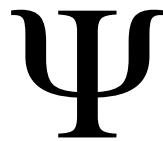




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



### **Jeg føler, altså er jeg**

En teoretisk undersøkelse av sammenhenger mellom tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategier med implikasjoner for psykoterapi

### HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Iselin Børve Toft  
Ida Caroline Benestad  
Anne-Kari Kvarstein**

Vår 2014

Veileder: Geir Høstmark Nielsen

## Forord

Gjennom erfaringer i løpet av studietiden, og særlig gjennom arbeid med pasienter ved ulike praksisopphold, har vi utviklet en delt interesse for tilknytning og relasjonelle samspill, emosjonsregulering og emosjonsreguleringsvansker. I møte med pasienter vi har hatt, har vi opplevd det som intuitivt meningsfullt å forstå deres problematikk i lys av måten de relaterer seg til andre på, og hvordan de forholder seg til, forstår og regulerer følelser. I pasientmøtene har vi blitt nysgjerrige på hvilken funksjon utviklingen av tilsynelatende uhensiktsmessige emosjonelle mestringsstrategier kan ha hatt gjennom oppveksten. Et ønske om å forstå egne kliniske erfaringer ut fra et teoretisk rammeverk har vært et utgangspunkt for å skrive denne oppgaven. Greenberg og Wallin sine tilnærminger, emosjonsfokuserert terapi og tilknytningsteoretisk psykodynamisk terapi, har fungert som viktige inspirasjonskilder. I møte med denne litteraturen har vi opplevd at egne pasienterfaringer er blitt satt inn i en meningsfull kontekst.

Vi vil gjerne takke Geir Høstmark Nielsen som på en klok og inspirerende måte har veiledet oss i oppgaveprosessen.

### **Abstract**

Emotions are considered as expressions of constructive developmental needs. They bring color to daily life, and serve as behavioral guidelines. Emotional difficulties are considered an essential aspect of several psychiatric diagnoses. The aim of this thesis is to theoretically explore possible relations between a dismissive and preoccupied attachment style and the two distinct emotion regulation strategies overregulation and underregulation, respectively. We review relevant theory and empirical research on these relations, and discuss methodological challenges within the field. From this basis, we describe different therapeutic approaches to and suggest specific clinical interventions for psychotherapy with dismissive and preoccupied patients. The interventions aimed at dismissive patients all seek to help them gain access to, express, and reflect upon their feelings. Conversely, interventions aimed at preoccupied patients focus on regulating overwhelming emotions, and thus make them manageable and available to reflect upon. Throughout the thesis lies the assumption that patients across different diagnostic groups will profit from therapeutic interventions meant to contribute to more flexible emotion regulation.

### **Sammendrag**

Emosjoner anses som uttrykk for konstruktive utviklingsbehov. De fargelegger tilværelsen og gir retning til atferd. Vansker knyttet til emosjoner tenkes å være et fellestrekk ved flere psykiske lidelser. Formålet med denne oppgaven er å teoretisk undersøke mulige sammenhenger mellom henholdsvis avvisende og overinvolvert tilknytningsstil og de to distinkte emosjonsreguleringsstrategiene overregulering og underregulering. Vi presenterer teori og empiri om sammenhengene og diskuterer metodiske utfordringer innenfor tilknytningsforskning. Videre beskriver vi ulike terapeutiske tilnærminger til og foreslår spesifikke kliniske intervensjoner for psykoterapi med avvisende og overinvolverte pasienter. Intervensjonene i arbeid med avvisende pasienter dreier seg i stor grad om å hjelpe dem med å komme i kontakt med, uttrykke og reflektere rundt egne følelser. Intervensjonene i arbeid med overinvolverte pasienter søker derimot å hjelpe dem med å nedregulere overveldende følelser, for slik å kunne gjøre følelsene håndterbare og tilgjengelige for refleksjon. Gjennomgående i oppgaven ligger vår antakelse om at mange pasienter, på tvers av diagnosegrupper, vil tjene på intervensjoner som er ment å bidra til mer fleksibel emosjonsregulering.

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
Tilknytning .....	1
Tilknytningsmønstre hos barn .....	3
Tilknytningsmønstre hos voksne .....	4
Emosjoner.....	4
Emosjonsregulering .....	5
Mentalisering.....	6
Utvikling av mentaliseringsevne .....	7
Mentalisering, emosjonsregulering og mentalisert affektivitet .....	8
Formål og problemformulering.....	9
Avgrensning.....	10
<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
Systematisk litteratursøk .....	10
Problemformulering 1.....	10
Eksklusjonskriterier for problemformulering 1.....	10
Problemformulering 2.....	11
Eksklusjonskriterier for problemformulering 2 .....	12
Hånd søk for problemformulering 1 og 2.....	12
<b>Teoretiske og empiriske sammenhenger mellom avviseende og overinvolvert tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategier.....</b>	<b>13</b>
Begrepsavklaring – avviseende og overinvolvert tilknytning.....	13
Adult Attachment Interview (AAI) .....	13
Skåring av AAI.....	14

Avvisende "state of mind with respect to attachment" .....	14
Overinvolvert "state of mind with respect to attachment" .....	15
Sammenheng mellom fremmedsituasjonens og AAIs kategorier .....	16
Bowlby om emosjoner i tilknytningsrelasjoner.....	17
Main – fra atferd til indre arbeidsmodeller.....	18
Cassidy – tilknytningsstil hos barn og utvikling av emosjonsregulering .....	19
Emosjonsreguleringsstrategier ved engstelig-unnvikende tilknytning.....	19
Emosjonsreguleringsstrategier ved engstelig-ambivalent tilknytning.....	20
Mentaliseringsevne og emosjonsregulering .....	21
Problematisk speiling .....	22
Mangelfull kontingens .....	22
Mangelfull markering .....	22
En alternativ konseptualisering av tilknytningsstiler – dimensjonale fremstillinger .....	23
Kobak – sekundære strategier som hyperaktivering eller deaktivering .....	23
Mikulincer, Shaver og Pereg – et sosial- og personlighetspsykologisk perspektiv .....	25
Oppsummering av teoretiske tilnærminger .....	26
En innvending mot sammenlikning av empiri – hva måler hva? .....	26
Empiri med AAI som metode.....	30
Fysiologiske mål på emosjonsregulering .....	30

Atferdsmessige mål på emosjonsregulering .....	32
Empiri med selvrapporteringsskjema som metode.....	33
Kognitive mål på emosjonsregulering .....	33
Emosjonsregulering som medierende faktor mellom tilknytningsstil og psykisk lidelse.....	35
Oppsummering av empiriske resultater.....	36
<b>Kliniske tilnæringer i arbeidet med den avvisende og overinvolverte pasienten.....</b>	<b>37</b>
Etterlyst: Tilknytningsteori i klinisk praksis .....	37
Tilknytningsteori i psykoterapiforskning .....	38
Dozier og Bates – behandlingsrelasjonen som en tilknytningsrelasjon .....	40
Den avvisende pasienten .....	40
Den overinvolverte pasienten .....	41
Slades psykoanalytiske perspektiv – to kasus .....	41
Den avvisende pasienten .....	41
Den overinvolverte pasienten .....	42
Wallins tilknytningsperspektiv .....	44
Den avvisende pasienten .....	44
Den overinvolverte pasienten .....	45
Mentaliseringsbasert behandling .....	48
Den overinvolverte pasienten .....	48
Den avvisende pasienten .....	49
Emosjonsfokusert terapi (EFT) – konkrete intervensjoner .....	51
Den avvisende, overregulerte pasienten .....	53
Den overinvolverte, underregulerte pasienten.....	54



Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy (AEDP).....	55
Den avvisende pasienten .....	56
Den overinvolverte pasienten .....	57
Affektforberedelse – en behandlingstilnærming for den avvisende pasienten....	58
Den avvisende pasienten .....	59
Erfarne terapeuter om avvisende og overinvolverte pasienter – en kvalitativ studie .....	61
Fellestrekk ved arbeidet med de to pasientene .....	62
Den avvisende pasienten .....	63
Den overinvolverte pasienten .....	64
En integrert teoretisk modell .....	65
Daly og Mallinckrodt's modell – en veiviser til respondering ”in style” versus ”out of style” .....	67
<b>Diskusjon og noen kliniske implikasjoner .....</b>	<b>69</b>
Overinvolvert tilknytning – vanskelig å forske på? .....	69
Hvor avvisende er den avvisende pasienten? .....	69
Terapeutens egen tilknytningsstil og konsekvenser av denne .....	70
Endring av tilknytningsstil – et mål på vellykket psykoterapi? .....	70
Tilknytningsstil som intervensjonsguide – en god idé? .....	73
Begrensninger .....	75
<b>Sluttord.....</b>	<b>76</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>78</b>

## **Jeg føler, altså er jeg**

### **En teoretisk undersøkelse av sammenhenger mellom tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategier med implikasjoner for psykoterapi**

Gjennom historien har forståelsen av følelser og følelsenes betydning i enkeltmenneskets liv vært preget av motsetninger (Hjeltnes, 2013). De er blitt beskrevet som forstyrrende, nærmest farlige, og kilder til psykisk smerte. I dag anses følelser i stor grad som uttrykk for konstruktive utviklingsbehov (Binder, Hjeltnes & Schanche, 2013). For de fleste vil følelser, både positive og negative, være viktige deler av et rikt, meningsfullt liv. Følelsene skaper likevel tilsynelatende større problemer for noen enn for andre. En betydelig andel av psykiske lidelser kan sies å innbefatte ulike vansker knyttet til følelser (Kring & Sloan, 2010). Noen pasienter beskriver å ikke kjenne hva de selv føler. Andre pasienter har ingen vansker med dette, snarere tvert i mot – de opplever følelser som svært intense, og blir raskt emosjonelt overveldet. Ingen steder er disse forskjellene tydeligere enn i slike pasienter sine nære relasjoner til viktige andre.

Tidlige relasjonelle erfaringer med ens omsorgspersoner antas å påvirke senere relasjoner, på godt og vondt. Flere klinikere og forskere hevder erfaringene er essensielle for hvordan man senere forstår, forholder seg til og regulerer emosjonelle opplevelser (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Fosha, 2000; Wallin, 2007). Er det slik at kvaliteten på disse erfaringene leder til distinkte måter å gjøre dette på? Vil disse måtene i så fall være delvis uavhengige av diagnostiske kategorier, og eventuelt kunne fungere som alternative veiledere for intervensjoner i psykoterapi?

### **Tilknytning**

John Bowlby (1969, 1973, 1991), tilknytningsbegrepets far, argumenterte for at *tilknytning* – dannelsen av et emosjonelt bånd mellom et barn og dets omsorgsperson – er

nødvendig for barnets overlevelse og senere reproduksjon. *Tilknytningssystemet* blir av Bowlby (1969) definert som et biologisk og evolusjonært begrunnet motivasjonssystem, som sikrer barnets absolutte behov for nærhet til en eller flere omsorgspersoner. Barnets tilknytningsatferd besvares av omsorgsgiveren, og slik forsterkes barnets tilknytningsatferd overfor den aktuelle tilknytningspersonen (Fonagy et al., 2002).

Opprinnelig anså Bowlby i hovedsak fysisk nærhet som målet for tilknytningsatferd (Bowlby, 1969; Wallin, 2007). Senere utbrodering av teorien ledet til påstanden om at målet ved tilknytning også er et barns subjektive opplevelse av at omsorgspersonen er tilgjengelig og i stand til å møte dets ulike behov. Fysisk nærhet kan forstås som et symbol på omsorgspersonens tilgjengelighet (Wallin, 2007). En omsorgsperson kan imidlertid være fysisk tilstede og emosjonelt fraværende på samme tid. Bowlby definerer derfor omsorgspersonens *tilgjengelighet* som avhengig av både dens fysiske tilstedeværelse og emosjonelle responsivitet (Bowlby, 1991; Wallin, 2007). Denne responsiviteten blir antatt å være viktig for et aspekt ved tilknytning, som er tett sammenvevd med optimal psykologisk utvikling: Barnets opplevelse av at en ”sterkere og/eller visere” omsorgsperson makter å forstå de fysiologiske og emosjonelle behovene det gir uttrykk for, møte disse på en tilstrekkelig måte, og hjelpe det med å gi mening til og regulere dem (Bowlby, 1988; Fonagy et al., 2002; Fosha, 2000; Wallin, 2007). Dersom en omsorgsperson klarer dette i tilstrekkelig grad, vil det lede til det Sroufe og Waters (1977a) betegner som ”følt trygghet” hos barnet. Dette defineres som en subjektiv opplevelse av at omsorgspersonen er tilgjengelig. I tillegg til omsorgspersonens atferd, er følt trygghet avhengig av barnets indre erfaring, minner, humør, tanker og ideer (Sroufe & Waters, 1977a). Også barnets temperament ser ut til å være av betydning for kvaliteten på relasjonen mellom barn og omsorgsgiver (Kagan, 1984; Kagan & Snidman, 2013; Thomas, Chess & Korn, 1982), og derved også barnets opplevelse av følt trygghet.

**Tilknytningsmønstre hos barn.** Avgjørende for kvaliteten på tilknytningsrelasjonen er de pågående, dagligdagse interaksjonene mellom barnet og omsorgspersonen (Bowlby, 1988; Fonagy et al., 2002; Fosha, 2000; Wallin, 2007). Forenklet beskrevet vil den delen av barnets nonverbale atferd som vekker en harmonerende respons hos omsorgspersonen ”godkjennes”, og bli en del av barnets erfaring. Nonverbal atferd som leder til en aversiv respons eller fravær av en respons, utelukkes fra barnets handlingsrepertoar og, vil flere argumentere for, barnets bevissthet og opplevelse av sitt eget selv (Bowlby, 1988; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Wallin, 2007).

