och otrygg-överdrivet upptagen anknytning ser olika ut även om båda kategorierna har svårigheter med relationer. De med otrygg-avfärdande anknytning behöver träna sig i att vara i en relation och våga närma sig sina känslor. Motsatt behöver de med otrygg-överdrivet upptaget anknytningsmönster våga ifrågasätta och reglera sina känslor mer. Psykoterapi med dessa personer behöver därför utformas på olika sätt. Psykoterapi med personer med otrygg-överdrivet upptagen anknytning har i klinisk verksamhet alltmer övergått till gruppbehandling ibland kombinerad med individualpsykoterapi (t ex DBT och MBT). Den problematik som visat sig i gruppbehandlingen är sedan möjlig att arbeta med individuellt och det man arbetat med individuellt är möjligt att träna i grupp. Personer med otrygg-avfärdande anknytning kanske har ett större behov av individuell psykoterapi för att våga knyta an och låta någon komma nära där terapeutens funktion som ”trygg bas” är mycket väsentlig. Utifrån detta resonemang är en skattning av anknytningsmönster kanske viktigare än diagnostisering enligt DSM-IV och ICD-10 när det kommer till val av behandling.

Personer med otrygg-överdrivet upptagen anknytning är i hög grad fokuserade på relationer. I klinisk verksamhet arbetar man ofta i team där en patient kan ha flera behandlare parallellt (t ex läkare, psykolog och kurator). Olika yrkeskategorier har olika infallsvinklar och roller vilket gör att relationen med patienten ser olika ut. Patienter med borderline personlighetstörning (ofta personer med överdrivet upptagen anknytning) kan skapa turbulens i teamarbetet genom att förkasta och idealisera de olika behandlingskontakterna. Det är därför viktigt att ha en aktiv kommunikation i teamet kring patienten för att identifiera och försöka

undvika att detta sker, vilket gör att patienten får en bättre behandling. Att ha kunskap kring patientens anknytningsmönster mätt med AAI kan i detta sammanhang vara till hjälp.

Kan man använda AAI som ett kompletterande diagnostiskt instrument vid utredning och diagnossättning vid borderline personlighetsstörning?

Borderline personlighetstörning är en komplex diagnos vilket bl. a innebär att de personer som uppfyller kriterierna ändå kan ha väldigt olika symtombild. Många får också en tilläggsdiagnos inom axel I (t ex depression eller ångeststörning) eller axel II (annan personlighetstörning). Detta påverkar naturligtvis vilken form av behandling som ska sättas in samt fokus för behandlingen. I klinisk verksamhet används diagnossystemet DSM-IV och ICD-10 där patienterna diagnostiseras utifrån beskrivna symtom. Tidigare forskning visar att det finns en tendens att individer inom en klinisk grupp (t ex ångest, depression, olika former av personlighetstörningar m.m.) ofta kategoriseras i samma anknytningsmönster enligt AAI. I klinisk verksamhet ska alla patienter få en diagnos och syftet med detta kan bland annat vara att försöka anpassa behandlingen på bästa sätt där hänsyn också tas till ekonomiska förutsättningar och befintliga resurser. Även om det finns en tendens att personer med en viss diagnos kategoriseras i ett visst anknytningsmönster så finns det ändå många individer som fått samma diagnos som inte hamnar i samma anknytningskategori. AAI-intervjun skulle därför kunna vara ett komplement till de vanliga diagnossystemen för att kunna individanpassa behandlingen på bästa sätt och inte enbart utifrån diagnos.

Är AAI ett användbart instrument i klinisk verksamhet?

En reflektion kring detta är att AAI-instrumentet är tidskrävande och därigenom kostsamt. Det kräver också kunskap/utbildning och mycket erfarenhet för att kunna användas men har samtidigt en hög validitet. Utifrån hur den kliniska verksamheten ser ut idag är det svårt att se en implementering av AAI-instrumentet som möjlig både på grund av kunskapsbrist och ekonomi. Samtidigt visar forskningen bl a van IJzendoorn (1995) att otrygga och disorganiserade anknytningsmönster går i arv från generation till generation vilket är mycket kostsamt både för individen och samhället. Författarnas upplevelse är att det anknytningsteoretiska perspektivet allt mer försvunnit i vuxenpsykiatrisk verksamhet med dess allt större fokus på symtombild och medicinering. Det är därför viktigt att denna teori får en större plats och att den levandegörs i diskussioner i denna verksamhet.

