



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

# **Anknytningsmönster hos patienter med bipolär sjukdom**

**Olga Wawrysewycz**

Psykoterapeutexamensuppsats. Årtal 2018

Handledare: Håkan Johansson

Examinator: Lars-Gunnar Lundh

## Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka anknytningsmönster hos patienter med bipolär sjukdom. Vilket anknytningsmönster var mest framträdande hos patienter med bipolär diagnos? Fanns det samband mellan stämningläget och skattade anknytningsmönster? Självskattningsformuläret Relationship Questionnaire (RQ-Swe) användes som mätningssinstrument. Även frågor om patientens kön och ålder och stämningläge ställdes. Patienter med bipolär diagnos som behandlas i den Allmänpsykiatriska öppenvården i två medelstora svenska städer tillfrågades om att delta i studien. 37 patienter tackade ja till att delta i studien. Resultatet visar att otrygg anknytning, 64,86 %, var vanligast i undersökningspopulationen. Studien visade skillnader i anknytning beroende på kön. Olika fördelning av anknytningsmönster noteras bland män och kvinnor och det förekommer signifikanta skillnader mellan enskilda skattningsskalor bland de grupperna. Män hade endast trygg (sex fall, 54,55%) eller undvikande-avvisande anknytning (fem fall, 45,45%). Kvinnor hade alla fyra anknytningsmönster - trygg anknytning sju fall (26,92%), undvikande-avvisande anknytning tre fall (11,54%), ambivalent anknytning fem fall (19,23%) och undvikande-rädd anknytning elva fall (42,31%). Kvinnorna hade också signifikant högre värde på skalorna avsedda att mäta ambivalent och undvikande-rädd anknytning. Det fanns ingen signifikant skillnad i anknytningsmönster beroende på ålder eller stämningläge.

Keywords: anknytning, anknytningsmönster, bipolär sjukdom

## Innehållsförteckning:

Inledning.....	4
Bipolär sjukdom.....	4
Anknytning .....	7
Trygg.....	8
Undvikande.....	9
Ambivalent.....	9
Desorganiserad.....	9
Anknytning hos vuxna.....	9
Stabilitet av anknytning.....	10
Anknytning och affektreglering.....	10
Psyisk ohälsa och anknytning.....	11
Bipolaritet och anknytning.....	11
Syfte och frågeställningar.....	12
Metod.....	13
Deltagare och urval.....	13
Mätninginstrument.....	13
Design.....	14
Procedur.....	14
Etiska överväganden.....	15
Dataanalys.....	16
Resultat.....	16
Diskussion.....	20
Metoddiskussion.....	24
Referenser.....	26

## **Inledning**

Bipolär sjukdom har en stark ärftlig komponent och betraktas som en av de ”biologiska” sjukdomarna bland psykiatriska diagnoser (Adler (Red.), 2014). Patienter med bipolär sjukdom upplever ofta svårigheter i nära relationer och med sociala kontakter. Upplevda svårigheter kan vara en konsekvens av sjukdomen i sig men det kan inte vara den enda förklaringen. Patienter i neutral fas, utan aktiva symptom upplever också sådana svårigheter. Det tyder på att det finns fler faktorer än sjukdomen (Greenberg, Rosenblum, McInnis & Muzik, 2014).

En av de faktorer som har betydelse för vårt fungerande i sociala sammanhang är anknytningsmönster. De påverkar vår bild av oss själva och andra och på så sätt påverkar de vårt fungerande i sociala kontakter (Wennerberg, 2010). Det finns också forskning som visar att det finns sammanband mellan otrygga anknytningsmönster och ökad risk för psykisk ohälsa (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Mothander, 2008).

Utifrån detta resonemang kan det vara relevant att undersöka vilka anknytningsmönster som förekommer hos människor med bipolär diagnos, både för att få bättre förståelse av deras problematik och för att kunna erbjuda bättre behandlingsformer. Få studier undersöker anknytning hos bipolära patienter och de studier som finns visar motstridiga resultat.

### **Bipolär sjukdom**

Bipolär sjukdom karakteriseras av återkommande episoder av förhöjt stämningsläge och aktivitetsnivå, kallade mani eller i lindrigare fall hypomani, som i de flesta fall växlar med episoder av depression (Adler (Red.), 2014). Bipolär sjukdom klassificeras både i ICD-10 och i DSM-5 (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013) som en psykisk sjukdom tillhörande gruppen förstämningssyndrom. ICD-10 är den officiella diagnosmanualen i Sverige och en kod (F 31.0-F31.9) anger den aktuella episodens karaktär (Socialstyrelsen, 2017). Det förekommer perioder med depressiva, maniska, hypomana och blandade tillstånd. Perioder utan sänkt eller förhöjt stämningsläge kallas för eutyma (Akiskal, 2005).

Bipolär sjukdom delas in i undergrupper som avspeglar individuella variationer av växlingar i stämningsläge, varav bipolär I och bipolär II är de vanligast förekommande (Allgulander, 2014). Vissa experter urskiljer även åtta typer av bipolär sjukdom men de ingår inte i de officiella diagnosmanualerna DSM-5 eller ICD-10 (Akiskal, 2005).

Bipolär sjukdom typ I är den mest typiska och uttalade formen av bipolaritet och utmärks av tydliga svängningar i stämningsläget mellan nedstämdhet och upprymdhet. Det finns minst en och vanligen flera maniska episoder som i de flesta fall övergår i depressiva episoder och däremellan återgår till perioder med neutralt stämningsläge. Ungefär var tionde patient har täta svängningar. Fyra eller fler svängningar i stämningsläget under ett år kallas rapid cycling (Adler (Red.), 2014; Allgulander, 2014).

Bipolär sjukdom typ II innebär att patienten har en eller flera hypomanier, men aldrig mani. För denna diagnos krävs också att patienten har haft minst en episod av egentlig depression (Adler (Red.), 2014).

Symptom av bipolär sjukdom, särskilt hypomani, kan likna normalvariation i stämningsläge samt är även lätt att förväxla med andra diagnoser. Det finns uppenbara risker för såväl underdiagnostik som över- och feldiagnostik (Adler (Red.), 2014). Samsjuklighet är vanligt. Majoriteten av patienter med bipolär diagnos uppfyller också kriterierna för andra psykiatriska diagnoser, som ADHD, ångestillstånd, impulskontrollstörningar, drogmissbruk och personlighetsstörning (Zimmerman, Galione, Chelminski, Young & Dalrymple, 2011).

Bipolär sjukdom har ett episodiskt förlopp och de akuta episoderna går vanligen över inom några månader. Även efter den akuta perioden har en stor del av patienterna kvar restsymtom främst av depression och kroniskt nedsatt kognitiv förmåga (Adler (Red.), 2014).

Forskning kring bipolär sjukdom typ I och II från olika länder visar en genomsnittlig prevalens på cirka 2 % av befolkningen med en jämn fördelning mellan könen. Livstidsprevalensen är för bipolär sjukdom typ I 0,6 % och för typ II 0,4 % och för andra bipolära former 1,4 % (Adler (Red.), 2014).

Bipolärsjukdom typ I debuterar vanligen i tonåren och hos unga människor (cirka 13-35). Efter det avtar frekvensen av debut fram till ålderdomen (efter 65 års ålder). Debutåldern för bipolär sjukdom typ II är högre än för bipolär sjukdom typ I (Adler (Red.), 2014).

Bipolär sjukdom visar en stor grad av ärftlighet. Studier som gjorda på enäggstvillingar visar ärftlighet hos 70-86 % och 25 % hos tvåäggstvillingar (Dozier, Stovall & Albus, 1999). Det finns också högre förekomst av sjukdomen hos släktingar till individer med bipolär sjukdom än bland allmän befolkning, 10-15 % av första gradens släktingar (Adler (Red.), 2014).

Etiologin till sjukdomen är fortfarande inte känd även om sjukdomen har betydande inslag av ärftlighet (Adler (Red.), 2014). Det handlar förmodligen om samspel mellan biologiska faktorer, ärftlighet och miljö. Omgivningen, inklusive sociala faktorer, påverkar biologiska mekanismer vilka är genetiskt styrda eller påverkar aktivering av vissa gener hos individen under livsloppet (McInnis, Burmeister & DePaulo, 2007). Kestenbaum (1984) refererar i sin artikel till forskning som visar att svårigheter med affektreglering och stresskänslighet förekommer redan i barndomen vilket talar för en viss sårbarhet hos dessa barn. Epigenetiska studier indikerar att upplevd omsorg i tidig ålder kan modifiera genetisk sårbarhet hos individer och öka eller minska risk att utveckla psykisk ohälsa. Upplagd stress i tidig ålder på grund av bristande föräldraomsorg vilken leder till otrygg anknytning hos barn anses påverka uttryck av vissa gener (Champagne & Curley, 2005). Marazziti (m fl., 2007) refererar i sin artikel till neurobiologisk forskning som tyder på att psykosociala faktorer kan ha permanent påverkan på hjärnans funktion och struktur. Aktuell forskning och klinisk erfarenhet visar att det finns samspel mellan miljö och biologiska faktorer i uppkomst och förlopp av bipolär sjukdom (McGowan & Kato, 2008). Den kan också ge en förklaring till varför vuxna med bipolär sjukdom upplever svårigheter i sociala kontakter. Det är känt att sjukdomen är ärftlig och barnets föräldrar uppvisar ofta själv någon slags psykisk ohälsa. Detta påverkar i sin tur deras samspel med barn (Post, 1992).