Kvalitative forskjeller mellom tilknytningsrelasjoner er blitt demonstrert av Mary Ainsworth gjennom hennes berømte serie av laboratorieprosedyrer kalt *fremmedsituasjonen* (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Hun klassifiserer ulike *tilknytningsmønstre* hos barn basert på deres atferd under en standardisert separasjons- og gjenforenings situasjon med sine omsorgspersoner.

Tilknytningsmønstrene deles inn i *trygg tilknytning* og tre ulike varianter av utrygg tilknytning – *engstelig-unnnvikende*, *engstelig-ambivalent*, og *disorganisert tilknytning* (Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1990). De trygt tilknyttede barna antas å ha omsorgspersoner som har kunnet respondere på og romme et bredt spekter av barnets nonverbale uttrykk. Dermed har barna kunnet utvikle en såkalt *primær tilknytningsstrategi*, som innebærer en balanse mellom nærhet og autonomi (Wallin, 2007). De utrygt tilknyttede barna antas å ha omsorgspersoner som av ulike årsaker, deriblant egen tilknytningshistorie, ikke har vært i stand til å gjenkjenne og anerkjenne barnets uttrykk for mentale og fysiologiske tilstander, eller til å regulere og dempe disse (Ainsworth et al., 1978; Wallin, 2007). De har dermed utviklet en *sekundær tilknytningsstrategi* for å kunne opprettholde den livsnødvendige tilknytningsrelasjonen (Bowlby, 1988; Wallin, 2007). Slike sekundære

tilknytningsstrategier innebærer hyperaktivering eller deaktivering av tilknytningsatferd, avhengig av hvordan barnet er blitt møtt av omsorgspersonen (Wallin, 2007).

**Tilknytningsmønstre hos voksne.** Mary Main har med sitt Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan & Main, i Hesse, 2008), som beskriver voksnes *indre arbeidsmodeller* med hensyn til tilknytning, rettet oppmerksomhet mot tilknytningsmønstre gjennom livsløpet. Hun har demonstrert en sammenheng mellom barns observerbare tilknytningsatferd i fremmedsituasjonen ved 12 måneder, og deres overordnede "state of mind with respect to attachment" fem år senere (Main et al., 1985). Det er også blitt vist at omsorgspersoners tilknytningsmønstre, målt ved AAI, predikerer deres barn sitt tilknytningsmønster i fremmedsituasjonen med 75 % sikkerhet når det gjelder trygg/utrygg tilknytning (van IJzendoorn, 1995). Main baserer seg på måten intervjuobjektet forteller om tilknytningsrelaterte erfaringer på når hun deler dem inn i ulike kategorier. En kategori defineres som *trygg*, og tre kategorier som utrygge: *avvisende* ("dismissive"), *overinvolvert* ("preoccupied"), og *disorganisert* ("unresolved/disorganized"). AAI-kategorien "avvisende" korrelerer med tilknytningsmønsteret "engstelig-unnvikende" i fremmedsituasjonen, "overinvolvert" korrelerer med "engstelig-ambivalent", og AAI-kategorien "disorganisert" korrelerer med et "disorganisert" tilknytningsmønster i fremmedsituasjonen (van IJzendoorn, 1995).

## **Emosjoner**

Det har vist seg vanskelig å komme til enighet om en felles definisjon av fenomenet emosjon. Det er imidlertid konsensus om at emosjon er knyttet til ulike komponenter av erfaring, deriblant indre kroppslig aktivering, aktiveringens nonverbale uttrykk og den subjektive opplevelsen av den fysiologiske aktiveringen, utløst av en indre eller ytre hendelse (Greenberg, 2011; Keltner & Gross, 1999; Oatley & Jenkins, 1996; Rinn, 1984; Sloan &

Kring, 2007; Sroufe, 1996). Sentralt i de fleste beskrivelser av fenomenet emosjon er også emosjonenes funksjonelle og kommunikative aspekter (Binder, Hjeltnes, Nielsen & Schanche, 2013; Greenberg, 2011; Fosha, 2000; Svendsen & Jacobsen, 2013). Emosjoner gir oss informasjon om hvordan omgivelsene virker på oss, tydeliggjør våre behov, og gir retning og styrke til tenkning og handling (Greenberg, 2011). Vi velger å bruke affekt og følelse som synonymmer til emosjon, da de ofte blir benyttet for å beskrive samme kliniske fenomen (Binder, Hjeltnes, Nielsen & Schanche, 2013; Schanche, Hjeltnes, Berggraf & Ulvenes; 2013).

**Emosjonsregulering.** Kring og Sloan (2010) hevder at et flertall av psykiske lidelser i DSM-systemet inkluderer minst ett symptom som reflekterer vansker knyttet til emosjoner. Flere symptomer på psykisk lidelse kan forstås som uhensiktsmessige måter å regulere sine egne emosjoner på, eksempelvis alkohol- og substansmisbruk, angst og depresjon, problemer knyttet til interpersonlig samhandling og tvangsatferd.

Studiet av emosjonsregulering har røtter i både tidlige psykoanalytiske teorier om psykologiske forsvarsmekanismer, og i stress- og mestringstradisjonen (Gross, 1998). Tradisjonelt har man fremhevet betydningen av reduksjon av negativ affekt når man har skullet definere fenomenet. Gross hevder imidlertid at forståelsen av affektregulering må utvides til også å gjelde økning og vedlikeholdelse av affekter. Begrepet emosjonsregulering har vært mye diskutert, og forsøkt definert på ulike måter (Gross & Thompson, 2007; Siegel, 2012). Gross (1998) definerer emosjonsregulering som “prosessene der vi påvirker hvilke emosjoner vi har, når vi har dem, og hvordan vi opplever og uttrykker dem” (Gross, 1998, s. 275, egen oversettelse). Han argumenterer for at forståelsen av affektregulering bør begrenses til en persons forhold til sine egne affekter, og ikke omhandle affektregulering i samspill med andre (Gross, 1998).

Thompson (1994) hevder derimot at en betydelig andel av emosjonsregulering skjer

ved hjelp av og i interaksjoner med andre. En sentral og viktig del av omsorgsgiverens oppgave er å registrere, tolke og modulere barnets aktiveringstilstand. I følge Thompson består emosjonsregulering av ”de indre og ytre prosessene som er ansvarlige for overvåkning, evaluering og modifisering av emosjonelle reaksjoner, særlig intensiteten og varigheten av dem, for å oppnå ens mål” (Thompson, 1994, s. 27-28, egen oversettelse). Her framheves det sosiale aspektet ved emosjonsregulering, og emosjonsregulering blir slik mer enn kun tilegnede strategier for å øke eller redusere intensiteten i emosjonelle erfaringer.

I tråd med forståelsen av emosjon involverer dermed emosjonsregulering en endring av fysiologisk aktivering og den subjektive opplevelsen av aktiveringen. I dette inngår både strategier for å nedregulere eller dempe uønskede emosjoner og strategier for å generere og styrke emosjoner (Gross & Thompson, 2007), alene eller i samsill med andre.

### **Mentalisering**

Forskere innen mentaliseringsorienterte tradisjoner har imidlertid innvendt at Thompson (1994) og Gross (1998) sine definisjoner av emosjonsregulering er for snevre. Fonagy et al. (2002) har tatt til orde for at mentaliseringsbegrepet må inkluderes i definisjonen av fenomenet. De mener mentalisering fungerer som en virkningsmekanisme i utviklingen av emosjonsregulering (Fonagy et al., 2002).

Mentalisering ble for alvor introdusert til det kliniske feltet ved utgivelsen av *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self* (Fonagy et al., 2002). I Fonagy et al. (2002) sin teori om mentalisering, er både teorier om emosjonsregulering og tilknytningsteori sentrale elementer. Teorien er nært beslektet med flere psykodynamiske fremstillinger av de utviklingspsykologiske følgene av barnets omsorgsmiljø, slik de blir beskrevet i tilknytningsteori (Bowlby, 1969), objektrelasjonsteori (Bion, 1962; Winnicott, 1965) og selvpsykologi (Kohut, 1977). Alle disse teoretikerne legger stor vekt på

betydningen av omsorgspersonens evne og tilbøyelighet til å avlese, modulere og speile barnets tilstandsuttrykk for barnets psykiske strukturering og emosjonelle utvikling. Ingen av modellene har imidlertid foreslått et spesifikt fenomen som kan forklare denne prosessen. Fonagy et al. (2002) sin mentaliseringsteori forklarer utviklingen av personers evne til å tenke om seg selv og andre som innehavere av et sinn. Mentalisering defineres som en implisitt, ubevisst prosess som muliggjør tolkning av egne og andres handlinger som meningsfulle, på bakgrunn av intensjonelle mentale tilstander som ønsker, følelser, fornuft eller tanker. Slik involverer mentalisering også metakognitive evner – det å kunne tenke om tenkning (Fonagy, 2002).

**Utvikling av mentaliseringsevne.** Spedbarnet kommuniserer med omsorgsgiveren gjennom udifferensierte affekter som grovt indikerer om barnet har det bra eller dårlig (Fonagy et al., 2002). Forskning viser at omsorgsgiverens speiling av barnets globale affektuttrykk gjør barnet sensitivt for kategoriske forskjeller mellom egne emosjonelle tilstander. ”Dårlig” blir differensiert til eksempelvis frykt, sinne og smerte, og ”bra” til glede og interesse (Fonagy et al., 2002). Utvikling av evnen til mentalisering avhenger av at emosjonelt inntonede foreldre formidler empati og mestringskapasitet gjennom både *kontingent* og *markert* speiling av affekter.

Kontingent speiling innebærer at omsorgsgiverens stemme- og ansiktsuttrykk korresponderer med barnets affektive tilstand. Slik blir omsorgsgiverens emosjonelle uttrykk en representasjon av barnets egne affekter. For at slike emosjonsuttrykk hos omsorgspersonen skal oppfattes som barnets egen emosjonelle opplevelse, og ikke omsorgspersonens, må speilingen i tillegg være markert. Slik markert speiling er gjerne noe overdrevet, og signaliserer eksempelvis at man forstår at barnet er redd, men at det ikke er noen reell fare. Markert speiling vil til en viss grad føre til at emosjonen fjernes fra det



direkte sosiale samspillet, og omsorgspersonen formidler at emosjonen kan mestres gjennom å betraktes og gjøres til gjenstand for tenkning (Fonagy et al., 2002).

Fonagy et al. (2002) omtaler tre modi av psykologisk erfaring: *Psykisk ekvivalens*, *pretend-modus* og *mentalisering*. Psykisk ekvivalens og pretend-modus kan ses som subjektive opplevelsesmåter, som er forløpere for mentalisering. I psykisk ekvivalensmodus blir mentalt innhold koblet til karakteristika i den fysiske verden, slik at den indre verden og den ytre virkeligheten er uløselig knyttet sammen. Hvis barnet opplever verden på en bestemt måte er det slik verden er. Fordi barnet ikke differensierer mellom den psykiske og den fysiske verden, kan emosjoner og relaterte tanker oppleves som reelle, ytre hendelser, og dermed utløse sterke følelser (Bateman & Fonagy, 2006/2007). I pretend-modus spalter barnet derimot det indre og det ytre fra hverandre, slik at de to verdenene ikke har noe med hverandre å gjøre. I denne modusen utvikler barnet en forståelse av at lek og virkelighet ikke er det samme – det å ”late som” er ikke lenger ensbetydende med å handle. Barnet internaliserer en forståelse av forskjellen mellom indre, mentale opplevelser, og den ytre, fysiske verden. Denne modusen har viktige funksjoner for barnets regulering av følelser (Bateman & Fonagy, 2006/2007; Fonagy et al., 2002).

Differensiert mentalisering blir først mulig når psykisk ekvivalens og pretend modus blir integrert (Fonagy et al., 2002). I mentaliseringsmodus forstår man at den indre verden er separat fra, men også relatert til den ytre virkeligheten. Da blir det mulig å reflektere over hvordan våre tanker, følelser og fantasier påvirker, og påvirkes av, hendelser i omgivelsene (Bateman & Fonagy, 2006/2007). I følge Fonagy et al. (2002) utvikles disse modusene sekvensielt i løpet av barnets utvikling.

**Mentalisering, emosjonsregulering og mentalisert affektivitet.** Fonagy et al. (2002) presenterer en utviklingsprosess i evnen til emosjonsregulering, der man går fra en homeostatisk tilstand preget av ikke-bevisst, spontan og ikke-reflekterende regulering av

emosjoner, til å ideelt sett resultere i *mentalisert affektivitet*. Denne formen for affektivitet betegner evnen til å romme betydningen av ens egne affekttilstander, og innebærer at man er bevisst sine affekter mens man forblir i den affektive tilstanden (Fonagy et al., 2002). Fonagy et al. (2002) omtaler denne formen for regulering som den ultimate form for affektregulering. De mener at den refleksive funksjonen, eller mentaliseringsevnen, gjør det mulig å betrakte sin egen indre verden, og gjennom dette fungere emosjonsregulerende.