Ett sätt att fundera kring dilemmat ekonomi och behovet av att sätta anknytning i fokus skulle kunna vara att man tar tillvara den kunskap AAI-instrumentet gett utan att använda intervjun fullt ut. Alltså att man i bedömningssamtal fokuserar på hur patientens berättelse framträder, dvs. sammanhanget i språket och förmågan till reflektion och flexibilitet. En annan viktig lärdom instrumentet ger är att man vid bedömningar inte ska nöja sig med generella vaga beskrivningar utan att patientens beskrivningar ska exemplifieras med upplevda minnen/händelser. Författarnas slutsats utifrån studiens övergripande frågeställning blir att AAI är en användbar metod i klinisk verksamhet då den ger mycket värdefull information som egentligen är väldigt grundläggande i en människas liv och utveckling.

Styrkor och svagheter med studien

Huvudsyftet med studien var att undersöka möjligheten att använda AAI i klinisk verksamhet. Det kan därför vara en styrka att i föreliggande studie har AAI använts i den kliniska verksamheten med patienter på en psykiatrisk mottagning. Detta har inneburit att det har varit möjligt att observera patienternas reaktioner och egna upplevelser. Att prova instrumentets användbarhet i en normalpopulation hade troligtvis inte gett samma inblick och erfarenhet. Svagheter i denna studie är att den undersökta gruppen är liten vilket påverkar de slutsatser som kan dras i förhållande till en större population. Det faktum att samtliga deltagare hade minst ett upplevt trauma, vilket var ett kriterium för att kunna delta, gör generaliserbarheten av resultaten ännu mer begränsad. Deltagarnas eventuella övriga diagnoser har inte tagits hänsyn till i studien men tidigare forskning har visat att detta påverkar vad gäller klassificering av anknytningsmönster. I klinisk verksamhet är det dessutom vanligt att patienterna har mer än en diagnos. Deltagarna var samtliga under behandling på en psykiatrisk mottagning men det var okänt för författarna vilken form av behandling deltagarna fick och eventuellt hade fått tidigare. Tidigare forskning har visat att det är möjligt att i en psykoterapi förändra anknytningsmönster. Studien visar bara vilket anknytningsmönster deltagaren uppvisar vid intervjun. Kanske har deltagarens anknytningsmönster förändrats under en behandlings gång vilket också påverkar generaliserbarheten. Studien har innefattat åtta kvinnor med borderline personlighetsstörning. Är män med denna diagnos mindre villiga att delta eller är det övervägande kvinnor som får denna diagnos? Författarna har funderat kring hur fördelningen mellan kvinnor och män med denna diagnos ser ut. Ser symtombilden annorlunda ut hos män, får de en annan diagnos? Författarnas erfarenhet talar för att diagnosen är mindre vanlig hos män.

Etisk diskussion

Sammanfattningsvis väcker användningen av AAI-intervjun vissa etiska funderingar kring hur rekryteringsform kan ha påverkat deltagarnas önskan att delta (beroendeställning), hur känslomässigt upprivande intervjun var för deltagarna och en ovisshet kring hur deltagarna efter intervjun fick hjälp av sin behandlare att hantera dessa känslor som väckts. Deltagarna rekryterades genom att behandlare på mottagningen frågade sina patienter som uppfyllde ovan nämnda kriterier om de önskar delta. Några deltagare anmälde sig själva utifrån tryckta annonser på mottagningens anslagstavla. Författarna reflekterar kring hur detta faktum påverkat deras deltagande. Kan det faktum att de tillfrågats av sina behandlare gjort det svårt för patienterna att tacka nej? Kan det vara så att patienterna kände oro för hur deras eventuella nej skulle påverka behandlingen även om det tydligt informerades kring att intervjun inte hade någon koppling till mottagningens verksamhet. Samtidigt har författarna inte någon vetskap kring om någon tackat nej och hur många i så fall. Författarna har också funderingar kring varför patienterna tackat ja till att delta. Patienterna tillfrågades inte om detta men flera uttryckte spontant att de ville hjälpa andra med samma svårigheter och erfarenheter genom sitt deltagande och att de tyckte det var viktigt med forskning inom detta område. Ytterligare reflektioner hos författarna är hur det faktum att intervjuerna utfördes på den psykiatriska mottagningen där patienterna har sin behandling påverkar. På mottagningen är deltagarna patienter och är i en beroendeställning. Samtidigt kan den psykiatriska mottagningen uppfattas som en trygg plats för patienterna vilket kan ha påverkat deras önskan att delta. Att intervjuerna utfördes på mottagningen kan också ha underlättat för patienterna rent praktiskt, de vet var mottagningen är och det är enkelt för dem att ta sig dit.