Sjukdomen har omfattande konsekvenser för drabbade personer gällande deras privata liv, sociala kontakter och fungerande på arbetsmarknad (Greenberg m fl., 2014; Gutiérrez - Rojas, Jurado & Gurpegui, 2011). Enligt en rapport från världshälsoorganisationen (World Health Organization, 2008) placeras bipolär sjukdom i grupp V på en skala I-VII som anger hur allvarligt livet påverkas av olika sjukdomar (grupp I- minst allvarlig funktionsnedsättning, grupp VII-mest allvarlig). Rusner (2012) refererar i sin artikel studier som visar att återkommande episoder av depression och hypomani/mani förekommer hos 90 % av personerna med bipolär diagnos och självmordsrisken anges till 6-15 %. Även personer som har neutral sinnesstämning eller som befinner sig stabil fas av sjukdomen upplever sämre välmående och fungerande i övrigt jämfört med andra somatiska sjukdomar, svår depression eller allmän befolkning (Greenberg m fl., 2014).

Sjukdomens förlopp och symptom påverkar sociala relationer på olika sätt och personer med bipolär sjukdom har sämre förmåga att etablera långvariga relationer. Beye (m fl., 2003) visar i sina studier att alla bipolära patienter oberoende av deras ålder eller ålder av insjuknande upplever bristande socialt stöd och ha färre sociala kontakter. Individer med

bipolär sjukdom har svårigheter med sociala kontakter under hela sina liv. Svårigheterna gäller deras upplevelser av självförverkligande, fungerande i familj, sociala kontakter och kontakter med arbetskamrater. Detta kan vara en konsekvens av sjukdomen i sig men ovan nämnda svårigheter förekommer även när personen med bipolär sjukdom befinner sig i eutynt stämning (Robb, Cooke, Devins, Young & Joffe, 1997). Dåliga sociala kontakter och bristande socialt stöd kan i sin tur påverka sjukdomens förlopp negativt och minskar effektivitet av behandling (Cohen, Hammen, Henry & Daley, 2003; Johnson, Winett, Meyer, Greenhouse & Miller, 1999; O'Connell, Mayo, Eng, Jones & Gabel, 1985).

### **Anknytning**

Anknytning är det speciella, kraftfulla, känslomässiga band som uppstår mellan människor. Johan Bowlby (2010), en av anknytningsteoriens upphovsmän, betraktade anknytningsbeteende som en medfödd, grundläggande drift till att söka och bibehålla kontakt med andra. Människor behöver andra för att överleva. Anknytningssystem står för barnets förmåga att upprätta både fysisk och känslomässig närhet till föräldern nödvändiga för barnets överlevnad och utveckling. Anknytningsbeteende är varje form av beteende som leder till att en person når eller bibehåller närhet till någon annan klart identifierad individ som uppfattas som bättre i stånd att klara världen (Bowlby, 2010, s. 50).

Anknytning formas i samspel med omgivningen under de första levnadsåren. Barnen utvecklar en anknytningsrelation först till några av de närmaste personerna i sin omgivning som står för omvårdnad och kontakt (vanligvis föräldrar). Det finns viss hierarkisk ordning i de relationerna beroende på tid, engagemang och kontinuitet i kontakten med denna person. (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Mothander, 2006). Med ålder minskar behov av föräldrarnas fysiska närvaro. Ju äldre barnen blir desto större betydelse får sociala kontakter med jämnåriga. Anknytningspersonen (oftast föräldrar) fungerar mer som en trygg bas till vilken barnen kan återkomma vid behov (Bowlby, 2010). Ett flertal studier som visar att de barn och unga vuxna som är mest känslomässigt stabila och som bäst utnyttjar sina möjligheter är de vilkas föräldrar uppmuntrat till självständighet samt var tillgängliga när barnen behövde dem (Bowlby, 2010).

Kvaliteten på föräldrars (eller annan anknytningsperson) omvårdnad, deras tillgänglighet och samspel med barnen under det första levnadsåret förklarar sedan individuella skillnader i anknytning. Hur föräldrar svarar på barnets anknytningsbeteende påverkar i sin tur detta beteende (Broberg m fl., 2006). Personers bild av sig själv och andra formas utifrån samspel och respons på barnet från omvårdnadsperson. Detta har inverkan på

såväl personlighetsutveckling, känsloreglering, fungerande i sociala kontakter och även psykisk ohälsa (Wennerberg, 2010).

Bowlby (2010) introducerade det teoretiska begreppet av inre arbetsmodeller vilka är en mental representation av självet och andra och som byggs på tidigare erfarenheter med anknytningspersoner. Inre arbetsmodeller är i stor del automatiserade och omedvetna. Innehåll av arbetsmodeller beror på vad som förmedlas till barnet via dagligt samspel med föräldrarna. Erfarenheter från barnet-föräldrarnas relation internaliseras och bygger en prototyp till alla andra framtida relationer även senare i livet (Bowlby, 2010). De påverkar individens förväntningar på andra samt individens sätt att fungera i sociala relationer. Dessa tidiga erfarenheter byggs på ytterligare med erfarenheter av relationer med andra människor. Olika erfarenheter från olika viktiga relationer generaliseras med tiden och bygger allmänna modeller av själv och andra. På så sätt blir en anknytningsteori även en teori om individens fungerande och sociala relationer i vuxenålder (Broberg m fl., 2006). Arbetsmodellerna antas vara hierarkiskt organiserade och på den högsta nivån i hierarkin finns allmänna modeller av själv och andra. På lägre nivå blir de mer detaljerade och omfattar modeller av själv och andra i specifika relationer, till exempel föräldrarelationer, kärleksrelation, vänskapsrelation. På denna nivå kan modellerna skilja sig i viss grad från varandra beroende på vilka erfarenheter personen hade i de specifika relationerna (Broberg m fl., 2006).

Anknytningsmönster kan betraktas som en grupp av inre representationsmodeller som innefattar tankar, känslor och beteende mönster vilka aktiveras under socialt samspel och påverkar hur man förhåller sig till sig själv och andra (Bowlby, 2010). Olika individers anknytningsmönster tar sig olika uttryck, och baseras på de erfarenheter som barnet gör i samspelet med vårdnadshavarna. Enligt många studier är föräldrarnas lyhördhet viktigast för att förutsäga trygg anknytning (Broberg m fl., 2008).

Anknytningsteoretiker urskiljer tre grundläggande organiserade anknytningsmönster och ett desorganiserat anknytningsmönster hos barn och vuxna (Broberg m fl., 2008; Wennerberg, 2010).

**Trygg.** Tryggt anknutna barn (ca 65-70%) har fått tillräckligt många goda erfarenheter av föräldrar och känner tillit till dem vilken gör att de känner sig fria att utforska världen och skaffa sig nya kontakter. Som vuxen blir man trygg i sig själv och har tillit till andra, man har förmåga att klara sig på egen hand samt att ha nära relationer med andra.



**Undvikande.** De undvikande barnen (ca 15-25%) visar inte sina känslor och behov för att de riskerar att bli avvisade av sina föräldrar. De har lärt sig att inte lita på sin omgivning. Som vuxna försöker de klara sig på egen hand och behåller distans till andra.

**Ambivalent.** Barn med ambivalent anknytningsmönster (ca 10-15%) har både avvisande och omsorgsgivande erfarenheter av sina föräldrar. Föräldrarnas följsamhet gentemot barnen växlar. Detta gör att barnen ofta blir oroligt och söker kontakt med sina föräldrar hela tiden. De har inte tid att utforska sin omgivning för att kunna bygga en känsla av egen kompetens. Som vuxna saknar dessa människor ofta tillit till sig själva och blir känslostyrda. De har ständiga behov av bekräftelse i nära relationer eller undviker närhet på grund av rädsla att bli avvisade.

**Desorganiserad.** Detta anknytningsmönster förekommer i ca 15-20 % av populationen och uppstår när föräldrarnas beteende är så pass oförutsägbart att barnet inte kan utveckla en sammanhållen strategi för att kunna hantera föräldrarna. Samspelet mellan barn och förälder bygger i hög grad på rädsla. Barnets känslor och behov har inte blivit rätt speglade eller tillgodosedda. Som vuxen saknar man både tillit till sig själv och till andra (Broberg m fl., 2008; Wennerberg, 2010).