### **Formål og problemformuleringer**

Tilknytningsteori gir en teoretisk bakgrunn for å forstå hvordan emosjonsreguleringsvansker kan ha oppstått. Vi tenker oss at svært mange med psykiske lidelser er utrygt tilknyttet på en eller annen måte, og kan beskrives ut i fra Mains begreper avvisende og overinvolvert tilknytningsstil. På samme vis antar vi at en stor andel av pasienter innen psykisk helsevern kan beskrives som henholdsvis overregulert og underregulert emosjonelt sett. Flere teoretikere hevder at det er en sammenheng mellom disse fenomenene. I det følgende presenterer vi først teori og empiri som belyser relasjoner mellom avvisende og overinvolvert tilknytning og emosjonsreguleringsstil. Deretter presenterer, foreslår og diskuterer vi ulike terapeutiske tilnærminger som belyser behandling av og intervensjoner rettet mot avvisende og overinvolvert tilknyttede pasienter. Til slutt drøfter vi kliniske implikasjoner av det vi har presentert i oppgaven. Med dette som bakteppe ønsker vi å utforske følgende problemformuleringer:

- 1) *Er det en sammenheng mellom avvisende og overinvolvert tilknytningsstil og overregulering og underregulering av emosjoner?*
- 2) *Hvordan kan man som terapeut møte disse pasientgruppens ulike terapibehov?*

**Avgrensning.** Mains tredje utrygge kategori, disorganisert, er vist å korrelere med svært alvorlig psykopatologi, eksempelvis psykoseproblematikk og alvorlige traumelidelser,

som dissosiative lidelser (Carlson et al., 1989; Wallin, 2007). For pasienter med et slikt sykdomsbilde, vil intervensjoner som retter seg mot ulike emosjonsreguleringsstrategier neppe være tilstrekkelig, selv om de kan tenkes å være av nytte.

## Metode

### Systematisk litteratursøk

**Problemformulering 1.** Litteratursøket ble utført på databasene PsychInfo og Isi Web of Science 31.01.2014. Vi brukte søkeordene *affect regulation/emotion regulation* og *adult attachment/adult attachment style*. Det ble ikke satt noen tidsramme for hvor langt tilbake i tid søket skulle gjelde, da vi ønsket et bredt fokus. Vi fikk et resultat på 143 studier i Isi Web of Science. I PsychInfo fikk vi med samme søkeord et resultat på 13 studier. Sammendragene til de gjeldende artiklene ble lest og deretter diskutert med tanke på relevans. Trettiåtte artikler ble vurdert som relevante. Inklusjonskriterier var at studiene hadde et teoretisk eller empirisk fokus på mulige sammenhenger mellom tilknytningsstil hos voksne og emosjonsregulering. Teoretiske gjennomganger av tilknytningsstil hos barn ble inkludert da de ble vurdert som relevante for å belyse vår problemstilling.

**Eksklusjonskriterier for problemformulering 1.** Artikler som omhandler trygg tilknytning og disorganisert tilknytning (her innbefattet psykose- og dissosiasjonsproblematikk) ble utelukket da de ikke belyser problemformuleringene våre. Det samme gjaldt artikler som sammenslår kategoriene avvisende og overinvolvert tilknytning til en felles ”utrygg” kategori. Vi valgte videre å utelukke artikler som undersøker variabler som vi anså som spesifikke uttrykk for en dysfunksjonell emosjonsregulering, deriblant voldsutøvelse, trøstespising og rusmisbruk. Vi vurderte det som at disse ikke belyser det å være overregulert eller underregulert emosjonelt sett, men heller en mer dysregulert fungering. Artikler som omhandler sammenhengen mellom tilknytningsstiler og

andre fenomen, deriblant selvfølelse, personlighet, religiøsitet, yrkesmessig fungering og gruppefungering ble også utelukket, da heller ikke disse er relatert til problemstillingene våre. Artikler om demografiske og kulturelle forskjeller i utbredelse av tilknytningsstilene ble heller ikke ansett som relevante. Én artikkel beskrev sammenhengen mellom tilknytningsstil og holdninger til seksualitet, og ble utelukket på grunn av manglende relevans. Videre ekskluderte vi studier der psykometriske egenskaper ved nye kartleggingsverktøy for tilknytning ble undersøkt. Vi vurderte studier som omhandlet tilknytningsstil sett i sammenheng med ulike somatiske tilstander, som smertelidelser og kroniske sykdommer, som lite relevante for oppgavens fokus. Når det gjaldt studier som beskrev somatisering og aleksitymi valgte vi å ekskludere også disse – de uklare relasjonene mellom de spesifikke tilknytningsstilene og disse fenomenene krever en større utgreiing enn rammene for denne oppgaven tillater. Vi avgrenset oss også fra artikler med et nevropsykologisk fokus. Selv om dette er et spennende forskningsområde i stadig utvikling, er vi i dette arbeidet interessert i de *kliniske implikasjonene av pasienters subjektive opplevelse* av følelser. Vi vurderte derfor nevrale grunnlag for emosjonsregulering som på siden av vår problemstilling.

**Problemformulering 2.** Litteratursøket ble utført på databasene PsychInfo og Isi Web of Science i perioden 02.03.2014. Søkeord brukt var *adult attachment style* og *psychotherapy process*. I PsychInfo fikk vi bare ett resultat med disse søkeordene. Vi valgte derfor å bruke *adult attachment* heller enn *adult attachment style* når vi søkte i denne databasen. Det ble ikke satt noen tidsramme for hvor langt tilbake i tid søket skulle gjelde, da vi ønsket et bredt fokus. Vi fikk et samlet resultat på 43 artikler i Isi Web of Science, og 13 artikler på PsychInfo. Sammendragene til de gjeldende artiklene ble lest og diskutert med tanke på relevans. Fjorten artikler ble vurdert som relevante, i tillegg til fem artikler funnet under litteratursøket til problemformulering 1. Inklusjonskriterier var at studiene omhandlet

kliniske implikasjoner for arbeid med pasienter med avvisende og/eller overinvolvert tilknytningsstil, eller tilsvarende begreper.

***Eksklusjonskriterier for problemformulering 2.*** Artikler som hverken omhandlet avvisende eller overinvolvert tilknytningsstil ble ekskludert. Videre ble artikler om behandling av barn, samt gruppeterapi utelukket, da vi ville fokusere på individualterapi med voksne pasienter. To studier som undersøkte sammenhenger mellom terapiutfall og pasienters interpersonlige stil målt ved *Inventory of Interpersonal Problems (IIP)*, heller enn tilknytningskategorier, ble også ekskludert. Selv om det er vist å være en sammenheng mellom IIP-profiler og spesifikke tilknytningsstiler, er ikke disse sidestilt med hverandre. Vi utelukket også en kassustudie der man undersøkte verdien av å bruke Rorschach for å få tilgang til pasienters tilknytningsstil.

### **Hånd søk for problemformulering 1 og 2**

Utover dette ble det også gjort et hånd søk for begge problemformuleringene, basert på søk via databasene PsychInfo, Isi Web of Science, Google Scholar og Bibsys Ask i perioden 01.04.2013 til 05.04.2014. Vi brukte søkeordene *attachment, attachment style, adult attachment, adult attachment style, preoccupied attachment, dismissive attachment, attachment anxiety, attachment avoidance, emotion, emotion regulation, affect regulation, hyperactivating strategies, deactivating strategies, treatment, psychotherapy, interventions* og *clinical implications*. I tillegg har vi brukt relevant litteratur funnet i referanselister i artiklene fra litteratursøket. Artikler av Diana Fosha ble hentet fra internettsiden <http://www.aedpinstitute.org/publications/articles/>.

## **Teoretiske og empiriske sammenhenger mellom avvisende og overinvolvert tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategier**

### **Begrepsavklaring – avvisende og overinvolvert tilknytning**

**Adult Attachment Interview (AAI).** Begrepene avvisende og overinvolvert tilknytningsstil ble, som nevnt innledningsvis, skapt av Main og hennes kolleger i sammenheng med utviklingen av AAI (George et al., i Hesse, 2008). AAI ble utviklet ved å analysere intervjutranskripsjoner til foreldre hvis barns tilknytningsstil i fremmedsituasjonen allerede var kjent. Ved å identifisere forskjeller og likheter mellom transkripsjonene når det gjaldt kvalitet og diskurs, kom man frem til en trygg kategori og de to usikre kategoriene avvisende og overinvolvert. Personer kan videre klassifiseres som disorganiserte i tillegg til å tilfredsstillende kriteriene for en av de andre kategoriene (Hesse, 2008).

AAI ble altså eksplisitt utformet med fremmedsituasjonen som utgangspunkt, og metoden er ment å undersøke de samme fenomenene som Ainsworths prosedyre (Hesse, 2008; Wallin, 2007). Den metodologiske tilnærmingen er likevel tydelig ulik. Fremmedsituasjonen baserer seg på et barns observerbare atferd i en spesifikk situasjon innenfor en bestemt relasjon, mens AAI tar sikte på å undersøke en voksen persons "state of mind with respect to attachment" (Main, 1995). Denne beskrives som et individs generelle, organiserte måte å regulere oppmerksomhet på i møte med tilknytningsrelaterte stimuli, det være seg i løpet av intervjuet, i interpersonlige interaksjoner, eller ved intrapersonlig refleksjon (Hesse, 2008). En persons AAI-klassifisering utgjør en rådende "state of mind", som gjennomsyrrer diskusjonen av ofte nokså forskjellige tilknytningsrelasjoner og tema (Hesse, 2008; Main, 1995; Wallin, 2007).

**Skåring av AAI.** Skåringssystemet for AAI er basert på ulike skalaer. Disse karakteriserer en persons barndomsopplevelser med hver av omsorgspersonene, slik koderen oppfatter dem, både med tanke på omsorgspersonenes atferd og hvordan intervjuobjektet omtaler dem. I tillegg skåres den overordnede *koherensen* gjennom intervjuet. Et narrativ demonstrerer en høy grad av koherens dersom det viser troverdighet og kvalitet, dersom det holder seg innenfor en viss kvantitet og dersom måten informasjonen presenteres på er preget av tydelige ord og uttrykk heller enn sjargong, ”liksomord”, eller innøvde og lite umiddelbare svar (Hesse, 2008).

For å bli klassifisert som trygg, må intervjuobjektet følge prinsippene for koherens og demonstrere en tilfredsstillende grad av samarbeid med intervjueren (Main, 1995). Personer med en trygg ”state of mind with respect to attachment” demonstrerer et balansert syn på tidlige tilknytningserfaringer, tillegger tilknytningsrelasjoner verdi, og er fleksible i måten de diskuterer hvordan tilknytningsrelasjoner har påvirket deres egen utvikling (Hesse, 2008). Ettersom koherens er den avgjørende målestokken for en trygg AAI-klassifisering, kan et bredt spekter av barndomsopplevelser være assosiert med kategorien. I de fleste tilfeller blir likevel foreldreatferd beskrevet som kjærlig, og beskrivelsen akkompagneres av spesifikke minner om kjærlig foreldreatferd (Hesse, 2008).

**Avvisende ”state of mind with respect to attachment”.** AAI-kategorien avvisende er teoretisk sett parallell med fremmedsituasjonskategorien engstelig-unnvikende. Barn med en engstelig-unnvikende tilknytningsstil utforsker fritt omgivelsene under fremmedsituasjonen, men søker ikke trøst hos omsorgspersonen i konvensjonelt truende situasjoner (Ainsworth et al., 1978). De reagerer tilsynelatende ikke på å bli atskilt fra omsorgspersonen og fremstår misvisende blaserte. Studier av slike barn tilsier at de har like høy hjerterate under separasjonsperioder som trygt tilknyttede barn, og høyere kortisolnivå enn dem, både før og etter en separasjonsperiode (Spangler & Grossmann, 1993; Sroufe & Waters, 1977b).

Voksne som klassifiseres som avvisende ved AAI deler den tilsynelatende upåvirkede stilen i møte med tilknytningsrelaterte tema. Intervjutranskripsjonene deres er ofte korte, og svarene virker å undergrave tilknytningserfaringers verdi og påvirkningskraft. Avvisende personer har en tendens til å fortelle generelt og normaliserende om barndomsopplevelser og utdyper ikke disse videre ved oppfølgingsspørsmål. Ofte besvares spørsmål med ”jeg husker ikke”. Idealisering av omsorgspersoner eller nedsettende omtale av dem kan forekomme, førstnevnte i størst grad (Hesse, 2008). Videre gis det uttrykk for få følelser underveis i intervjusituasjonen, og selvet omtales som regel som selvstendig, sterkt og normalt (Fonagy et al., 2002; Hesse, 2008; Wallin, 2007). Transkripsjoner av intervju med avvisende voksne bryter gjennomgående prinsippene for kvalitet og kvantitet med tanke på koherens (Hesse, 2008). En meta-analyse av fordelingen av AAI-klassifikasjoner viser at 24 % av menn og kvinner i et ikke-klinisk utvalg kan klassifiseres som avvisende. I kliniske utvalg og høyrisikoutvalg er andelen 26 % (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1993).

***Overinvolvert "state of mind with respect to attachment"***. AAI-kategorien overinvolvert er teoretisk sett parallell med fremmedsituasjonskategorien engstelig-ambivalent. Barn som klassifiseres som engstelig-ambivalente i fremmedsituasjonen viser kun begrenset utforskning og lek, på tross av omsorgspersonens tilstedeværelse. De fremstår som oppslukte av omsorgspersonens bevegelser og atferd, og er i likhet med trygt tilknyttede barn synlig fortvilte under separasjonsperioder. I motsetning til sine trygt tilknyttede jevnaldrende, lar de seg imidlertid ikke berolige av omsorgspersonen ved dens tilbakekomst. De kan reagere med sinne, svinge mellom aktive forsøk på å tiltrekke seg omsorgspersonens oppmerksomhet og utrykke avvisning av dem, eller tilsynelatende kun være i stand til spake forsøk på oppmerksomhet og samhandling (Ainsworth et al., 1978).