Förslag till vidare forskning

Som förslag för vidare forskning tänker författarna att det kan vara intressant att studera män med diagnosen borderline personlighetstörning utifrån ett anknytningsperspektiv. Utifrån författarnas erfarenhet att män med denna diagnos är mindre vanliga inom psykiatrisk verksamhet skulle det vara intressant att undersöka möjliga orsaker till detta. Att titta på om det finns kulturella skillnader beträffande anknytningsmönster i kliniska grupper är också ett område som kunde forskas vidare kring. Vidare forskning behöver också fokusera på vad som är verksamt i en psykoterapi. Vad är det som möjliggör en förändring från ett otryggt anknytningsmönster till ett tryggt anknytningsmönster? Det behöver också forskas vidare

kring anknytningsmönster kopplat till utfall av psykoterapi. Som en avslutande reflektion skulle det vara värdefullt med forskning som undersöker möjligheten att konstruera en förenklad version av anknytningsintervjun med samma validitet. En sådan version skulle enklare kunna användas i klinisk verksamhet.

Referenser

American Psychiatric Association. MINI-D IV: *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. (1995). Pilgrim Press.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental psychology*, 29, (5), 870-879.

Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11 (3), 223-263.

Barone, L. (2003). Developmental protective and riskfactors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5 (1), 64-77.

Barone, L., Fossati, A., & Guiducci, V. (2011). Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 13 (5), 451-469.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 36-51.

Broberg, A., Ivarsson, T., & Hinde, M. (1996). *Anknytningsintervjun: En metod för att studera vuxnas mentala representationer av sina barndomserfarenheter. Rapport från Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet*. Göteborgs universitet, Psykologiska Institutionen.

Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.

Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bowlby, J. (2010). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av anknytningsteorin* (2. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Crowell, J. A., Fraley, C. R., & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, P (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd. ed.) (pp. 599-634). New York: The Guildford Press.

Daniel, S. I. F. (n. d.) *Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. Clinical Psychology Review*. Retrieved 8 February 2006, from University Clinic, Department of Psychology, University of Copenhagen:
<http://www.sciencedirect.com>

Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without comorbid narcissistic personality disorder in Transference Focused Psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50:1-2, 175-210.
doi: 10.1080/00107530.2014.880316

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgit, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and it's significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 201-218.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Matton, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 22-31.

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (3), 412-459.

Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: The Guildford Press.

Kanninen, K., Salo, J., & Punamäki, R. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research* 10 (4), 435-449.

Levy, K. M., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference-Focused Psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (6), 1027-1040.

Levy, K. N., & Kelly, K. M. (2009). Using interviews to assess adult attachment. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: The Guildford Press.

Levy, K.N., Scala, W., Temes, C.M., & Clouthier, T.L. (2015) An integrative attachment theory framework of personality disorders. In Huprich, Steven K. (Ed), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment*. Washington, D.C. : American Psychological Association.

Macfie, J., Swan, S. A., Fitzpatrick, K. L., Watkins, C. D., & Rivas, C. M. (2014). Mothers with borderline personality and their young children: Adult Attachment Interviews, mother-child interactions, and children`s narrative representations. *Development and Psychopathology, 26*, 539-551.

Ottosson, J. (2004). *Psykiatri* (6. uppl.). Stockholm: Liber AB.

Riggs, S.A., Jabovitz, D., & Hazen, N. (2002). Adult attachment and history of psychotherapy in a normative sample. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 39* (4), 344–353.

Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guildford Press.

Stovall-McClouogh, K.C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved Attachment, PTSD, and Dissociation in Women With Childhood Abuse Histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (2), 219–228.

Steele, H., & Steele, M. (2008). Ten clinical uses of the Adult Attachment Interview. In H. Steele., & M. Steele (Eds.), *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (pp.3-30). New York: The Guildford Press.

Steele, H., Steele, M., & Murphy, A. (2009). Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 19* (6), 633-634.

van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117* (3), 387-403.

van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, (1), 8-21.

Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Development, 71* (3), 678-683.

Waters, E., Weinfield, N.S., & Hamilton, C.E. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child Development, 71* (3), 703-706.

Weinfield, N.S., Whaley, G.J.L., & Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: Sequelae of organization and disorganization. *Attachment & Human Development, 6* (1), 73-97.

Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.