### **Anknytning hos vuxna**

Anknytningsrelationer skiljer sig från andra typer av vuxna relationer på så sätt att de leder till en känsla av trygghet och samhörighet och utan dem finns känslor av ensamhet och inre oro (Crowell, Fraley & Shaver, 1999a). Parrelationer, syskonrelationer, vänskapsrelationer kan också betraktas som anknytningsrelationer (Broberg m fl., 2006). Det finns också skillnader mellan vuxnas och barns anknytning. Den största skillnaden är att vuxnas anknytningsrelationer bygger på partnerskap och ömsesidighet d.v.s. vuxna växlar i sina roller mellan den som ”ger” och den som ”tar” omsorg (Broberg m fl., 2008; Crowell m fl., 1999a).

Anknytningsbeteende är tydligast i den tidiga barndomen och blir mer subtilt och mindre synligt i vuxen ålder men det kan märkas under hela livscykeln särskild vid stress- och nödsituationer (Bowlby, 2010). Mary Main och medarbetare (Broberg m fl., 2008) utvecklade en metod för att mäta anknytningsmönster hos vuxna i form av en semistrukturerad intervju, Adult Attachment Interview (AAI). AAI har hög reliabilitet och validitet (Broberg m fl., 2008; Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1993).

Anknytningsstilen hos den vuxne avspeglar ofta dennes erfarenheter av anknytningspersoner under uppväxten (Broberg m fl., 2008). Vuxen anknytning delas i fyra kategorier: A- otrygg/undvikande, B- trygg/autonom, C-otrygg/överdrivet upptagen, D-otrygg/desorganiserad. En metaanalys från 1996 visar att 58 % av vuxna i normalpopulation har trygg/autonom anknytning, 24 % har otrygg/undvikande och 18 % har otrygg/överdrivet upptagen. Cirka 19 % har ett otryggt/desorganiserat (olöst) anknytningsmönster (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

### **Stabilitet i anknytningsmönstret**

Anknytningsmönster som utvecklas i barndomen tenderar att kvarstå i vuxen ålder (Bowlby, 2010; Broberg m fl., 2008). Det finns flera longitudinella studier som visar att anknytningsmönster hos vuxna är relativt stabila under ett människoliv (Scharfe & Bartholomew, 1994; Marazzi m fl., 2007) En av förklaringarna till detta kan vara att personer med ett visst anknytningsmönster har en tendens att söka erfarenheter som bekräftar den egna inre arbetsmodell och för att undvika motsägande erfarenheter (Bowlby, 2010). Anknytningen blir med tiden en del av vår personlighet. Anknytningsmönster och inre arbetsmodeller avseende sig själv och andra som byggs i barndomen anses vara centrala faktorer i personlighetens sätt att fungera livet igenom (Bowlby, 2010).

Karterud, Wilberg och Urnes (2014) liksom Broberg (m fl., 2008) refererar dock studier som visar att anknytningsmönster kan ändras om en person utsätts för traumatiserande erfarenheter, negativa livshändelser eller går i terapi.

Enligt Bowlby (2010) är utveckling av anknytning oberoende av kön. Detta bekräftas av många studier som använder Adult Attachment Interview (AAI) (till ex. Bakermans-Kranenburg och van IJzendoorn, 2009 eller Bakermans-Kranenburg och van IJzendoorn, 2010) som inte visar några signifikanta skillnader mellan män och kvinnor när det gäller fördelning av anknytningsmönster. Även studier avsedda att mäta anknytning i kärleksrelationer visar inga skillnader (Hazan&Shaver, 1987).

### **Anknytning och affektreglering**

Anknytning har en stor betydelse för såväl utveckling av ett stabilt själv, mentaliseringsförmåga och affektreglering (Fonagy, Gergely & Target, 2007). Affektreglering innebär flexibel och förnyad tolkning av emotionella signaler i en pågående social interaktion samtidigt som egna emotionella reaktioner och uttryck regleras (Karterud m fl., 2014, s.67). Barnet föds utan förmåga till att identifiera och reglera sina tillstånd och affekter. Denna

förmåga utvecklas bland annat genom anknytningsrelationer. Anknytningsrelationen måste vara tillräckligt trygg för att förmågorna ska utvecklas till fullo. Tryggt anknutna barn visar senare i livet bättre självkontroll och känslomässig regleringsförmåga (Broberg m fl., 2008). Föräldrar-barn relation som är oförutsägbar och otrygg förorsakar att anknytningsystem aktiveras oftare än vid trygg relation vilken förorsakar inaktivitet av neuronala strukturer som har ansvar för social förståelse och affektreglering. En trygg anknytning är särskild viktig för utveckling och mognad av högra hjärnhalvan som är specialiserad på emotioner och social förståelse (Fonagy m fl., 2007; Karterud m fl., 2014; Wennerberg, 2010).

### **Psykisk ohälsa och anknytning**

När det gäller anknytning och psykisk ohälsa är det bekräftat i ett antal studier att otrygg anknytning visar ett signifikant direkt samband med senare psykisk ohälsa (Broberg m fl., 2008; Karterud m fl., 2014). I enlighet med stress – sårbarhetsmodellen ökar risken att utveckla psykopatologi vid otrygg anknytning. Anknytningen utgör en skydds- respektive sårbarhetsfaktor för senare utveckling av psykopatologi. Ju otryggare barnet är i sin anknytning, desto större är risken för att potentiellt traumatiserande upplevelser ska resultera i bestående psykopatologiska symptom (Wennerberg, 2010). Personer med trygg anknytning fungerar allmänhet bättre i olika sammanhang, både när man undersökt arbetsliv, fritid, relationer med familjen och sociala nätverk (Crowell m fl., 1999a). En metastudie baserad på 33 studier med såväl olika diagnosurval som urval ur normalpopulationen visar att från den kliniska gruppen har endas 8 % trygg anknytning, jämför med 56 % i normalpopulationen och att 40 % har desorganiserad anknytning jämfört med 18 % i normalpopulationen (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

### **Bipolaritet och anknytning**

Det finns bara några få studier som undersöker anknytning hos personer med bipolär diagnos. Greendberg m.fl., (2014) lyckades endast hitta åtta studier i sin metastudie som handlade om anknytning och bipolär sjukdom efter sökning i databaserna Pub Med, Medline och PsychINFO. Bara fem av dem handlade om anknytningsmönster hos vuxna med bipolär sjukdom.

Det förekommer också en del svårigheter med att jämföra resultat från olika studier eftersom det används olika självskattningsinstrument eller som mäter olika typer av anknytning som mot föräldrar, i kärleksrelation eller mot andra människor generellt (Maunder & Hunter, 2009). Därför ska man vara försiktig med att dra alltför generella och långtgående slutsatser av dessa studier. En del av studierna visar även motstridiga resultat.

Studier visar att otrygg anknytning är vanligare hos personer med bipolär sjukdom jämfört med en kontrollgrupp (Kökçü & Kesebir, 2010; Marazziti m fl., 2007; Morriss, van der Gucht, Lancaster & Bentall, 2009; Rosenfarb, Becker & Khan, 1994). Studier av Kökçü och Kesebir (2010) visar att 70,5% av bipolära patienter har otrygg anknytning jämfört med 17,9 % i kontrollgruppen. Enligt Morriss (m fl., 2009) har 79 % av personer med bipolär sjukdom visar otrygg anknytning jämför med bara 32 % i kontrollgruppen. En studie av Marazziti (m fl., 2007) visar att 87,1 % patienter med bipolärsjukdom typ 1 och 90.3 % patienter med bipolär sjukdom typ 2 hade otrygg anknytning jämfört med 39,4 % i kontrollgruppen.

Det finns otydlighet kring om man kan urskilja specifika anknytningsmönster hos bipolära patienter. Marazziti m.fl (2007) visar att ambivalent anknytning är mest typisk för bipolära patienter (48,1 % för typ1 och 58,1 % för typ 2) jämfört med 25,2 % i kontrollgruppen. Detta stämmer överens med Doziers (m fl., 1999) studier som visar att 69 % har ambivalent anknytning i gruppen med förstämningssyndrom. Andra studier visar däremot att undvikande anknytning förekommer oftare hos personer med bipolär diagnos än hos personer med andra affektiva sjukdomar (Fonagy m. fl.,1996) eller jämfört med kontrollgruppen (Kökçü & Kesebir, 2010). I två studier (Rosenfarb m fl., 1994; Marazziti m fl., 2007) jämförs anknytningsmönster hos patienter med bipolär diagnos med patienter med andra psykiska sjukdomar. Dessa studier visar att otrygg anknytning är vanligast oberoende typ av psykiatrisk diagnos. Joyces studier (1984) visar däremot inga skillnader alls mellan bipolära patienter och kontrollgruppen gällande anknytning till sina föräldrar.

Det aktuella stämningläget kan påverka hur patienterna skattar sin anknytning enligt en av studierna (Morriss m fl., 2009). Maniska patienter skattade jämfört med kontrollgruppen lika ofta att de har en trygg anknytning. Däremot tenderande depressiva patienter och patienter med neutral stämning att rapportera otrygg anknytning (Morriss m fl., 2009).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att forskningen kring anknytning hos bipolära patienter är bristfällig och att fler studier rekommenderas.