Voksne som klassifiseres som overinvolverte ved bruk av AAI fremstår ofte som sinte, passive, eller fryktsomme under intervjuet. Tilsvarende engstelig-ambivalente barns



stadige overvåkning av omsorgspersonen, virker overinvolverte voksne distraheret av tidligere tilknytningsrelasjoner og tilknytningserfaringer. De kan vakle mellom positive og negative evalueringer av omsorgspersoner. Ofte viser de en ubalansert skyldfordeling der enten omsorgspersonene eller intervjuobjektet selv blir overdrevent klandret for tidligere hendelser. Setningene deres er som regel lange og innfløkte, med vage ord eller uttrykk og en tidvis ”psykologisk” sjargong. Transkripsjonene av overinvolverte personers intervjuer er betydelig lengre enn avvisende personers, og de bryter med koherensprinsippene for kvantitet og måten informasjonen presenteres på (Hesse, 2008). I Bakermans-Kranenburg og van IJzendoorn (1993) sin meta-analyse, ble 18 % av det ikke-kliniske utvalget klassifisert som overinvolvert. I kliniske utvalg og høyrisikoutvalg er andelen 25 %.

***Sammenheng mellom fremmedsituasjonens og AAI-kategorier.*** Forskning på samsvar mellom fremmedsituasjonskategorier og ”states of mind with respect to attachment” oppnår, som nevnt, høye korrelasjoner (van IJzendoorn, 1995). Fonagy et al. (2002) oppsummerer flere longitudinelle studier, hvor barn klassifisert som trygge eller usikre i fremmedsituasjonen ved 12 måneder klassifiseres på samme måte ved bruk av AAI i voksen alder i 68-75 % av tilfellene. Når det gjelder samsvar mellom barn og deres omsorgsgiveres kategoritilhørighet, er denne størst for trygg tilknytning og trygg ”state of mind with respect to attachment”. Korrelasjonen er likevel også betydelig mellom engstelig-unnvikende barn og avvisende foreldre, men mindre uttalt når det gjelder engstelig-ambivalente barn og overinvolverte foreldre (van IJzendoorn, 1995).

Selv om AAI bruker betegnelsen ”state of mind with respect to attachment” vil vi i fortsettelsen for enkelhets skyld bruke ”tilknytningsstil” som generell betegnelse på en persons rådende tilknytningsmønster. Begrepet tilknytningsstil favner om flere teoretiske og metodiske tilnærminger.

### **Bowlby om emosjoner i tilknytningsrelasjoner**

Bowlby (1969, 1973, 1991) var tidlig ute med å beskrive samspillsmønstre og utvikling av affektive bånd i tilknytningsrelasjoner. Han beskriver hovedsakelig tilknytning hos barn. I og med at tilknytningsstil i barndommen og voksen alder korrelerer (Fonagy et al., 2002; van IJzendoorn, 1995), kan det argumenteres for at teorier om tilknytning hos barn belyser forskjeller i tilknytningsstil hos voksne på en meningsfull måte.

Bowlby har ikke et spesifikt fokus på relasjoner mellom tilknytning og emosjonsregulering, men beskriver først og fremst selve utviklingen av tilknytningsmønstre. Selv om han ikke bruker begrepet emosjonsregulering, berører han likevel fenomen som har tydelige fellestrekk med emosjonsreguleringsbegrepet slik det brukes av teoretikere og forskere i dag (Gross, 1998; Thompson, 1994). Bowlby var opptatt av hvilken rolle emosjoner spiller i tilknytningen mellom barnet og omsorgsgiveren, og hvordan tilknytningsrelasjonen kan forklare et individs opplevelse av følelser. I tillegg til å beskrive de adaptive fordelene ved en trygg tilknytning, forsøker han å gi forklaringer på hvordan ulike former for utrygg tilknytning forstyrrer emosjonsregulering, sosial tilpasning og mental helse (Mikulincer & Shaver, 2007).

I *Loss* (1991) beskriver Bowlby noe han anser som et normalfenomen: Når tilknytningssystemet trues ved separasjon, vil barnet i etterkant behandle omsorgspersonen som en fremmed over en kortere periode. Bowlby forstår responsen som at barnet ”skruer av” behovet for nærhet ved separasjon fra omsorgsgiveren. For noen individer ser det ut til at tilknytningssystemet er blitt deaktivert på mer permanent basis. Bowlby knytter fenomenet sammen med *defensiv eksklusjon* (”defensive exclusion”): Prosesser der barnet sorterer ut informasjon fra omgivelsene som er innholdsmessig vanskelig å integrere i selvbylde og selvfølelse (Bowlby, 1991). Bowlby lener seg på kognitive teorier om hvordan mennesker selekterer ut informasjon før den har nådd bevisstheten (Norman, 1976). Når omsorgsgiveren

gjentatte ganger responderer på noen av barnets signaler på en aversiv måte, mener Bowlby (1991) at dette kan føre til en følelsesmessig avstengning hos barnet. Indre eller ytre signaler som vanligvis fører til aktivering av tilknytningsatferd, selekteres vekk (Bowlby, 1991). Slik håndterer barnet det u håndterbare i å ”vite noe hun ikke skal vite, og føle noe hun ikke skal føle” (Bowlby, 1988, s. 99, egen oversettelse), og barnet opprettholder relasjonen. En slik strategi er i tråd med karakteristikkene av voksne med avvisende tilknytning (Wallin, 2007), og har implikasjoner for barnets evne til å registrere, regulere og uttrykke følelser og ønsker som normalt følger med aktivering av tilknytningssystemet.

Bowlbys begrep defensiv eksklusjon kan ved første øyekast virke mindre relevant for personer med en overinvolvert tilknytningsstil. Vi spekulerer imidlertid i hvorvidt defensiv eksklusjon likevel kan inngå i utviklingen av denne tilknytningsstilen. Det kan tenkes at overinvolverte personer har erfart at omsorgsgivere responderer på noen følelser og ikke andre, og at de dermed har lært seg å ekskludere følelser som oppleves å true nærhet til omsorgspersonen.

### **Main – fra atferd til indre arbeidsmodeller**

Main har fått æren for å flytte tilknytningsforskningens fokus fra observerbar atferd hos barn, til voksnes symbolske verden (Wallin, 2007). Hun postulerer at strategier for å optimalisere tilknytning til omsorgspersonen først er nedfelt i strategier for atferd og kommunikasjon. I takt med kognitiv utvikling og gjentatt erfaring, utvides disse til strategier for symbolisering og oppmerksomhet. Slik utvikles indre arbeidsmodeller for tilknytning. Disse bestemmer omfanget og karakteren av personers tilgang til tilknytningsrelaterte emosjoner, minner og behov (Main, 1995). Videre hevder Main at strategiene for symbolisering og oppmerksomhet tas i bruk aktivt. Det er altså ikke slik at det unnvikende barnet og den avvisende voksne er uvitende om tilknytningens personens tilgjengelighet. De

distraherer seg selv fra tilknytningsrelaterte stimuli og behov disse måtte utløse. Det ambivalente barnet og den overinvolverte voksne er tilsvarende ikke bare overdrevent opptatt av omsorgspersonens tilgjengelighet – de begrenser oppmerksomheten sin til å i hovedsak overvåke omsorgspersonen, og søker aktivt nærhet til ham eller henne (Main, 1995).

### **Cassidy – tilknytningsstil hos barn og utvikling av emosjonsregulering**

Jude Cassidy var, med utgivelsen av *Emotion Regulation: Influences of Attachment Relationships* (1994), en av de første som eksplisitt beskrev tilknytning i sammenheng med emosjonsregulering. Artikkelen har hatt stor betydning for senere forskning på, og forståelse av, hvordan tilknytningsstil henger sammen med evnen til å regulere følelser. I likhet med Bowlby, beskriver Cassidy (1994) hovedsakelig tilknytning hos barn.

**Emosjonsreguleringsstrategier ved engstelig-unnvikende tilknytning.** Flere forskere har vist at barn med en engstelig-unnvikende tilknytningsatferd ofte har opplevd gjentatte avvisninger fra foreldre når de har søkt nærhet og hatt behov for omsorg (Ainsworth et al., 1978; Grossmann, Grossmann, Spangler, Suess & Unzner, 1985). I en slik kontekst mener Cassidy (1994) at barnet vil kunne utvikle strategier for å redusere eller maskere negative følelsesmessige opplevelser som sinne, tristhet og frykt, men også positive følelser som glede. Slike følelsesmessige uttrykk fungerer som en investering i relasjonen, og står i motsetning til en strategi som handler om å distansere seg fra omsorgsgiveren (Cassidy, 1994). Denne unnvikende emosjonsreguleringsstrategien har som funksjon å redusere barnets aktiveringsnivå. Den forhindrer direkte og potensielt farlige emosjonelle uttrykk rettet mot omsorgsgiveren, og forebygger slik en potensiell avvisning. Fenomenet Cassidy beskriver her har tydelige likhetstrekk med Bowlbys beskrivelser av defensiv eksklusjon.

Cassidy (1994) refererer til flere studier som viser at engstelig-unnvikende barn har en tendens til å maskere negativ affekt i interaksjon med omsorgsgiveren (Braungart &

Stifter, 1991; Malatesta, Culver, Tesman & Shepard, 1989; Spangler & Grossmann, 1993). Hun beskriver også studier som viser at barn med en engstelig-unnvikende stil hovedsakelig formidler positive følelser som tilfredshet og glede, men at negative følelser uteblir i møte med omsorgsgiveren (Grossmann, Grossmann & Schwan, 1986).

**Emosjonsreguleringsstrategier ved engstelig-ambivalent tilknytning.** Cassidy hevder at mange barn med en engstelig-ambivalent tilknytningsatferd har vokst opp med omsorgsgivere som har møtt barnet på en inkonsistent og uforutsigbar måte, og viser til flere studier som støtter dette (Ainsworth et al., 1978; Belsky, Rovine & Taylor, 1984; Grossmann et al., 1985; Cassidy & Berlin, 1994). Erfaringer i form av neglekt ser også ut til å henge sammen med ambivalente tilknytningsmønstre hos barn (Youngblade & Belsky, 1990). Cassidy (1994) mener at foreldre med en slik omsorgsstil har en tendens til å respondere først når barnet formidler sterke og intense emosjonelle uttrykk. Barn som vokser opp i en slik kontekst vil kunne tenkes å utvikle strategier for å øke intensiteten i den affektive erfaringen (Main & Solomon, sitert i Cassidy, 1994). Cassidy (1994) hevder at barn med en slik tilknytningsstil i større grad enn andre barn fester seg ved truende aspekter ved en situasjon, i tillegg til at de tolker og responderer på ufarlige situasjoner som om de var truende. Strategien skaper en forstyrret persepsjon av sosiale samspill og relasjoner (Cassidy, 1994).

Cassidy viser til at flere studier har funnet at en forhøyet negativ emosjonalitet utgjør en markør for engstelig-ambivalent tilknytning i fremmedsituasjonen (Ainsworth et al., 1978; Braungart & Stifter, 1991; Shiller, Izard & Hembree, 1986). Flere studier har også funnet at barn med denne typen tilknytning oftere blir redde enn barn med trygg tilknytning eller med usikker-unnvikende tilknytning (Ainsworth, 1992; Bretherton & Ainsworth, 1974; Calkins & Fox, 1992; Miyake, Chen & Campos, 1985). Det er imidlertid ikke forskning som tydelig demonstrerer at barn med en engstelig-ambivalent tilknytningsstil øker intensiteten i negative

affekter. Cassidy (1994) adresserer et behov for å operasjonalisere hva intensivering av negative affekter innebærer.

### **Mentaliseringsevne og emosjonsregulering**

Mentaliseringsbegrepet benyttes for å forklare hvordan tidlige tilknytningserfaringer preger utviklingen av emosjonsregulering gjennom den fremvoksende kapasiteten til å kunne reflektere over seg selv og andre. Takket være mentalisert affektivitet, blir mentalisering involvert i funksjonell emosjonsregulering.

Fonagy et al. (2002) sin sosiale feedback-modell for affektspeiling bygger på antakelsen om et komplekst biososialt system. Spedbarnet drives instinktivt til å gi atferdsmessige uttrykk for de dynamiske forandringene i dets indre affekttilstander, mens omsorgspersonen instinktivt drives til å avspeile barnets atferdsmessige tilstandsuttrykk på en tydelig måte. De psykiske strukturene som tillater barnet å tenke om følelser, tanker og intensjoner hos seg selv og andre antas å bli etablert gjennom internalisering av relasjonen barn-omsorgsgiver (Fonagy et al., 2002).

Når barnet kjenner et ubehag som det ikke har forutsetning for å håndtere på egenhånd, er barnet avhengig av en tilknytningsfigur som hjelper det med å modulere overveldende følelser. Ifølge Fonagy vil barn med omsorgspersoner som lykkes med å romme barnets ubehag vanligvis utvikle en trygg tilknytning med et solid potensiale for mentalisering. Fonagy (2002) mener at det viktigste for at barnet skal utvikle trygg tilknytning er at omsorgspersonene anerkjenner barnet som et separat individ, med kapasitet til å lese både sitt eget og andres sinn. Dette skjer gjennom foreldrenes markerte og kontingente speiling. Et nærliggende spørsmål blir da: Hvilken betydning vil mangelfull markering og mangelfull kontingens ha i utviklingen av en persons tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategi?

**Problematisk speiling.** Det gjennomgående fraværet av enten markering eller kontingens kan føre til avvikende speilingsstiler som ofte er forbundet med karakteristiske emosjonsreguleringsstiler og potensielle patologiske følger (Fonagy et al., 2002).