### **Syfte och frågeställningar**

Denna studie syftar till att undersöka anknytningsmönster hos patienter med bipolär sjukdom. Vilket anknytningsmönster är mest framträdande hos patienter med bipolär diagnos? Finns det samband mellan stämningläget och skattade anknytningsmönster?

## **Metod**

Studien är av en deskriptiv, explorativ karaktär. En kvantitativ metod valdes för att svara på studiens frågeställningar. Självskattningsformulär som avser mäta anknytningsmönster hos vuxna valdes. Insamlad data bearbetades statistiskt.

### **Deltagare och urval**

Patienter som tillhör Allmänpsykiatriska öppenvården i två medelstora svenska städer tillfrågades om att delta i studien. Urvalet av deltagarna var selektivt. Alla patienter som hade diagnos bipolär sjukdom (F31 enligt ICD 10) i journalen och som kom på sina ordinarie besök till fast vårdkontakt eller läkare under perioden mars 2016 – april 2017 tillfrågades om att delta i studien. Patienter med bipolär diagnos som befann sig inom slutenvård tillfrågades inte att delta i studien med hänsyn till deras tillstånd. Patienterna inkluderades oavsett samsjuklighet.

### **Mätninginstrument**

Ett självskattningsformulär, Relationship Questionnaire (RQ), av Bartholomew och Horowitz (1991) som mäter vuxenanknytning valdes som mätninginstrument. Det är översatt till svenska av Anders Broberg via Psykologiska Institutionen Göteborgs Universitet år 1996 och heter "Olika sätt att relatera till andra människor" (RQ-Swe).

Bartholomew och Horowitzs (1991) har utvecklat en tvådimensionell modell av vuxenanknytning med ursprung i Bowlbys koncept av inre arbetsmodeller. Den ena dimensionen omfattar upplevelser av sig själv (positiv vs negativ) och den andra dimensionen omfattar upplevelser av andra (positiv vs negativ). Detta resulterar i fyra kategorier som motsvarar anknytningsmönster hos vuxna. Det finns en kategori som omfattar en trygg anknytning (B) och ytterligare tre som omfattar otrygg anknytning (A, C och D). Kategori A, Undvikande-Avvisande anknytning innebär positiv bild av sig själv och negativ bild av andra. Trygg anknytning (B) yttrar sig i en positiv upplevelse av sig själv och andra. Ambivalent (C) innebär en negativ bild av sig själv men en positiv upplevelse av andra. Undvikande-Rädd (D) betyder negativ bild av sig själv och andra.

RQ-Swe ("Olika sätt att relatera till andra människor") består av fyra påståenden (A, B, C, D) och ytterligare en fråga på slutet. Deltagaren ska välja på en skala från 1 – 7, där 1= stämmer inte alls och 7= stämmer mycket bra, hur väl varje påstående (A, B, C, D) beskriver hen. RQ-Swe avslutas med att deltagaren i sista frågan ska välja vilket av de fyra

ovanstående påståendena stämmer bäst för hen. Deltagare anses ha den anknytningsstil som skattades högst. Om några påståenden skattades jämt avgör sista frågan vilket anknytningsmönster deltagaren har. Resultatet kan tolkas både som anknytningsprofil för varje person (poäng från varje skala) och som definitiv kategori (ett av de fyra anknytningsmönstren).

Intern, test-retest reliabiliteten hos RQ uppskattas till 0,35 (Cohen's kappa) eller 0,50 (ratings r's) (Crowell m fl., 1999a). Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya & Lancee, (2010) visar att instrument har adekvat reliabilitet och god validitet. Bäckström och Holmes (2001) har validerat det svenska självskattningsformuläret mot den engelska versionen och funnit den likvärdig. Studier av Scharfe och Bartholomew (1994) visar måttlig stabilitet. Officiella normer för svensk befolkning när det gäller RQ-Swe saknas.

### **Design**

Studien designades som en tvärsnittsstudie där alla patienterna som gav sitt samtycke frågades en gång med självskattningsformulär (se bilaga 1). Den bestod av RQ-Swe formulär vilken kompletterades med en fråga till för att undersöka samband mellan anknytning och stämningsläge. Deltagaren skulle bedöma sitt stämningsläge under de senaste två veckorna genom att välja mellan påstående mycket sänkt, sänkt, neutral, förhöjt, mycket förhöjt. I slutet av självskattningsformulär skulle patienter medge sin kön och ålder för att granska confounding factors och precisera bilden.

### **Procedur**

Personal som har uppföljning av patienterna med bipolär diagnos blev informerade om studien och tillfrågades om hjälp med att samla in svar på självskattningsformulären. Patienterna tillfrågades i slutet av sitt ordinarie uppföljningsbesök om att delta i studien genom att fylla självskattningsformuläret. Varje tillfrågad patient informerades muntligt och skriftligt om studien och informerats samtycke skulle inhämtas om patienten tackade ja till deltagande (se bilaga 2). Med varje självskattningsformulär följde en beskrivning av studien och ett kuvert. Patienterna lämnade det ifyllda frågeformuläret i förslutet kuvert till behandlande personalen. Data samlades mellan mars 2016 och april 2017. Anknytning skattades vid en viss tidpunkt vilket betyder att studien utformades som en tvärsnittsstudie.

## Etiska överväganden

Etiska överväganden är ytterst viktiga när man möter människor med psykisk ohälsa som är en sårbar grupp i samhälle. Vid planering och genomförande av studien lades stor vikt att studien genomfördes på ett respektfullt sätt. Det högprioriterades att patientens komfort, konfidentialitet och anonymitet garanterades.

Alla tillfrågade patienter fick muntlig och skriftlig information om studien och informerat samtycke inhämtades (se bilaga 2). För att patienterna skulle kunna ta ställning till om de ville delta i studien beskrevs studien i grova drag och de informerades om vem studiens författare var. Det förklarades att studien riktades till personer med bipolär diagnos och därför blev just de tillfrågade. Deltagandet var frivilligt och de kunde när som helst välja att avbryta sin medverkan utan några konsekvenser för den fortsatta vården. Själva självskattningsformuläret var kort (bara fem frågor) och inga personliga uppgifter samlades in. Frågorna om nära relationer skulle ha kunnat väcka viss psykiskt diskomfort hos patienter som inte var nöjda med sina relationer. Graden av det ansågs inte vara så allvarligt och i behov att åtgärdas. Den tillagda kompletterande frågan angående stämningsläge skulle vara mer känslig till exempel om patienterna var rädda för att avslöja sitt stämningsläge för den vårdpersonal som samlade in svaren. Alla deltagare fick kuvert i vilket de skulle lämna det ifyllda frågeformuläret, förslöt det sedan och lämnade det till sin behandlare. På så sätt kunde ingen annan än studiens författare ta del av svaren och anonymitet garanterades.

Alla uppgifter som samlades in redovisas på gruppnivå så att det blir omöjligt att identifiera hur enskilda personer har svarat. Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats. Det insamlade materialet förstörs efter att uppsatsen examinerats på utbildningen.

För att garantera anonymitet och inte utsätta patienterna för en situation där de träffar en främmande person som inte har något med deras vård att göra valdes att patienterna tillfrågades under deras kontrollbesök hos läkare eller fast vårdkontakt. Vid denna typ av undersökningsprocedur behövde författaren inte ha tillgång till patientjournalerna eller träffa patienterna personligen. Detta är värdefullt ur ett etiskt- och patientsäkerhetsperspektiv samt bekvämt för patienterna då de inte behövde träffa en ny person. Risken med detta tillvägagångssätt var att patienterna befann sig i beroendeställning i kontakt till sin läkare eller fast vårdkontakt. Detta hade kunnat påverka deras beslut att delta i studien. För att minimera denna risk valdes att tillfråga patienter vid slutet av deras besök. Några patienter valde att tacka nej så det verkar som att studien hade lyckats med frivillighet.

Både klinikens verksamhetschef och enhetschef informerades om studien och tillfrågades om tillåtelse. Ingen ansökan till etiksprövningsnämnden gjordes, studien utfördes inom ramar för högskoleutbildning och ansågs inte som ett forskningsprojekt ämnat för publicering i en vetenskaplig tidskrift.

### **Dataanalys**

Data extraherades ur självskattningsformulär och bearbetades med statistiskt program PSPP version 1.0.1, fri programvara under GNU General Public License. Data överfördes direkt till PSPP programs databas. Ett set av 37 olika fall skapades. Varje fall hade ett numeriskt värde från 1 till 7 motsvarande styrka av igenkännande i fyra subskalor motsvarande fyra typer av anknytning – undvikande-avvisande, trygg, ambivalent och undvikande-rädd. Varje fall hade också ett anordnat nummer (1 till 4) motsvarande anknytningsmönster. Varje fall hade ålder och kön tillskrivna. Stämningssläge skattades av patienterna från 1 - mycket sänkt, till 5 - mycket förhöjd. Mycket förhöjt förekom bara två gånger och mycket sänkt bara en gång. Fyra patienter bedömde sin stämning som förhöjd och sju som sänkt. Då få extrema värden skattades beslutades att slå ihop grupperna. Värde 1 - 2 anses som sänkt stämning, värde 3 som neutral och värde 4 - 5 som förhöjd.