**Mangelfull kontingens.** Omsorgspersoner som er ute av stand til å *romme* sine barns negative affektuttrykk, og som overveldes av disse, forventes å utvise en markert, men inkontingent, kategorimessig forvrengt speiling. Barnet ”inviteres” til å internalisere omsorgsgiverens følelse, fremfor sin egen, og danner dermed en forvrengt sekundær representasjon av sin primære emosjonelle tilstand. Informasjon som ikke stemmer overens med barnets faktiske følelsetilstand, blir tilskrevet barnet selv. Dette har konsekvenser for barnets kjennskap til egne emosjoner, og som en forlengelse av dette, barnets egen selvforståelse. Videre kan inkontingent speiling tenkes å forsterke bruken av pretend-modus grunnet manglende samsvar mellom barnets indre subjektive opplevelse og responser fra omverdenen. Dette kan føre til en følelse av indre tomhet og variasjoner av det Winnicott (1965) omtaler som *det falske selv*. Personer som gjentagende blir utsatt for inkontingent speiling vil, i følge Wallin (2007), være sårbare for utvikling av en avvisende tilknytningsstil.

**Mangelfull markering.** Dersom omsorgspersoner er ute av stand til å *romme* sine barns negative affektuttrykk, og overveldes av disse, kan en annen avvikende speilingsstruktur oppstå. Barnet forventes å utvise et speilingsmønster som er kategorimessig kongruent, men som mangler perseptuell markering (Fonagy et al., 2002). Slike foreldre reagerer på barnets negative affektuttrykk med et kategorimessig kongruent emosjonsuttrykk, men de gjengir dette på en utydelig eller umarkert måte (Fonagy et al., 2002). Barnets emosjonsuttrykk utløser en tilsynelatende identisk emosjon hos omsorgsgiveren. Følelsens tilsynelatende smittsomme natur, og omsorgspersonens vansker med å nedregulere seg selv og barnet, overvelder barnet. Et eksempel: Barnet gir uttrykk for å være redd, og omsorgsgiveren responderer, av ulike årsaker, med frykt, noe som igjen øker barnets redsel. I

tilfeller av umarkert speiling blir det ikke dannet en sekundær representasjon av spedbarnets primære emosjonstilstand. Dette fører til en mangel i barnets egen persepsjon og opplevelse av kontroll over følelser (Fonagy et al., 2002). Repetert eksponering for slik umarkert speiling tenkes å forsterke psykisk ekvivalensmodus fordi barnets indre opplevelse synes å tilsvare dens eksterne opplevelse (Fonagy et al., 2002). Personer som kategoriseres som overinvolverte ved AAI viser typisk slike umarkerte affektive reaksjoner (Wallin, 2007).

### **En alternativ konseptualisering av tilknytningsstiler – dimensjonale fremstillinger**

Flertallet av de som forsker på sammenhengen mellom tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategier, benytter seg i hovedsak av en dimensjonal fremfor kategorisk konseptualisering av tilknytningsstil.

**Kobak – sekundære strategier som hyperaktivering eller deaktivering.** Main og hennes kollegers skåringssystem for AAI har klart definerte tilknytningskategorier. Andre teoretikere og forskere har tatt til orde for at voksnes tilknytningsstil heller bør plasseres langs et kontinuum eller innenfor ulike dimensjoner (Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming & Gamble, 1993; Mikulincer & Shaver, 2008).

Kobak et al. (1993) har utviklet Adult Attachment Q-sort, et alternativt skåringssystem for AAI. Her betoner de sammenhengen mellom tilknytning og emosjonsregulering i enda større grad enn det som gjøres i det originale skåringssystemet (Hesse, 2008). Med Main (1996) sin forståelse av tilknytningsstrategier som enten primære eller sekundære i bakhodet, utdyper Kobak et al. (1993) hvordan sekundære tilknytningsstrategier kan konseptualiseres som henholdsvis deaktivering eller hyperaktivering av atferdsstrategier. Emosjonsreguleringsstrategier inngår i disse atferdsstrategiene.



Kobak et al. (1993) postulerer at barnet søker å redusere diskrepansen mellom ønsket tilgjengelighet til omsorgspersonen og faktiske omstendigheter. For å oppnå dette, vil barnet ta i bruk ulike prosesser for regulering av atferd. Hvilke prosesser som blir aktivert, vil i følge både Main (1996) og Kobak et al. (1993) være avhengig av barnets forestillinger og arbeidsmodeller om omsorgspersonen. Hvis barnet forventer avvisning, vil en deaktivierende strategi kunne begrense potensiell konflikt med omsorgspersonen. Om barnet heller forventer inkonsistent respons fra omsorgspersonen, vil en hyperaktiverende strategi benyttes. Kobak et al. (1993) hevder at funksjonell emosjonsregulering er et implisitt kriterium for å klassifisere noen som trygge i fremmedsituasjonen eller ved AAI. Personer som derimot blir klassifisert som utrygge, og som benytter seg av en sekundær tilknytningsstrategi, vil i følge Kobak et al. (1993) fremvise dysfunksjonell emosjonsregulering. Antakelsen deres er at den deaktivierende strategien begrenser tilgang til tilknytningsrelaterte følelser, mens den hyperaktiverende strategien leder til overdrevne emosjonelle uttrykk.

Ved tradisjonell skåring av AAI deles kategorier inn i subkategorier, hvilket åpner for at primære og sekundære strategier kan være tilstede i samme transkripsjon, men gjerne i ulik grad. Slik kan eksempelvis en person demonstrere en primært trygg tilknytningsstil med en mildt deaktivierende tendens. Grunnet små utvalg ved forskning, brukes imidlertid disse subkategoriene sjelden i dataanalyse. Kobak et al. (1993) mener at viktige nyanser ved ulike personers tilknytningserfaring dermed forsvinner, og har tatt til orde for konseptualiseringen av primære og sekundære strategier som kontinuerlige variabler. Deres Adult Attachment Q-sort baserer seg på en slik konseptualisering. Den deaktivierende og den hyperaktiverende strategien befinner seg på hver sin ende av et kontinuum, som antas å være ortogonalt med dimensjonen for trygghet-utrygghet. Omtrent 80 % oppnår samme klassifikasjon med Q-sort som med det originale skåringssystemet for AAI, og Q-sort systemet benyttes ofte i forskning (Hesse, 2008; Kobak et al., 1993).

**Mikulincer, Shaver og Pereg - et sosial- og personlighetspsykologisk perspektiv.**

Mario Mikulincer, Phillip R. Shaver og Dana Pereg, meritterte forskere innenfor en sosial- og personlighetspsykologisk tilnærming til tilknytningsteori, fremhever en tilgjengelig tilknytningsfigur som sentral for individuelle variasjoner i emosjonsreguleringsstrategier (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). I likhet med Kobak et al. (1993) bruker også Mikulincer et al. (2003) et dimensjonalt perspektiv for å beskrive tilknytning, men dimensjonene har ulikt innhold. Mikulincer et al. (2003) baserer seg på Bartholomew og Horowitz (1991) sine tilknytningsdimensjoner: *Tilknytningsrelatert angst* og *tilknytningsrelatert unnvikelse*. De mener at denne dimensjonale modellen bedre får frem nyanseforskjeller ved tilknytning enn det kategoriske framstillinger gjør. Trygg tilknytning innebærer lav skåre på begge tilknytningsdimensjonene. En såkalt engstelig tilknytning (ment å tilsvare en overinvolvert tilknytningsstil) faller inn under området som impliserer høy skåre på dimensjonen tilknytningsrelatert angst og lav skåre på tilknytningsrelatert unnvikelse. En såkalt unnvikende tilknytning (ment å tilsvare en avvisende tilknytningsstil) innebærer lav skåre på tilknytningsrelatert angst og høy skåre på tilknytningsrelatert unnvikelse (Mikulincer et al., 2003).

Med dette som bakteppe har Shaver og Mikulincer (2002) utarbeidet en modell som de mener forklarer aktiveringsmønstre og dynamikk i tilknytningssystemet. De beskriver *trygghetsbaserte strategier*, tilsvarende Mains begrep primær tilknytningsstrategi, som barnet tar i bruk når grunnleggende behov blir møtt av omsorgspersoner. Slike trygghetsbaserte strategier muliggjør aktiviteter som ikke er orientert mot tilknytningsrelasjonen. Videre beskriver de, i likhet med Main (1995) og Kobak et al. (1993) *deaktiverende* og *hyperaktiverende strategier*, som har som mål å redusere barnets aktivering når omsorgspersonens hjelp ikke er tilgjengelig. Deaktiverende strategier settes i sammenheng med tilknytningsrelatert unnvikelse, og betegner prosessen der barnet, grunnet

omsorgspersonens stadige avvísninger av barnets primære behov, distanserer seg fra ham eller henne. Mikulincer et al. (2003) forstår denne distanseringen som et avverge mot potensielle nye avvísninger. Hyperaktiverende strategier beskrives derimot som karakteristiske for tilknytningsrelatert angst. Hyperaktivering beskrives som et resultat av prosessen der barnet, grunnet et inkonsistent responsmønster fra omsorgsgiveren, søker å kontrollere og redusere avstanden mellom seg selv og omsorgspersonen. Som en del av dette blir de årvåkne og oversensitive for mulige faremomenter i omgivelsene (Mikulincer et al., 2003).

### **Oppsummering av teoretiske tilnærminger**

Teoretikerne beskrevet over har alle perspektiver som minner om hverandre. Dette er lite overraskende i og med at de har Bowlbys tilknytningsteori som felles utgangspunkt. Alle understreker den adaptive verdien av å kunne tilpasse egen atferd, deriblant emosjonsregulering, for å opprettholde tilknytningsrelasjonen i størst mulig grad. Gitt at forutsetningene for at en person skal kunne utvikle en trygg tilknytningsrelasjon ikke er tilstede, antar også alle de nevnte teoretikerne at sekundære tilknytningsstrategier kan konseptualiseres som deaktivering eller hyperaktivering av tilknytningssystemet.

Nyanseforskjellene mellom teoretikerne og tilnærmingene som vi her har redegjort for blir tydeligere dersom man fordyper seg i forskningen de gjennomfører, og metodologien de der benytter seg av.

### **En innvending mot sammenligning av empiri – hva måler hva?**

Gjennomgang av forskning på sammenhenger mellom individuelle forskjeller i voksnes tilknytningsstil og emosjonsregulering byr på utfordringer. Den største av disse skyldes at feltet kan sies å bestå av to dominerende forskningstradisjoner. Tradisjonene har

ulik metodisk tilnærming når det gjelder kartlegging av voksnes tilknytningsstiler (Roisman et al., 2007). Mens forskere med bakgrunn i utviklingspsykologi i hovedsak kartlegger voksnes tilknytningsstil ved hjelp av AAI, har forskere med bakgrunn i sosial- og personlighetspsykologi benyttet seg av ulike selvrapporteringsskjema, som er ment å tjene de samme formål. Selvrapporteringsskjemaene dreier seg om tilknytningsrelaterte følelser og tanker i nåværende tilknytningsrelasjoner, som regel relasjoner til kjærester eller ektefeller (Crowell, Fraley & Shaver, 2008).

De to kartleggingsmetodene for tilknytning hos voksne ble først antatt å ha mye til felles. AAI-kategoriene trygg, avvisende og overinvolvert tilknytning har på overflaten mye til felles med dimensjoner brukt av sosialpsykologer, og er ofte navngitt på besnærende like måter som AAI-kategoriene. Begge forskningstradisjonene har også søkt å belyse sammenhenger mellom usikre tilknytningsstiler og emosjonsregulering, og har fokusert på såkalte hyperaktiverings- og deaktivierungsstrategier (Kobak et al., 1993; Mikulincer & Shaver, 2008). Etter hvert har sammenlikning av resultater innhentet med AAI og selvrapportering likevel blitt problematisert (Roisman et al., 2007). Overlappet, eller mangelen på sådan, mellom resultater oppnådd med de to forskningskulturenes kartleggingsverktøy blir omtalt som en nøkkeldebatt innenfor dagens tilknytningsforskning (Crowell et al., 2008; Roisman et al., 2007; Shaver & Mikulincer, 2002). De heteste spørsmålene er hva de ulike tilnærmingene er ment å måle, om de makter å måle dette, i hvilken grad AAI-baserte og selvrapporterte mål konvergerer og, det mest kontroversielle av alle, hvilken kartleggingsmetode som ”best” fanger opp tilknytningskonstruktet.

Shaver og Mikulincer (2002) etterlyser mer samarbeid på tvers av forskningstradisjonene. Slik de ser det, bunner uenigheten om metodologi i en utviklingspsykologisk antakelse om at selvrapportering ikke fanger opp de psykodynamiske aspektene ved tilknytning slik AAI gjør, og en tilsvarende sosial- og

personlighetspsykologisk oppfatning av AAI-basert forskning som lite kontrollert, uten tilstrekkelig eksperimentell manipulering. Shaver og Mikulincer (2002) hevder at selvrapporteringsmetodikken urettmessig blir anklaget for å ikke kunne avsløre ubevisste aspekter ved tilknytning. De viser til studier der tilknytningsstil kartlegges ved selvrapportering, for så å settes i sammenheng med underbevisste mål på emosjonsregulering. Slik søker de å demonstrere at forskning som benytter seg av selvrapportering bidrar til forståelsen av underbevisste og indirekte emosjonsreguleringsprosesser, på tross av metodikkens eksplisitte natur.

Shaver og Mikulincer påstår at funnene oppnådd med selvrapporteringsmål er ”*meget sammenliknbare*” med resultater oppnådd med AAI (2002, s.154, egen oversettelse). Dette kan tolkes som optimistisk med tanke på sammenlikning av resultater oppnådd med de to kartleggingsverktøyene. Roisman et al. (2007) kommer i sin artikkel frem til en annen konklusjon. De kritiserer tidligere forsøk på meta-analyser av studier ment å undersøke graden av konvergens mellom de to metodene, og hevder at konklusjonene som trekkes i disse er farget av forfatterens ståsted. Som eksempel nevner de to ulike rapporter, skrevet av henholdsvis sosial- og personlighetspsykologiske forskere og utviklingspsykologiske forskere, der den samme korrelasjonen blir karakterisert som ”robust” i den ene og ”beskjeden” av den andre.