Sedvanlig deskriptiv statistik användes för att beskriva patientmaterialet. Anknytningsmönster som slutresultat av testet och resultat av subskalor för varje typ av anknytning var beroende variabel (y). Följande variabler ansågs oberoende (x): ålder, kön, stämning i tre kategorier (sänkt, neutral eller förhöjt). Confounding factors granskades genom att testa om det fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan median och medelvärde för olika anknytningssubskalor i olika kön och stämning liksom om det fanns statistiskt signifikant skillnad mellan median och medelvärde för ålder i fyra olika anknytningsmönster. För diskussionens skull testades också om det rapporterade stämningssläget skiljer sig signifikant mellan kön.

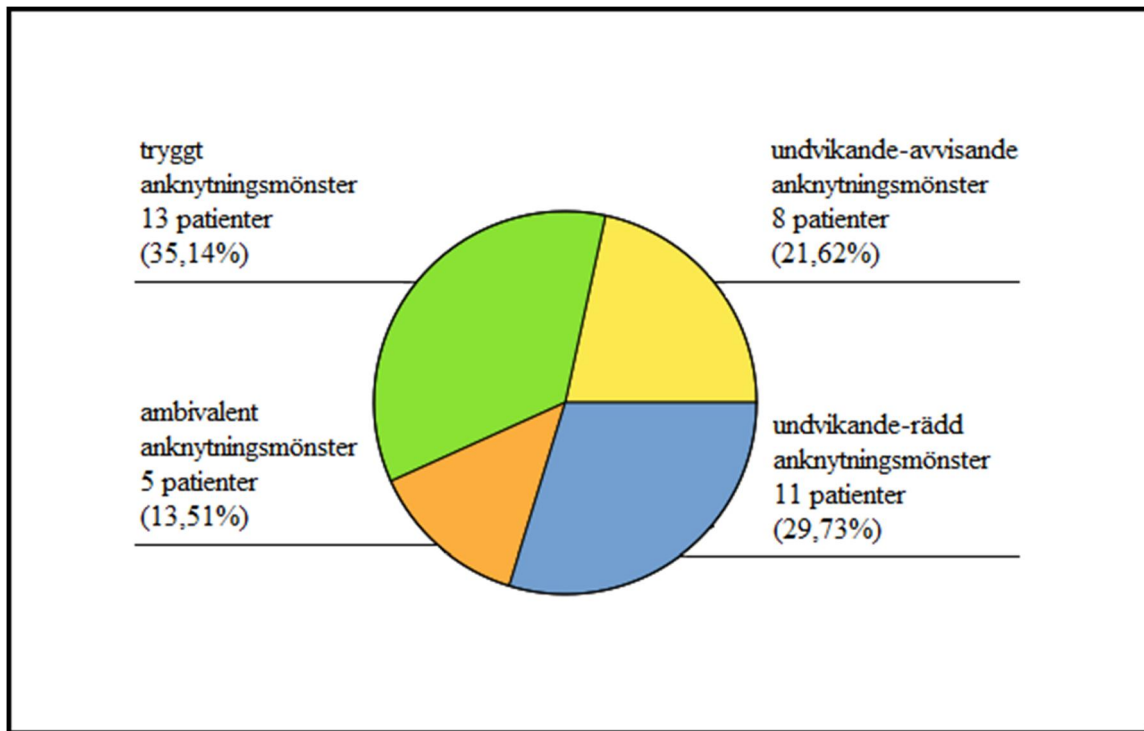
### **Resultat**

37 patienter tackade ja till att delta i studien, 12 tackade nej. Av de 37 (100 %) fallen var 11 (29,73%) män och 26 (70,29%) kvinnor. Skillnaden var statistisk signifikant, Chi-Square 6,08;  $p=0,014$ . 3 av 37 fall angav inte sin ålder. Ålder hade medelvärde på 47,18 år, standardavvikelse 15,36. Den yngsta patienten var 21 och den äldsta 80 år gammal.



Patienterna delades in i tre grupper utifrån stämningläget. 23 (62,16%) skattade neutralt stämningläge, 8 (21,62%) sänkt och 6 (16,22%) förhöjd.

Undersökning av fördelningen av anknytningsmönster som frågeformulärets resultat i den undersökta populationen visas i figur 1.



Figur 1. Fördelning av anknytningsmönster i undersökt population av bipolära patienter.

Sammanlagt dominerade otrygg anknytning, d.v.s. alla de tre otrygga anknytningsmönster som tillsammans summerade till 64,86 %.

För att visa vilken anknytningsprofil som i genomsnitt förekommer i undersökt population samlades medelvärde, median och standardavvikelse av alla fyra subskalor i en tabell.

Tabell 1.

*Medelvärde, standardavvikelse och median hos de fyra subskalorna som ingår i Relationship Questionnaire.*

	<b>medelvärde</b>	<b>standardavvikelse</b>	<b>median</b>
undvikande-avvisande anknytning	3,70	2,13	3
trygg anknytning	4,62	1,88	5
ambivalent anknytning	3,76	1,96	3
undvikande-rädd anknytning	3,62	2,15	3

Sedan analyserades i tabell 2 hur den anknytningsprofil (medelvärde och median i subskalor) påverkas av kön (som confounding factor).

Tabell 2.

*Jämförelse mellan könen på de fyra subskalorna i Relationship Questionnaire.*

	<b>kön</b>	<b>antal</b>	<b>medelvärde</b>	<b>standardavvikelse</b>	<b>median</b>
undvikande-avvisande anknytning	man	11	4,64	2,20	6
	kvinnor	26	3,31	2,02	3
trygg anknytning	man	11	5,18	1,89	6
	kvinnor	26	4,38	1,86	5
ambivalent anknytning	man	11	2,36*	1,21	2
	kvinnor	26	4,35*	1,94	5
undvikande-rädd anknytning	man	11	2,27**	1,49	2
	kvinnor	26	4,19**	2,15	5

\*p = 0,004; Z=-2,86 \*\*p = 0,014; Z=-2,45

Bara för ambivalent och undvikande-rädd anknytning var skillnaderna statistiskt signifikanta i Mann-Whitney test, kvinnor hade signifikant högre värde.

I frågan om hur anknytningsmönster relaterade till kön hade män endast trygg (sex fall, 54,55%) eller undvikande-avvisande anknytning (fem fall, 45,45%). Bland kvinnor förekom alla fyra anknytningsmönster - trygg anknytning, sju fall (26,92%), undvikande-

avvisande anknytning, tre fall (11,54%), ambivalent anknytning, fem fall (19,23%) och undvikande-rädd anknytning, elva fall (42,31%)

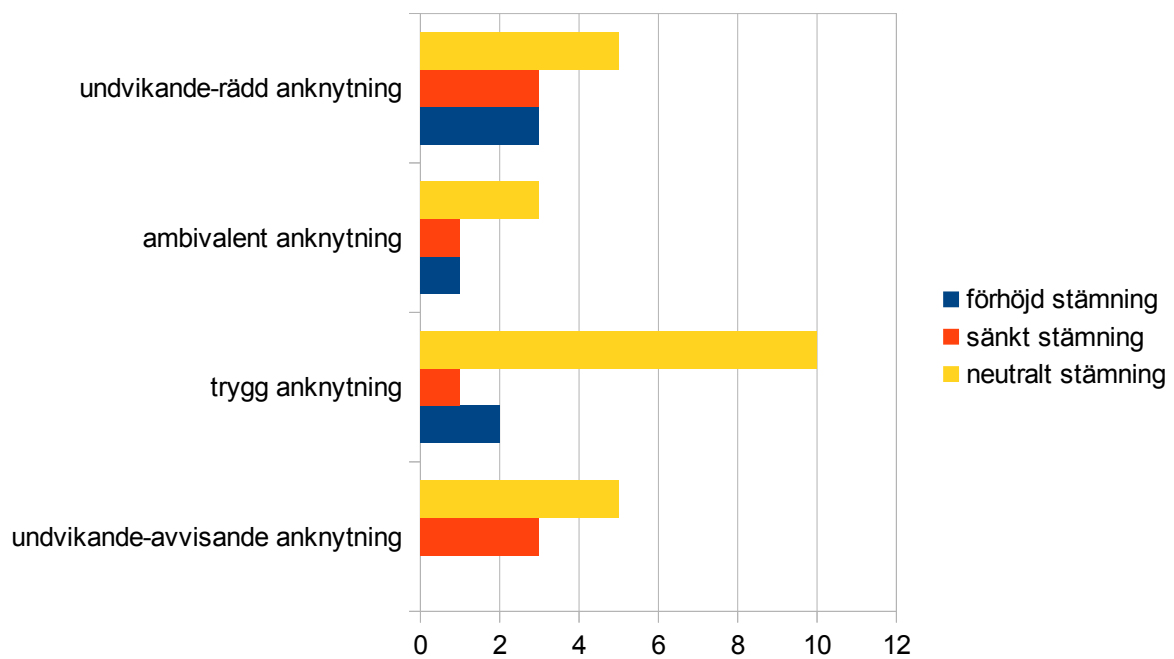
För att visa hur värdena på RQ-skalorna varierar beroende på stämning visades medelvärde och median i subskalor separat för sänkt, neutral och förhöjd stämning i tabell 3. Kruskal-Wallis test visade att inga skillnader var signifikanta.

Tabell 3.

*Medelvärde, standardavvikelse och median för fyra subskalor som ingår i anknytningsprofil avseende stämning.*

	<b>stämning</b>	<b>antal</b>	<b>medelvärde</b>	<b>standardavvikelse</b>	<b>median</b>
undvikande-avvisande anknytning	sänkt	8	4,50	2,07	4
	neutral	23	3,83	2,23	3
	förhöjd	6	2,17	0,98	3
trygg anknytning	sänkt	8	3,63	1,77	4
	neutral	23	4,96	1,87	6
	förhöjd	6	4,67	1,86	5
ambivalent anknytning	sänkt	8	4,63	1,51	4
	neutral	23	3,30	1,96	2
	förhöjd	6	4,33	2,25	5
undvikande-rädd anknytning	sänkt	8	5,25	2,12	6
	neutral	23	3,09	1,86	2
	förhöjd	6	3,50	2,51	4

För att visa hur anknytningsmönster påverkas av stämning gjordes figur 2 som visar antal av fall med angivet anknytningsmönster i olika tre stämningsskategorier.



Figur 2. Förekomst av patienter med en av tre typer självskattat stämningsläge (förhöjd, sänkt och neutral) i fyra grupper med avseende på anknytningsmönster.

Kruskal-Wallis test visade inga signifikanta skillnader i anknytningsmönster beroende på ålder när det gäller ålder som confounding factor,

När det gäller skattat stämningsläge för män respektive kvinnor, hade tio män neutral stämning och bara en sänkt. Däremot hade tretton kvinnor neutral, sju sänkt och sex förhöjd stämning. Mann-Whitney test visade dock att skillnaden inte var statistiskt signifikant.

### Diskussion

Resultaten visar att det är signifikant fler kvinnor än män som deltog i studien. Det kan ha olika förklaringar. Studier visar oftast inga signifikanta skillnader mellan kön när det gäller bipolär typ 1, men vissa analyser av olika studier visar att kvinnor oftare är drabbade av bipolär typ 2 (Diflorio & Jones, 2010). Enligt en studie, STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder), drabbas kvinnor dubbelt så ofta (Baldassano m fl., 2005). Resultatet i föreliggande studie är i linje med den sist nämnda studien. Alla patienterna blev inkluderade i studien, oavsett om det var bipolär sjukdom typ 1 eller 2, och bipolär typ 2 förekommer betydligt oftare än typ 1. En alternativ förklaring till detta kan vara att manliga patienter var mindre benägna att svara. Det var ett stor bortfall och könstillhörigheten för de som tackade nej förblev okänd.

De manliga patienterna som deltog i studien beskrev nästan alltid sin stämning som neutral. En möjlig förklaring kan vara att de som mådde dåligt och var deprimerade eller maniska inte ville delta. Resultatet av skillnad i stämningsläge mellan män och kvinnor var iögonfallande dock inte signifikant. För att avgöra det behöver man ett större antal patienter.

Resultatet visar att otrygg anknytning är vanligast i undersökt population, 64,86 % av deltagarna. Detta resultat stämmer överens med tidigare forskning som visat att otrygg anknytning är vanligast bland bipolära patienter (Kökçü & Kesebir, 2010; Marazziti m fl., 2007; Morriss m fl., 2009; Rosenfarb m fl., 1994) I population av bipolära patienter varierar andelen av otrygg anknytning mellan lägst 70,5% och högst 90,3 % (Kökçü & Kesebir, 2010; Marazziti m fl., 2007), till skillnad mot normalpopulationen, där endast 42 % har otrygg anknytning (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Broberg visade däremot i en studie från 2012 där han använder samma mätningssinstrument på normal svensk population att bara 36,3 % av deltagarna hade otrygg anknytning (personlig korrespondens, 15 maj 2016).

Utöver trygg anknytning, 13 fall i studien (35,14%), förekommer även de tre andra typerna av otrygga anknytningsmönster i studien. Resultaten visar att åtta (21,62 %) personer hade undvikande/avvisande anknytning A, fem (13,51%) skattade ambivalent anknytning C och elva (29,73%) hade undvikande/rädd. I en studie av Bartholomew och Horowitz (1991) fördelade sig anknytningsmönster i normalpopulationen på följande sätt: 57 % trygg (B), 18 % - undvikande/avvisande (A), 10 % - ambivalent (C) och 15 % - undvikande/rädd. I föreliggande studie förekommer undvikande/rädd anknytningsmönster dubbelt så ofta än i studien av Bartholomew och Horowitz (1991). En möjlig förklaring till frekvens av undvikande/rädd anknytning kan bero på att patienter med samsjuklighet av olika slag inkluderades i studien, bland annat patienter med personlighetstörningsdiagnos av borderline karaktär, som har större andel av undvikande/rädd och ambivalent anknytning än normal population. (Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanarini, Laverdière & Gunderson, 2009). Det kommer att utvecklas vidare i metoddiskussion.

Anmärkningsvärt nog visar studien skillnader i anknytning beroende på kön. Olika fördelning av anknytningsmönster noteras bland män och kvinnor och det förekommer signifikanta skillnader mellan enskilda skattningsskalor bland grupperna. I den undersökta populationen uppvisar män endast två anknytningsmönster; trygg (6 fall, 54 %) och undvikande/avvisande anknytning (5 fall, 45 %). Detta stämmer inte med studier om anknytningsmönster i normal population (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996)

eller bland bipolära patienter (Greenberg m fl., 2014) där alla fyra stillar förekommer oberoende av kön. I denna studie har kvinnor alla fyra anknytningsmönster – trygg (7 fall, 26, 92 %), undvikande/avvisande anknytning (3 fall, 11,54 %) ambivalent (5 fall 19,23%) och undvikande/rädd (11 fall, 42,31%). Resultat för subskalorna visar att kvinnor har signifikant högre median och medelvärde för ambivalent och undvikande/rädd anknytning jämfört med män. Detta resultat kan inte förklaras utifrån anknytningsteori då det ska inte bör finnas skillnader i utveckling av anknytning mönster mellan kön enligt Bowlby (2010). Ingen tidigare studie som undersöker anknytning hos bipolära patienter rapporterar könsskillnader (Greenberg m fl., 2014; Rosenfarb m fl., 1994; Morriss m fl., 2009; Kökçü & Kesebir, 2010). Möjligtvis kan förklaringen finnas i själva mätinstrumentet. En metastudie av Del Giudice (2011) angående könsskillnader i vuxen anknytning som mäts med självskattningsskalor visar att män får högre resultat när det gäller undvikande och mindre när det gäller rädsla än kvinnor. Även när man tittar på normdata baserat på slumpvis valda män (N = 523) och kvinnor (N = 636) i åldern 30 – 50 år i Västra Götalandsregionen (studien gjordes av Anders Broberg, Göteborg Universitet, personlig korrespondens, 15 maj 2016) finner man att män får högre värde på subskalan som mäter undvikande/avvisande anknytning jämfört med kvinnor.

En annan möjlig förklaring till dessa fenomen kan vara diagnostiska svårigheter när det gäller bipolär sjukdom (Allgulander, 2014; Karterud m fl., 2014). Bipolärsjukdom är svår att skilja från andra psykiska störningar, särskilt från personlighetsstörning typ emotionell instabilitet. Det förekommer en stor grad av samsjuklighet (Bolton & Gunderson, 1996; Paris, Gunderson & Weinberg, 2007). 57 % av bipolära patienter har blivit diagnostiserade med personlighetsstörningar (Altindag, Yanik & Nebioglu, 2006). Förekomst av borderline personlighetsstörning är vanligare hos kvinnor. Enligt Karterud (m fl., 2014) är cirka 80 % av borderlinepatienter kvinnor. Studier av anknytning hos borderlinepatienter visar, när samma mätninginstrument RQ används som vid föreliggande studie, att otrygg anknytning, ambivalent och undvikande/rädd är mest framträdande (Choi-Kain m fl., 2009) vilket stämmer överens med resultatet i denna studie när det gäller kvinnor.

Relativt högre skattning på undvikande rädd och ambivalent hos kvinnor kan också bero på deras stämningsläge. Alla män utom en bedömde sin stämning som neutral medan det hos kvinnorna var mer varierande resultat. Skillnaden var dock inte signifikant. Sannolikt beror det på att antalet män var otillräckligt. En möjlig förklaring kan vara att resultatet är rent slumpmässigt. För att undersöka det bättre, skulle man använda grupper matchade i kön, ålder och stämningsläge.