I et forsøk på å beregne et kvantitativt estimat over hvor stor konvergens mellom selvrapporteringskjema og AAI er, gjennomførte Roisman et al. (2007) en meta-analyse av alle 10 aktuelle publiserte studier på feltet. De undersøkte både hvorvidt tilknytningsdimensjoner fra selvrapporteringskjema var assosiert med distinksjonen mellom trygg og utrygg tilknytning i AAI, og hvorvidt selvrapporteringsdimensjonene differensierte voksne karakterisert som utrygge ved AAI (avvisende versus overinvolvert, disorganisert versus organisert) på en teoretisk meningsfull måte. Resultatene fra meta-analysen viser at

sammenhengen mellom trygg/utrygg tilknytning målt ved AAI og selvrapportert tilknytningsstil tilsvarer  $r = .09$  (kombinert  $N = 1,221$ ), en empirisk overlapp som anses som triviell til liten. De demonstrerer også at selvrapportert tilknytningsrelatert angst (en høy skåre på den engstelig tilknytningsdimensjonen) ikke diskriminerer mellom avvisende og overinvolvert tilknytning målt ved AAI, hvilket tilsier at AAI-kategorien overinvolvert ikke nødvendigvis reflekterer det samme som selvrapporteringsdimensjonen engstelig gjør. Selvrapportert tilknytningsrelatert unnvikelse (høy skåre på den unnvikende tilknytningsdimensjonen) er imidlertid forbundet med avvisende tilknytning ved AAI, et teoretisk meningsfullt resultat, men med en svak korrelasjon ( $r = .15$ ).

I tillegg til meta-analysen gjennomførte Roisman et al. (2007) to andre studier. Først viser de at tilknytning kartlagt med henholdsvis selvrapporteringskjema og AAI er relatert til forskjellige personlighetsfaktorer i den empirisk validerte femfaktormodellen, og at de ulike kartleggingsinstrumentene hver for seg er sterkere assosiert med noen av personlighetsfaktorene enn med hverandre. De demonstrerer også at tilknytning målt ved AAI og selvrapportering predikerer pars samarbeid ved problemløsning ulikt. Tilknytningsstil kartlagt ved selvrapportering predikerer bevisst vurdering av den emosjonelle tonen i ens nåværende forhold, mens trygg tilknytning målt ved AAI bedre predikerer en høy grad av interpersonlig samarbeid (Roisman et al., 2007). Basert på resultatene foreslår forfatterne at trygg tilknytning kartlagt ved AAI kanskje fungerer som en generell, interpersonlig ferdighet, som i sær kommer til syne i dagligdags samhandling med andre. Når det gjelder de selvrapporterte dimensjonene engstelig og unnvikende, spekulerer de i om disse bedre kan konseptualiseres som underliggende tendenser i romantiske relasjoner, som er mest innflytelsesrike i situasjoner der tilknytningsrelatert trussel oppleves å være til stede.

Roisman et al. (2007) konkluderer med at både den sosial- og personlighetspsykologiske og den utviklingspsykologiske forskningstradisjonen har bidratt til ivaretagelse av Bowlbys teoretiske arv, samt empirisk vekst og nyansering. De advarer mot å kaste bort muligheter til samarbeid og videre utvikling i jakten på en metodisk hellig gral. Samtidig understreker funnene deres at resultater fra studier som benytter seg av henholdsvis AAI og selvrapporteringsskjemaer ikke uten videre kan sammenliknes ved gjennomgang av forskningslitteraturen.

### **Empiri med AAI som metode**

**Fysiologiske mål på emosjonsregulering.** Selv om et betydelig antall teoretikere og forskere innenfor tilknytningsfeltet hevder at overinvolverte voksne har en tendens til å bli overveldet av sine emosjonelle responser, mens avvisende voksne heller undertrykker dem, finnes det i følge Roisman, Tsai og Chiang (2004) få empiriske undersøkelser som søker å illustrere dette innenfor konteksten av AAI. Blant de relativt få undersøkelsene, regnes Dozier og Kobak (1992) fortsatt som en foregangsstudie.

Dozier og Kobak (1992) fokuserer i hovedsak på avvisende voksnes antatt deaktivierende emosjonsreguleringsstil. De antar at avvisende personer, som trolig avleder oppmerksomhet fra tilknytningsrelaterte stimuli, vil vise subtile tegn på inhibisjon eller konflikt under gjennomføringen av AAI. På for den tids banebrytende vis, tar Dozier og Kobak i bruk fysiologiske mål på den deaktivierende stilen, nemlig endringer i elektrodermal aktivitet. Mer spesifikt demonstrerer de at inhibisjon av det autonome nervesystemet er relatert til økning i elektrodermal aktivitet.

Dozier og Kobak (1992) intervjuet 50 studenter med AAI, hvorpå intervjuene ble tolket ved hjelp av Kobaks Q-set (Kobak et al., 1993). Deltakernes elektrodermale aktivitet ble registrert etter hvert spørsmål i AAI, og sammenliknet med baselinenivået deres.

Resultatene bekrefter Dozier og Kobak sin hypotese: Personer som skårte høyt på deaktiveringsdimensjonen, viste en signifikant økning i elektrodermal aktivitet etter spørsmål som blant annet omhandlet separasjon fra foreldre, trussel om separasjon fra foreldre og avvisning fra foreldre. Økningen i elektrodermal aktivitet var signifikant kun for den deaktiverende gruppen. Dozier og Kobak mener resultatene illustrerer at deaktiverende personer blir forstyrret og aktivert av tilknytningsrelaterte tema, selv om de tilsynelatende fremstår uberørte.

Inspirert av Dozier og Kobak, har Roisman et al. (2004) gjennomført en mer nyansert og omfattende studie. Roisman et al. (2004) registrerte både deltakernes elektrodermale aktivitet og hjerterate under AAI. AAI-transkripsjonene ble, i likhet med Dozier og Kobak (1992), tolket med Kobak sin Q-set metode. I tillegg ble deltakernes mimikk under AAI observert og kodet. Etter intervjuets avslutning fylte deltakerne ut et selvrapporteringskjema med fokus på deres emosjonelle tilstand.

Resultatene av Roisman et al. (2004) sin studie er ”slående konsistente” (s. 783, egen oversettelse) med Dozier og Kobak sine originale funn. Deaktivering var, i motsetning til hyperaktivering og trygghet/utrygghet-dimensjonen, gjennomgående assosiert med økning i elektrodermal aktivitet fra baselinenivå etter hvert AAI-spørsmål. I tillegg var deaktivering unikt assosiert med den elektrodermale responsen, og ikke en kardiovaskulær respons. Når det gjaldt deltakernes mimikk, var hyperaktivering signifikant korrelert med frekvensen av uttrykte negative følelser. Deaktivering var derimot ikke signifikant assosiert med verken negative eller positive uttrykte følelser. Korrelasjonene mellom tilknytningsdimensjonene og selvrapportert emosjonell opplevelse utfyller bildet: Hyperaktivering var marginalt negativt forbundet med selvrapporterte positive følelser. Det var også forbundet med en betydelig høyere grad av selvrapportert negative følelser enn de andre dimensjonene. Deaktivering var på sin side ikke signifikant forbundet med verken selvrapporterte positive eller negative



følelser. Hyperaktivering var assosiert med en diskrepans mellom både uttrykte og selvrapporterte følelsesuttrykk under intervjuet og den antatte valensen av barndomsopplevelser. Roisman et al. (2004) tolker dette som at overinvolverte intervjuobjekter, som benytter seg av hyperaktiverende strategier, er emosjonelt dysregulerte under AAI. Diskrepans mellom uttrykte og selvrapporterte følelser og beskrevet barndom ble ikke funnet for avvissende intervjuobjekter, som benytter seg av deaktiverte strategier. Forfatterne påpeker likevel at de klare økningene i elektrodermal aktivitet understreker at denne gruppen benytter seg av en form for emosjonell undertrykking.

Roisman et al. (2004) konkluderer med at nøkkelvariabelen som gjør overinvolverte og avvissende voksne ulike hverandre er måten de emosjonelle responsene deres er knyttet sammen med valensen av barndomsminnene deres på.

**Atferdsmessige mål på emosjonsregulering.** Andre AAI-baserte studier av sammenhengen mellom voksnes tilknytning og emosjonsregulering har benyttet seg av ulike atferdsmål på emosjonsregulering. Borelli et al. (2012) argumenterer for at lingvistisk diskurs er en form for atferd, og at utforskning av denne kan bidra med et rikt atferdsperspektiv på forskjeller mellom ulike emosjonsregulerings- og tilknytningsstiler. De brukte derfor en lingvistisk tilnærming i sin studie, der informantenes AAI-transkripsjoner ble analysert ved hjelp av et tekstanalyseprogram.

Resultatene viste at personer med ulike tilknytningsstiler brukte språk ment å gi uttrykk for emosjonelt innhold på distinkte, teoretisk meningsfulle måter. Funnene om avvissende voksnes verbalatferd harmonerte med teoretiske antakelser – de brukte færre negative emosjonsord enn både trygt og overinvolvert tilknyttede voksne. Gruppen med overinvolverte voksne brukte flere sinnerelaterte ord enn de andre gruppene. Studien innbefattet imidlertid bare seks overinvolverte deltakere, så funnene bør tolkes med varsomhet.

Bouthillier, Julien, Dubé, Bélanger og Hamelin (2002) filmet 40 gifte pars interaksjoner mens de drøftet den mest presserende uenigheten i ekteskapet deres, for deretter å intervjuer begge parter med AAI. Deltakernes emosjonelle uttrykk ble registrert og skåret over ulike dimensjoner for kommunikasjon. Disse emosjonelle uttrykkene ble av forskerne ansett som et atferdsmessig mål på emosjonsregulering. Resultatene viste signifikante korrelasjoner mellom tilknytningsstil og noen av dimensjonene. Menn med avvisende eller overinvolvert tilknytning skåret relativt likt og viste svakere korrelasjoner med dimensjonene *støtte-bekreftelse* og *kommunikasjon*, og høyere korrelasjoner med dimensjonen *tilbaketrekning*, enn menn klassifisert som trygge. For overinvolverte kvinner var korrelasjonen med dimensjonen *støtte-bekreftelse* liten til moderat, mens den for avvisende kvinner var svak. De signifikante funnene er teoretisk meningsfulle, men det er samtidig deler av Bouthillier et al. (2002) sine hypoteser som ikke bekreftes. De fant for eksempel ikke at overinvolverte deltakers emosjonelle uttrykk hadde høyere intensitet enn de andres, noe også Cassidy (1994) påpeker at andre forskere heller ikke har klart å finne. Forfatterne påpeker imidlertid at utvalget av både avvisende og overinvolverte personer kan ha vært for lite til å gi signifikante resultater.

### **Empiri med selvrappoteringskjema som metode**

Innenfor forskning på tilknytning bruker et flertall av forskere selvrappoteringskjema som metode for å bestemme tilknytningsstil, da dette er lite ressurskrevende å administrere. Det er derfor flere studier innen denne forskningstradisjonen som belyser sammenhenger mellom tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategier.

**Kognitive mål på emosjonsregulering.** Sammenhengen mellom tilknytningsstil og emosjonsregulering kan belyses gjennom personers kognitive prosesser, som for eksempel hukommelse, attribusjonsstil og oppmerksomhet (Mikulincer et al., 2003). For personer med

en høy skåre på tilknytningsrelatert angst (ment å tilsvare en overinvolvert tilknytning) ser negative emosjonelle inntrykk ut til å påvirke hukommelse i en negativ retning. Etter å ha blitt utsatt for negativ emosjonell priming husker de flere negative aspekter ved tidligere episoder (Pereg, 2001, i Mikulincer et al., 2003). Videre ser de ut til lettere å la seg distrahere av affektive stimuli (Silva, Soares & Esteves, 2012). Mye tyder på at personer med høy skåre på tilknytningsrelatert angst er spesielt årvåkne overfor negative signaler, og negative følelser og bekymringer holdes kontinuerlig aktivert i arbeidsminnet (Mikulincer et al., 2003). Å bli utsatt for affektive stimuli av positiv karakter ser også ut til å ha effekt på denne gruppens kognisjon, blant annet i form av nedsatt evne til kreativ problemløsning (Mikulincer & Sheffi, 2000). Mikulincer et al. (2003) forstår dette som uttrykk for en kronisk, udifferensiert og uhåndterbar emosjonell aktivering, kalt *emosjonell spredning*.

Personer med høy skåre på tilknytningsrelatert unnvikelse (ment å tilsvare avvisende tilknytning) viser derimot ingen forskjeller i hukommelses- eller attribusjonsstil, ei heller i evne til kreativ problemløsning når de blir utsatt for negative (Pereg, sitert i Mikulincer et al., 2003) eller positive affektive stimuli (Mikulincer & Sheffi, 2000). De lar seg i stor grad heller ikke distrahere av emosjonelle stimuli (Silva et al., 2012). Funnene kan tolkes som en demonstrasjon av hvordan affektivt materiale blir defensivt ekskludert, jf. Bowlbys (1991) begrep om defensiv eksklusjon. Emosjonelle prosesser får liten innflytelse på personens kognisjon (Mikulincer et al., 2003), i og med at deaktiverende strategier dirigerer oppmerksomheten bort fra affektive stimuli. På denne måten kontrollerer deaktiverende strategier emosjonell aktivering og påfølgende behov for nærhet (Silva et al., 2012).