Skillnaderna mellan median- och medelvärde hos de olika subskalorna är inte signifikanta mellan patienterna med olika stämningsläge. Mellanvärde av trygg anknytning är dock lite högre än andra subskalor hos patienterna med neutralt stämningsläge (4,96 mot 3,09–3,83). Bristande signifikans beror antingen på otillräckligt antal av deltagare, eller på att urvalet var förorenat av dubbeldiagnoser som diskuterades ovan. Det kan också betyda att det finns ingen skillnad mellan grupperna. När det gäller hur anknytningsmönster relaterar till stämningsläge finns det samma synliga trend att personer med trygg anknytning skattade sig oftast som neutral stämningsläge. Personer med undvikande-rädd och undvikande-avvisande anknytning skattade sig oftare som sänkt stämningsläge. Låg antal av deltagare orsakade att det saknas signifikans.

Det finns ingen signifikant skillnad i anknytningsmönster beroende av ålder. Det stämmer med anknytningsteorin (Bowlby, 2010) och tidigare forskning (Scharfe & Bartholomew, 1994) som säger att anknytningsmönster ska vara relativt stabila under hela livet.

När det gäller kliniska implikationer av denna studie är det viktigt att i kontakten med bipolära patienter reflektera kring att de flesta av dem har otrygg anknytning. På grund av den stora skillnaden mellan män och kvinnor kan det vara betydelsefullt att notera att ambivalent och undvikande/rädd är vanligt förekommande bland kvinnor med bipolär diagnos. Detta ska dock göras med viss försiktighet som beskrivs i diskussionen ovan. Personal kan fundera på hur dessa anknytningsmönster yttrar sig i kontakt med vården och hur det påverkar behandlingsallians och compliance hos bipolära patienter. Utifrån det som beskrivs i teoridelen kan man anta att det blir en negativ påverkan som försvårar kontakten med vården. Patienter med undvikande/ avvisande anknytning (ofta män i denna studie) kan komma att sakna förtroende för vården och eventuellt och uppleva att de vet bättre och avvisa hjälp. Patienter med ambivalent anknytning (bara kvinnor i denna studie) blir troligtvis hjälpsökande i kontakten, dock kan brist på känsla av självkompetens och tilltro till sig själv negativt påverka behandlingen. Patienter med undvikande/rädd anknytning kan möjligtvis ha svårt att söka hjälp, att lita på vården och tro på sin förmåga att klara behandling. Att undersöka detta vidare skulle vara intressant utifrån en klinisk synvinkel. För att avgöra fråga om trygg anknytning dominerar hos patienterna med självskattad neutral stämning, eller om patienterna med undvikande anknytning skattar sig som depressiva behövs fler deltagare.

## Metoddiskussion

I studien användes självskattningsformuläret Relationship Questionnaire (RQ) av Bartholomew och Horowitz (1991) som mäter vuxenanknytning. Det är ett av de självskattningsformulär som oftast används i psykometrisk forskning (Ravitz m fl., 2010). Självskattningsformulär har dock sina begränsningar. Broberg (m fl., 2008) poängterar att anknytningsmönster i stor grad är omedvetna och därför visar självskattning mer konsensus mellan medvetna och omedvetna processer. Resultat från självskattningsskalor bör tolkas på gruppnivå och säger inte mycket på individnivå. Å andra sidan är resultat på gruppnivå teoretiskt relevant och intressant (Broberg m fl., 2006; Broberg m fl., 2008). Den metod som i dagsläget bedöms fungera bäst vad gäller validitet och reliabilitet och som dessutom mäter både medvetna och omedvetna aspekter av anknytning är anknytningsintervjun AAI (Broberg m fl., 2008). Metoden kräver dock speciell träning av intervjuledare och är mycket tidskrävande. Detta skulle ha överstigit det arbete som omfattas av denna uppsats.

Instrumentet RQ identifierar väl människor med trygg anknytning men det finns ett bias att människor med otrygg anknytning identifierar sig som trygga. 81 % av kvinnorna som skattade sig som trygga med RQ fick samma resultat med AAI men bara 42 % av kvinnorna som hade otrygg anknytning enligt AAI hade samma resultat med RQ (Crowell, Treboux & Waters, 1999b). Utifrån detta kan man fundera på om antalet av patienter med otrygg anknytning är högre än denna studie visar. Forskning som istället använder sig av AAI som mätninginstrument skulle vara intressant både från teoretisk och kliniskt synvinkel. Resultaten skulle visa både medvetna och omedvetna aspekter av anknytning och kunna tolkas både på individ- och gruppnivå.

I diskussionen framförs att både samsjuklighet och feldiagnostik skulle ha kunnat påverka resultatet. Det skulle vara ett förslag till framtida forskning att först diagnostisera patienterna själv till exempel med SCID och utvärdera om de uppfyller kriterierna för bipolär sjukdom istället för att förlita sig på befintlig diagnostik.

Fördelning av kvinnor och män var inte jämn i studien. Samma sak gäller stämningssläge. Att matcha grupper med samma antal kvinnor och män eller grupper med lågt neutralt och högt stämningssläge skulle kunna bidra till att avgöra om skillnaderna mellan grupperna är signifikanta. För att utforska bias på grund av samsjuklighet kan man jämföra grupper av patienterna med ren bipolär sjukdom och med bipolär sjukdom och ytterligare diagnos.



Deltagande i studien var frivilligt och det fanns ett stor antal av patienter som inte ville delta. Detta kan väcka frågan om den studerade gruppen kan betraktas som representativ för alla patienter med bipolär diagnos eller bara för de som har en bra behandlingsplan eller vill samarbeta och delta i studier. Deltagande kunde bero på trygghet i förhållandet till behandlare, och de som kände sig mer otrygga ville inte delta. Analys av bortfall skulle också kunna vara behjälplig.

Studien lyfter upp många frågor vilka diskuteras ovan som dock inte kan besvaras i denna studie och visar att det finns ett stort behov av vidare forskning inom detta område.

## Referenser

- Adler, M. (Red.). (2014). *Bipolär sjukdom. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Göteborg: Gothia Fortbildning AB.
- Akiskal, H.S. (2005). Mood disorders: Clinical Features. I B.J. Sadock & V.A. Sadock (Red.), *Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, Vol 1*. (ss. 1611-1651, 8. uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Allgulander, Ch. (2014). *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Altindag, A., Yanik, M., Nebioglu, M. (2006). Comorbid personality disorders in subjects with bipolar I disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(1), 33-37. doi:10.1080/13651500500305481
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- Bartholomew K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four - category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- 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. doi:10.1037/0012-1649.29.5.870
- 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 and Human Development*, 11(3), 223-263. doi:10.1080/14616730902814762
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status? *Journal of Social and Personal Relationships*, 27 (2), 200-208. doi:10.1177/0265407509360908

- Baldassano, C.F., Marangell, L.B., Gyulai, L., Ghaemi, S.N., Joffe, H., Kim, D.R., Sagduyu, K., Truman, C.J., Wisniewski, S.R., Sachs, G.S., Cohen, L.S. (2005). Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disorders*, 7 (5), 465-470. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00237.x
- Beyer, J.L., Kuchibhatla, M., Looney, C., Engstrom, E., Cassidy, F., Krishnan, K.R. (2003). Social support in elderly patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 22–27. doi:10.1034/j.1399-5618.2003.00016.x
- Bolton, S., Gunderson, J. (1966). Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. *American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1202-1207. doi:10.1176/ajp.153.9.1202
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. (2. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P, Ivarsson, T., Mothander, P.R. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P, Ivarsson, T., Mothander, P.R. (2008). *Anknytning i praktiken – Tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bäckström, M., & Holmes, B. M. (2001). Measuring adult attachment: A construct validation of two self-report instruments. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(1), 79-86. doi:10.1111/1467-9450.00216
- Champagne, F. A. & Curley, J. P. (2005). How social experiences influence the brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 15(6), 704–709. doi:10.1016/j.conb.2005.10.001
- Choi-Kain, L.W., Fitzmaurice, G.M., Zanarini, M.C., Laverdière, O., Gunderson, J.G. (2009). The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 816-821. doi:10.1097/NMD.0b013e3181bea56e
- Cohen, A.N., Hammen, C., Henry, R.M., Daley, S.E. (2004). Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 143–147. doi:10.1016/j.jad.2003.10.008

- Crowell, J. A., Fraley, R.C., & Shaver, P.R. (1999a). Measurement of Individual Differences in Adolescent and Adult Attachment. I J. Cassidy & P.R. Shaver (Red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. (ss. 434-459, 1. uppl). New York: The Guilford Press.
- Crowell, J. A., Treboux, D., Waters, E. (1999b). The adult attachment interview and the relationship questionnaire: Relations to the reports of mothers and parents. *Personal Relationships*, 6, 1-18. doi:10.1111/j.1475-6811.1999.tb00208.x
- Del Giudice, M. (2011). Sex Differences in Romantic Attachment: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2), 193-214. doi:10.1177/0146167210392789
- Diflorio A, Jones I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, 22 (5), 437-452. doi:10.3109/09540261.2010.514601
- Dozier, M., Stovall, K., & Albus, K. (1999). Attachment and Psychopathology in Adulthood. I J. Cassidy & P.R. Shaver (Red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. (ss. 497-519, 1. uppl). New York: The Guilford Press.
- Fonagy, P., Gergley, G., Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, 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. doi:10.1037/0022-006X.64.1.22
- Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., Gurpegui, M. (2011). Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 186 (2), 254–260. doi:10.1016/j.psychres.2010.06.020
- Greenberg, S., Rosenblum, K. L., McInnis, M. G., Muzik, M. (2014). The role of social relationships in bipolar disorder: A review. *Psychiatry Research*, 219 (2), 248–254. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.047

- 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. doi:10.1037/0022-006X.64.1.8
- Johnson, S.L., Winett, C.A., Meyer, B., Greenhouse, W.J., Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (4), 558–566. doi:10.1037/0021-843X.108.4.558
- Joyce, P.R. (1984) Parental bonding in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 7 (3-4), 319-324. doi:10.1016/0165-0327(84)90053-3
- Karterud, S., Wilberg, T., Urnes, Ö. (2014). *Personlighetspsykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Kestenbaum, C.J. (1984). Pathological Attachments and their Relationship to Affective Disorders in Adult Life. *American Journal of Psychoanalysis*, 44(1), 33-49, 51-57.
- Kökçü, F. & Kesebir, S. (2010). The relationship between attachment style, and temperament, personality and bipolar symptoms: a controlled study on bipolar patients and their children. *Turkish journal of psychiatry*, 21 (4), 309-318.
- Marazziti, D., Dell'Osso, B., Catena Dell'Osso, M., Consoni, G., Del Debbio, A., Mungai, F., Vivarelli, L., Albanese, F., Piccinni, A., Rucci, P., Dell'Osso, L., (2007). Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 12 (10), 751–756. doi:10.1017/S1092852900015431
- McInnis, M.G., Burmeister, M., DePaulo, J.R. (2007). Major mood disorders. I D.L. Rimoïn, D.L., J.L. Connor, A.E.H. Emery & R.E. Pyeritz (Red.), *Emery and Rimoïn's Principles and Practice of Medical Genetics*, (ss. 2615–2628, 5. uppl.). Philadelphia: Elsevier.
- McGowan, P., Kato, T. (2008). Epigenetics in mood disorders. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13 (1), 16–24. doi: 10.1007/s12199-007-0002-0
- Morriss, R. K., van der Gucht, E., Lancaster, G., Bentall, R.P. (2009). Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82 (3), 267-277. doi:10.1348/147608309X415309

- Maunder, R.G., Hunter, J.J. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 31 (2), 123-130.  
doi:10.1016/j.genhosppsy.2008.10.007
- O'Connell, R.A., Mayo, J.A., Eng, L.K., Jones, J.S., Gabel, R.H. (1985). Social support and long-term lithium outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 272–275.
- Paris, J., Gunderson, J., Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (2), 145-154.  
doi:10.1016/j.comppsy.2006.10.001
- Post, R. M. (1992) Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149 (8), 999-1010.  
doi:10.1176/ajp.149.8.999
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter J., Sthankiya, B., Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69 (4), 419-432.  
doi:10.1016/j.jpsychores.2009.08.006
- Robb, J. C., Cooke, R. G., Devins, G. M., Young L.T., Joffe, R.T. (1997). Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 31(5), 509-517. doi:10.1016/S0022-3956(97)00030-7
- Rosenfarb, I. S., Becker, J., Khan, A. (1994). Perceptions of parental and peer attachments by women with mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 637-644.  
doi:10.1037/0021-843X.103.4.637
- Rusner, M. (2012). *Bipolärsjukdom-ur ett existentiellt perspektiv* (Doktorsavhandling). Linnéuniversitetet Kalmar Växjö, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap.
- Scharfe, E. & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43. doi:10.1111/j.1475-6811.1994.tb00053.x
- Socialstyrelsen (2017). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning – Svensk version 2017 – Del 1 (3). Stockholm:Socialstyrelsen. Hämtad från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-4-2>
- Wennerberg, T. (2012). *Vi är våra relationer. Om anknytning trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.

World Health Organization, (2008). *The global burden of disease: 2004 Update*. Hämtad från [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)

Zimmerman, M., Galione, J. N., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K. (2011). Psychiatric diagnoses in patients who screen positive on the Mood Disorder Questionnaire: Implications for using the scale as a case-finding instrument for bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 185 (3), 444-449. doi:10.1016/j.psychres.2010.06.025

## Bilaga 1

### OLIKA SÄTT ATT RELATERA TILL ANDRA MÄNNISKOR

*Nedan beskriver vi fyra olika sätt att uppleva relationer till andra människor. Sätt ett kryss i rutan för hur väl Du anser att varje sätt passar in på just dig, när Du tänker på hur Du fungerar i relationer med andra.*

**A.** Jag är tillfreds utan att ha nära känslomässiga relationer. Det är väldigt viktigt för mig att känna mig oberoende och att klara mig på egen hand. Jag föredrar att inte vara beroende av andra, eller att andra är beroende av mig.

Stämmer inte alls

Stämmer mycket bra

**B.** Det är lätt för mig att komma känslomässigt nära andra människor. Jag är tillfreds med att vara beroende av andra och med att veta att andra är beroende av mig. Jag är inte orolig för att vara ensam eller för att andra inte skall acceptera mig.

Stämmer inte alls

Stämmer mycket bra

**C.** Jag vill vara känslomässigt helt nära andra, men ofta tycker jag att andra är ovilliga att komma mig så nära som jag skulle önska. Jag känner mig illa till mods utan nära relationer, men ibland oroar jag mig för att andra inte uppskattar mig lika mycket som jag uppskattar dem.

Stämmer inte alls

Stämmer mycket bra

**D.** Jag tycker det är obehagligt att komma nära andra. Jag vill ha nära, känslomässiga relationer, men jag tycker det är svårt att lita helt på andra, eller att vara beroende av dem. Jag är rädd att bli sårad om jag tillåter mig själv att komma för nära andra människor.

Stämmer inte alls

Stämmer mycket bra



Om Du skulle välja en av beskrivningarna ovan som **mest typisk** för hur Du är tillsammans med andra människor, vilken skulle det bli? Sätt en ring runt den bokstav som passar bäst

A

B

C

D

---

**Kön:** M K

**Ålder:**

**Ditt stämningsläge under de två senaste veckor:**

mycket sänkt

sänkt

neutralt

förhöjt

mycket förhöjt

Bartholomew & Horowitz, 1991. Relationship Questionnaire (RQ)

Svensk översättning Anders Broberg. Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet (1996)

## **Bilaga 2**

Lunds universitet  
Institutionen för psykologi  
Psykoterapeutprogram

### **Informerat samtycke**

Hej!

Jag är leg. psykolog och arbetar på Allmänpsykiatriska mottagningen i Växjö. Jag studerar på psykoterapeutprogrammet vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet och går också på specialistutbildningen för psykologer för att bli specialist i klinisk psykologi.

Under min utbildning ska jag göra en studie vars syfte är att beskriva anknytning hos personer med bipolär diagnos. Anknytning antas att uppstå i samspel med våra föräldrar eller andra vårdnadsgivare under de första åren av vår uppväxt. De anknytningsmönster som formats i utvecklingen under barndomen följer ofta personen upp i vuxen ålder och påverkar på olika sätt våra sociala relationer och vår syn på oss själva.

Deltagandet innebär att du vid ett tillfälle fyller i ett formulär som beskriver hur du anser att du fungerar i relationer med andra, samt att du uppskattar hur ditt stämningsläge varit de två senaste veckorna. Du fyller i formuläret i samband med besöket hos din fasta vårdkontakt. Du får ett kuvert i vilket du lämnar det ifyllda frågeformuläret och försluter det sedan och lämnar det till din behandlare. På så sätt kan ingen annan än jag ta del av svaren och du garanteras anonymitet.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan några konsekvenser för din fortsatta vård. Alla uppgifter som samlas in kommer att redovisas så att det blir omöjligt att identifiera hur någon enskild person har svarat. Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats. Det insamlade materialet förstörs efter att jag examinerats på utbildningarna.

Har du några frågor kring studien får du gärna kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Olga Wawrysewycz

E-post: [olga.wawrysewycz@kronoberg.se](mailto:olga.wawrysewycz@kronoberg.se)

Tel: 047058-6196

Handledare: Docent Håkan Johansson

E-post: [håkan.johansson@psy.lu.se](mailto:håkan.johansson@psy.lu.se)

Tel: 046 - 222 33 22

**Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i studien.**

Ort och datum

Namnsteckning