Det er altså flere forskningsresultater som tilsier at det er en sammenheng mellom henholdsvis overinvolvert og avvisende tilknytningsstil og deaktiverende og hyperaktiverende emosjonsreguleringsstrategier. Woodhouse og Gelso (2008), som også benytter seg av kognitive mål på emosjonsregulering, finner imidlertid ikke like tydelige

sammenhenger. De utforsket sammenhengen innenfor en eksperimentell setting ment å etterligne en klinisk situasjon. Woodhouse og Gelso (2008) fant at personer med høy skåre på tilknytningsrelatert angst husket negative emosjonelle opplevelser fra den første av to konsekutive terapitimer som mer intense enn det personer med lavere skåre på denne dimensjonen gjorde. Alene kan disse resultatene støtte opp om en sammenheng mellom hyperaktiverende emosjonsregulering og tilknytningsrelatert angst, i tråd med tidligere forskningsresultater. I motsetning til det forventede resultatet, viste det seg imidlertid at personer med høy tilknytningsrelatert angst beskrev den emosjonelle opplevelsen som mindre negativ en uke senere enn det de opprinnelig gjorde (Woodhouse & Gelso, 2008). Resultatet kan tyde på at denne gruppen ikke nødvendigvis maksimerer emosjonelle opplevelser i ordets opprinnelige forstand, men at de i mindre grad enn andre grupper minimerer negative emosjonelle inntrykk i ettertid. Woodhouse og Gelso (2008) fant for øvrig også evidens for emosjonell spredning hos personer med høy skåre på tilknytningsrelatert angst, der minner om positive opplevelser i første terapitime trigget negative følelser hos personer med denne tilknytningstypen, jf. Mikulincer et al. (2003) sine resultater om emosjonell spredning.

**Emosjonsregulering som medierende faktor mellom tilknytningsstil og psykisk lidelse.** Flere studier har undersøkt affektreguleringsstrategier som medierende faktorer mellom tilknytningsstil og psykisk lidelse. Hyperaktiverende emosjonsreguleringsstrategier ser ut til å fungere medierende mellom dimensjonen tilknytningsrelatert angst og psykiske vansker som depresjon, angst og interpersonlige problemer (Marganska, Gallagher & Miranda, 2013; Wei, Vogel, Ku & Zakalik, 2005), så vel som spiseforstyrrelser (Tasca et al., 2009). En deaktiverende emosjonsreguleringsstrategi fungerer på tilsvarende måte for dimensjonen tilknytningsrelatert unnvikelse (Wei et al., 2005). Strategiene kan ha kortvarig

adaptiv verdi, men brukt på rigide måter blir strategiene en hemsko for personen og kan forklare utvikling av angst, depresjon og interpersonlige problemer (Wei et al., 2005).

Resultatene som omhandler tilknytningsrelatert unnvikelse bør imidlertid tolkes med varsomhet. Det kan diskuteres hvorvidt det er vanskeligere å fange opp personer med høy skåre på denne dimensjonen ved hjelp av selvrapporteringsskjema. Måten denne gruppen forholder seg til følelser på kan farge svarene de gir (Marganska et al., 2013).

### **Oppsummering av empiriske resultater**

Sammenfattet ser det altså ut til å være en sammenheng mellom de to tilknytningsstilene avvisende og overinvolvert, og henholdsvis deaktivierende og hyperaktiverende emosjonsreguleringsstrategier. På tross av de nevnte begrensningene ved forskningen på området, er det neppe for bastant å konkludere med at avvisende personer benytter seg av en emosjonsreguleringsstrategi som blant annet undertrykker emosjonelt ladede responser (Roisman et al., 2004), begrenser verbale uttrykk for negative, affektive tilstander (Borelli et al., 2012) og fungerer som medierende for utviklingen av psykiske vansker hos personer med en avvisende tilknytningsstil (Wei et al., 2005). Likeledes benytter overinvolverte personer seg av en emosjonsreguleringsstrategi som blant annet leder til diskrepans mellom uttrykte følelser og valøren i det som beskrives (Roisman et al., 2004), er assosiert med relativt høy grad av selvrapporterte negative følelser (Roisman et al., 2004), fører til økt distraherbarhet i møte med affektive stimuli (Silva, Soares & Esteves, 2012) og fungerer som medierende for utviklingen av psykiske vansker hos personer med en overinvolvert tilknytningsstil (Wei et al., 2005). Det er nærliggende å tenke at denne teoretisk og empirisk støttede sammenhengen har konsekvenser for psykoterapi med både pasienter med avvisende tilknytningsstil og pasienter med overinvolvert tilknytningsstil. Et

interessant spørsmål blir derfor: Hvilke kliniske implikasjoner kan sammenhengen tenkes å ha?

### **Kliniske tilnærminger i arbeidet med den avvisende og overinvolverte pasienten**

#### **Etterlyst: Tilknytningsteori i klinisk praksis**

Tilknytningsteori har siden sin tilblivelse for snart seksti år siden blitt en av de mest omfattende, utforskede og toneangivende teoriene om psykologisk utvikling (Cassidy & Shaver, 2008). Likevel har teorien gjort sitt inntog i klinisk praksis relativt sent (Slade, 2008). Broberg, Mothander, Granqvist og Ivarsson (2008) kommer med et hjertesukk vedrørende mangel på tilknytningsteori i klinikerens arbeid, og henviser til Bowlby selv. I sin siste bok uttrykker Bowlby takknemmelighet og glede over forskningen tilknytningsteori har inspirert. Samtidig etterlyser han klinikerens interesse for å la tilknytningsteori informere klinisk praksis (Bowlby, 1988).

Det historiske fraværet av tilknytningsteori i klinisk praksis kan virke besynderlig. Det er naturlig å tenke at interpersonlig samhandling mellom terapeut og pasient vil ta farge av partenes tidligere interpersonlige erfaringer. Opplevelser i tilknytningsrelasjoner kan sies å være prototyper på slik samhandling. Av dette følger en antakelse om at pasienter med ulike tilknytningserfaringer vil fremstå på ulike måter i psykoterapi. Dersom vi forstår behandlingsrelasjonen som en tilknytningsrelasjon, er det videre nærliggende å anta at pasientens opplevelse av trygghet i relasjonen vil påvirke hvordan han eller hun nyttiggjør seg behandling. Tilknytningsteori postulerer at opplevd trygghet er en forutsetning for at man skal kunne begi seg ut på utforskning, og hva er vel psykoterapi om ikke et utforskende prosjekt? Usikkert tilknyttede pasienter vil trolig påvirke terapisisituasjonen på flere vis. Gitt sammenhengen mellom personers tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategi kan man spekulere i om en av disse måtene vil være hvordan pasienten forholder seg til følelsene sine

på. Avvisende og overinvolverte pasienter vil derfor sannsynligvis gi uttrykk for vanskene sine på nokså forskjellige måter, også innenfor rammene av psykoterapi. Slike antakelser kan påberope seg en viss støtte i moderne psykoterapiforskning.

**Tilknytningsteori i psykoterapiforskning.** Psykoterapiforskere fattet fra siste halvdel av 1980-tallet interesse for tilknytningsteori, altså noe før klinikere gjorde det samme (Broberg et al. 2008; Slade, 2008). De siste tiårene har empiriske undersøkelser av sammenhenger mellom pasienter og behandleres tilknytningsstil og kvaliteten på arbeidsalliansen, behandlingsutfall, samt overføring og motoverføring blitt stadig mer tallrike (Slade, 2008). Sarah Daniel har presentert en grundig oppsummering av resultatene, der hun konkluderer med at pasienters tilknytningsstil er relevant for alle disse aspektene ved psykoterapiprosessen (Daniel, 2006). Når det gjelder avvisende og overinvolverte pasienter, kommer forskjeller mellom dem til syne allerede før pasientene inntar terapistolen: Forskningsresultater tilsier at en forholdsvis stor andel av avvisende pasienter aldri kommer så langt at de krysser dørstokken til et terapeutkontor. Mens avvisende personer tilsynelatende har vansker med å be om hjelp, gir overinvolverte personer ofte klart uttrykk for at hjelp behøves (Dozier, 1990; Dozier & Bates, 2004; Wallin 2007). Flere studier viser også at overinvolverte pasienter rapporterer betydelig flere symptomer enn avvisende pasienter over et bredt spekter av kartleggingsverktøy (Kasten & Schauenburg, 1999; Pianta, Egeland & Adam, 1996). Dozier og Lee (1995) konkluderer med at symptomnivåene som rapporteres ikke reflekterer en sann fordeling av symptomer, men heller en form for over- eller underrapportering. Avvisende pasienter ble av eksperter beskrevet som mer symptomatiske enn overinvolverte pasienter, selv om de avvisende pasientene rapporterte færrest symptomer (Dozier & Lee, 1995). Andre har imidlertid beskrevet overinvolverte pasienter som ”mer forstyrrede” (Slade, 2008, s. 720, egen oversettelse) enn avvisende

pasienter, og henviser til den relativt større andelen overinvolverte tilknyttede pasienter med en borderline personlighetsfungering.

Psykoterafiskere har ogs a unders okt forskjeller mellom hvordan avvisende og overinvolverte pasienter nyttiggjør seg terapi. Avvisende pasienter har tilsynelatende en mer langsiktig effekt av psykoterafi enn sine overinvolverte lidelsesfeller, selv om avvisende pasienter ogs a er vist   ha større utfordringer med   etablere en god arbeidsallianse ved oppstart (Broberg et al., 2008; Fonagy et al., 1996; McBride, Atkinson, Quilty & Bagby, 2006). Broberg et al. (2008) forklarer dette med at overinvolverte pasienter i større grad enn andre risikerer   ”henge seg fast” i mangeårige terapiforløp der resultatene uteblir (Broberg et al., 2008). Fonagy et al. (1996) hevder at avvisende pasienter, som tidligere har unngått følelser og tanker om tidlige relasjoner p avirkningskraft, sakte blir eksponert for dette i behandling og slik oppnår bedring. Overinvolverte pasienter entrer derimot ofte behandling med sterke meninger om tidlige relasjoner p avirkningskraft, meninger det kan være utfordrende   endre.

Resultater som de her nevnte understreker innvirkningen pasienters tilknytningsstil kan ha på psykoterafi prosessen. Det gjenstår likevel betydelig arbeid med   oversette den empirisk vunnede kunnskapen til klinisk praksis (Slade, 2008). Med tanke på avvisende og overinvolverte pasienter, kan resultatene fra psykoterafi forskning brukes til   nærmere belyse hvordan avvisende og overinvolverte pasienter søker psykologisk hjelp, og i hvilken grad de nyttiggjør seg den. Samtidig tegner resultatene et ufullstendig bilde. Forskningen sier lite om hvordan avvisende og overinvolverte pasienters behov kan komme til uttrykk i terapisituasjonen, og hvordan man som terapeut bør gå frem for   best mulig m te dem. Vi anser det som særdeles fruktbart   søke svar på disse spørsmålene.



**Dozier og Bates – behandlingsrelasjonen som en tilknytningsrelasjon**

Dozier og Bates (2004) argumenter for at både pasientens og terapeutens tilknytningsstil har en særskilt innvirkning på et psykoterapiforløp. De omtaler behandlingsrelasjonen som en tilknytningsrelasjon: Pasienten vil ofte betrakte terapeuten som en tilknytningsperson, ”sterkere og visere” enn seg selv. Av denne grunn vil pasienten samhandle med terapeuten på måter som reflekterer erfaringer fra tidligere tilknytningsrelasjoner, i tråd med overføringsbegrepet fra psykodynamisk teori. Videre påpeker Dozier og Bates at psykoterapi innebærer en grunnleggende interpersonlig relasjon, der omsorg og ivaretagelse er sentrale elementer. Terapeutens egen tilknytningsstil vil derfor påvirke samhandlingen med pasienten, selv om behandlingsrelasjonen som regel ikke representerer en tilknytningsrelasjon for terapeuten (Dozier & Bates, 2004; Slade, 2008).

Dozier og Bates mener at pasientens måte å prosessere tilknytningsrelatert informasjon på, innbefattet hans eller hennes forventinger til og interaksjoner med andre, er sentrale tema i mange terapiforløp. Slik Dozier og Bates ser det, kan endring av en pasients tilknytningsstil i mange tilfeller sies å være et indirekte terapimål. Forsøket på å oppnå dette målet med enten avvisende eller overinvolverte pasienter vil by på ulike utfordringer for terapeuten.

**Den avvisende pasienten.** Dozier og Bates (2004) beskriver hvordan arbeid med en avvisende pasient kan oppleves som ”kampen for dyaden” for terapeuter (s. 175, egen oversettelse), som om pasienten mistenker dem for å arbeide mot dem heller enn med dem. Avvisende pasienter har gjerne forventinger om at andre mennesker ikke vil være emosjonelt tilgjengelige når de trenger dem, og de vil ofte unngå å drøfte behandlingsrelasjonen med terapeuten så langt det lar seg gjøre. Dozier og Bates (2004) mener at avvisende pasienter derfor har nytte av å bli utfordret til å gjøre nettopp dette innenfor konteksten av en trygg arbeidsallianse.

**Den overinvolverte pasienten.** Arbeid med overinvolverte pasienter kan ved første øyekast, stadig i følge Dozier og Bates (2004), tilsynelatende være lite utfordrende for terapeuten. Slike pasienter har en tendens til å rapportere symptomer, åpent fortelle om tidligere og nåværende relasjoner og beskrive følelser i sterke ordelag. Etter hvert kan imidlertid terapiforløpet ta preg av pasientens vansker med å fokusere på nåtiden og å drøfte problemer på en sammenhengende måte. I motsetning til andre pasienter, kan overinvolverte pasienters måte å snakke om eksempelvis sinne på virke grublende, gjentakende og lite produktiv. Dozier og Bates (2004) mener at hovedutfordringen i arbeid med overinvolverte pasienter er å hjelpe dem med å legge sinnet bak seg og vende oppmerksomheten mot nåværende, interpersonlige utfordringer.

Selv om Dozier og Bates peker på ulike utfordringer i terapi med avvisende og overinvolverte pasienter, er de lite konkrete når det gjelder spesifikke intervensjoner tilpasset de to ulike tilknytningsstilene. Arietta Slade (2004) er noe mer spesifikk og utfyllende når det gjelder behandling av både avvisende og overinvolverte voksne.

### **Slades psykoanalytiske perspektiv – to kasus**

Slade (2008) argumenterer for at tilknytningsteori kan berike en terapeuts forståelse av sine pasienter. Slade argumenterer ut fra en psykoanalytisk bakgrunn, men hun benytter seg av flere aspekter ved tilknytningsteori. Når det gjelder behandling av avvisende eller overinvolverte pasienter, illustrerer hun hvordan dette kan arte seg ved hjelp av to kasus (Slade, 2004). Hun har møtt pasientene hun refererer til to ganger hver uke over en femårsperiode.

**Den avvisende pasienten.** Slades avvisende pasient beskrives som lettere kjølig og uhåndgripelig. Pasienten gjengir barndomsopplevelser på en emosjonelt distansert måte, formulerer seg i tredjeperson, og er preget av en urokkelig rasjonalitet, uavhengig av valøren

av det hun forteller om samhandling med omsorgspersoner. Mønsteret blir omtalt som typisk for avvisende pasienter - fortellingene om livene deres fremstår som fastlåste historier, og lar seg ikke knytte sammen med ekteføyte minner eller følelser (Slade, 2004). Slade beskriver å føle seg avvist og til tider "latterlig emosjonell" (s. 191, egen oversettelse) i forsøket på å nå inn til den avvisende pasientens sterkt bevoktede følelsesliv (Slade, 2004). Hun forteller at pasienten ofte lykkes i å lede samtalen bort fra tema om tap og ensomhet, hvilket leder til det Slade tidvis opplever som hule, rasjonelle terapitimer. Hennes egen følelse av å være nummen brukes som en inngangsport til å forstå pasientens indre verden, som Slade antar kjennes fargeløs og tom.

I følge Jeremy Holmes, en annen kliniker med en psykoanalytisk og tilknytningsteoretisk tilnærming, er hovedutfordringen for terapeuten å hjelpe avvisende personer med å "break stories" (Holmes, 2000). Narrativet om pasientens liv må åpnes for emosjonelt funderte opplevelser. Slik vil narrativet gjøres om til et utgangspunkt for endring (Holmes, 2000). Både Holmes (2000) og Slade (2004) understreker at terapeuten bør sikre at pasienten ikke føler seg latterliggjort eller avvist i denne prosessen, men heller forstått og tålt. Samtidig bør prosessen ikke oppleves som for invaderende eller grenseoverskridende. Gjennom sin kasesbeskrivelse, forklarer Slade imidlertid lite om hvordan terapeuten bør gå frem for å makte denne balansegangen. Hun beskriver at hennes tilgjengelighet leder til subtile endringer i den avvisende pasientens relasjonelle interaksjoner, uten å utdype dette i særlig grad. I skildringen av sin egen opplevelse i møte med pasienten, kan det tolkes som at Slade alluderer til overførings- og motoverføringsprosesser som en kilde til innsikt i pasientens tilstand. Hva man som terapeut bør gjøre videre med denne innsikten, blir stående igjen som et ubesvart spørsmål.

**Den overinvolverte pasienten.** Slades overinvolverte pasient beskrives som følelsesmessig labil. Hun er høylytt i sine bønner til terapeuten om hjelp og struktur. En

overveldende opplevelse av å ikke være god nok preger måten pasienten fremstiller seg på, og i timen forteller hun raskt og mye, desperat etter konkrete løsninger. Slade skildrer en kvinne som hopper fra tema til tema uten noen form for selvrefleksjon, hvis historie fremstår fragmentert. Et slikt mønster av dysregulert affekt, som ikke kan gjøres til objekt for tenkning eller refleksjon, er forenelig med andres fremstilling av overinvolverte personer (Main, 1995; Wallin, 2007). Slade (2004) beskriver hvordan hun føler seg emosjonelt overveldet i møte med den overinvolverte pasienten, som om mening og organisering fordufter i møte med plutselige, negative affektutbrudd.

Holmes (2000) mener målet for behandling av overinvolverte pasienter er å hjelpe dem med å ”make stories” heller enn å ”break stories”. I motsetning til arbeidet med den avvisende pasienten, er det ikke terapeutens oppgave å hjelpe den overinvolverte pasienten med å løse opp i et rigid narrativ. Snarere er utfordringen å hjelpe pasienten med å skape et narrativ i det hele tatt, for slik å kunne gi mening til sine erfaringer. Slade (2004) understreker viktigheten av å unnlate å møte pasientens krav til kjappe, konkrete løsninger. Eksternt påtvunget meningsinnhold vil bli en fattig erstatning for selvopplevd, autentisk integrasjon. I stedet mener Slade at terapeuter bør arbeide for å opprettholde en aktivt refleksiv tilnærming til pasientens uttrykte vansker. For å bruke Fonagy et al. (2002) sitt begrep, bør terapeuten bidra til at overinvolverte pasienter får sjansen til å utvikle evnen til å mentalisere sin egen indre erfaring (Slade, 2004). Slade er noe mer konkret når det gjelder hvordan dette målet skal nås enn når hun drøfter sin avvisende pasient. Hun foreslår å stadig oppmuntre pasienten til å tenke over mulige sammenhenger mellom hendelser og påfølgende intense følelser. I tillegg forteller hun at humor og lek er nyttige hjelpemidler for å få pasienten til å se for seg komplekse og abstrakte alternativer til vanligvis konkrete fortolkninger (Slade, 2004).

### Wallins tilknytningsperspektiv

Klinikeren David E. Wallin implementerer tilknytningsteori i sin psykodynamiske praksis. I *Attachment in Psychotherapy* (2007) presenterer han måter tilknytningsteori kan fungere som veileder for terapeutiske intervensjoner. For pasienter med en usikker tilknytning, det være seg overinvolvert eller avvissende, mener Wallin (2007) at det er essensielt å skape *nye korrigerende relasjonelle erfaringer*.

**Den avvissende pasienten.** Pasienter med en avvissende tilknytning sine en gang adaptive deaktiverte strategier, bidrar til å opprettholde distanse til andre, og forårsaker lidelse i form av eksempelvis depresjon og interpersonlige vansker (Marganska et al., 2013). Det er avgjørende at pasienten etter hvert opplever terapeuten som en trygg base. Terapeuten må komme i en posisjon hvor hun kan begynne å bety noe for pasienten (Wallin, 2007). For å klare dette mener Wallin at det behøves noe mer enn en empatisk inntoning og meningsskapende fortolkning, faktorer som ofte er tilstrekkelige for å etablere en trygg relasjon med andre pasienter. Dette ”noe mer” dreier seg om et genuint og autentisk møte mellom terapeuten og pasienten, der terapeuten deler av sin indre følelsetilstand. Grunnet begrensningene disse pasientene har lært for hva som er lov og ikke lov å føle, har de lite bevisst tilgang på følelser (Wallin, 2007). ”Å følge følelsen” (Wallin, 2007, egen oversettelse) er derfor en god veileder i møte med disse pasientene. Det dreier seg om å være vår for og tematisere pasientens subtile affektive skift i for eksempel kroppsspråk og stemmekvalitet. Like viktig er endringer i egen indre tilstand i møte med pasienten. Følelsene pasientene mangler tilgang til eller ikke anerkjenner, kan tenkes å oppstå hos terapeuten via overføringer eller projiseringer, og slik fungere som en nøkkel inn til pasientens følelsesliv (Wallin, 2007). Dette har gjenklang i Slades (2004) beskrivelse av arbeidet med hennes avvissende pasient. Selvavsløring av terapeuten indre følelsetilstand kan ha to funksjoner: Det fungerer modellerende, og det gir pasienten mulighet til å erfare terapeuten som et

individ med reaksjoner på pasientens fortellinger. I møte med en erfarende annen blir det mulig å oppdage sitt eget ekskluderte subjektive jeg (Wallin, 2007). Oppmuntringer fra terapeuten om å forsøke å være tilstede i situasjonen og prøve å legge merke til følelsesmessige reaksjoner kan være nødvendig for avvisende personer som tenderer mot å bli utilgjengelige, og som distanserer seg fra følelser.

Wallin (2007) beskriver tre karakteristiske responsmønstre som kan oppstå i terapi med avvisende pasienter: *Devaluerende*, *idealiserende* og *kontrollerende*. Disse bidrar alle til å skape distanse i en potensiell nær relasjon. Devaluerende pasienter plasserer seg selv høyt oppe i en hierarkisk struktur, og unngår slik ubehagelige og uhåndterlige selvopplevelser av å være svak og sårbar. For slike pasienter vil det være terapeutisk nyttig å utforske deres assosiasjoner til sårbarhet og svakhet, og sette dem inn i en meningsfull kontekst (Wallin, 2007). Idealiserende pasienter skjønner terapeuten, motivert av en uuttalt frykt for at terapeuten ikke skal tåle å være feilbarlig (Wallin, 2007). En slik beundring gir imidlertid pasient-terapeut-relasjonen en ”som om”-kvalitet som skaper distanse. Det er viktig at terapeuten er vår for de idealiserende tendensene, og unngår å agere på dem, men i stedet tematiserer dem med pasienten og utforsker hvilken betydning det har for pasienten at terapeuten er ”perfekt”. Kontrollerende pasienter strever med å gi slipp på kontroll, og terapirelasjonen kan ta form av en maktkamp (Wallin, 2007). I psykoterapi oppstår det ofte diskusjoner rundt konkrete rammebetingelser: Tidspunkt for timeavtale, pris og betalingsordning, eller terapeutens valg av behandlingstilnærming. Det er også typisk at terapeuten blir opplevd som kontrollerende (Wallin, 2007). Et viktig terapeutisk fokus vil være å utforske hvorvidt kontrollerende responsmønstre kan forstås som forsvar mot å komme andre for nær, og således en flukt fra intimitet og tilknytning.

**Den overinvolverte pasienten.** Wallin (2007) plasserer pasienter med en overinvolvert tilknytning langs et kontinuum med *hysteriforme* (dramatiserende) pasienter på

den ene enden av kontinuumet, og pasienter med *borderline personlighetsfungering* på den andre. For begge disse pasientgruppene er samhandlingen drevet av en underliggende frykt for å bli forlatt, og noen fellestrekk karakteriserer terapeutens relasjonelle tilnærming til dem. Terapeuten må for eksempel kunne tilby en relasjon hvor det er mulig å oppnå nærhet på andre måter enn ved hyperaktivering av tilknytningssystemet. Ved siden av å gi mening til følelser, er det viktig å tematisere pasientens snevre oppfatning av hva som kreves for å oppnå nærhet i relasjoner til andre og å utforske ressurser, ambisjoner og behov som er satt til side på grunn av frykten for å bli forlatt.

Hysteriforme pasienter karakteriseres ved en stadig tilbakevendende opplevelse av å være hjelpeløse, til tross for at de av andre beskrives som ressurssterke og samarbeidsvillige. Å være hjelpeløs kan tenkes å ha en funksjon for disse pasientene: Det vekker omsorg hos andre, og sikrer nærhet (Wallin, 2007). Strategien står imidlertid i veien for utvikling av selvstendighet, autonomi og frihet. Når disse pasientene begynner i terapi er de ofte ivrige etter å komme i gang, de framstår dedikerte, og ytrer ønsker om å forplikte seg til terapien (Wallin, 2007). Ved å forbli hjelpeløse og samtidig gi terapeuten en opplevelse av å være dyktig, håper de å bevare relasjonen. Dersom terapeuten sjarmes til å spille ”den perfekte terapeuten”, kan han eller hun bli blind for pasientens underliggende behov for at han skal være nettopp det – perfekt.

Wallin (2007) peker på to aspekter som det er viktig at er tilstede i behandlingen av slike pasienter. For det første må terapeuten makte å skape en relasjon som oppmuntrer pasienten til å *inkludere* så mye av sin subjektive erfaring som mulig. Videre er det viktig å møte alle følelsesmessige uttrykk hos pasienten på lik måte. Slik signaliserer man at man er like tilgjengelig for pasienten, uavhengig av om han eller hun formidler sterke følelser eller ikke. Ved å være oppmerksom på ubevisste emosjonelle uttrykk slik de blir formidlet gjennom for eksempel kroppsspråk og ansiktsmimikk, mener Wallin (2007) at pasienten

lettere kommer i kontakt med de følelsene som tidligere har truet tilknytningsrelasjonen. Fra å være oppslukt av tema knyttet til frykt for å bli forlatt, kan pasienten etter hvert utforske sin egen opplevelse av sinne, så vel som vanskeligheter med grensesetting og det å si "nei". Etter hvert kan pasienten også komme i kontakt med hvordan det oppleves å si "ja" til noe når motivasjonen for å si ja er fundert i et reelt ønske og ikke fungerer som en strategi for å sikre en relasjon. For det andre mener Wallin (2007) at det er viktig at terapeuten forventer mer av pasientens evne til å forstå og håndtere egne følelser, enn det pasienten selv tror seg i stand til. Wallin kaller dette aspektet for pasientens *utviklingsgradient*. Han mener det vil være til hjelp for pasienten dersom terapeuten implisitt kommuniserer sin overbevisning om at pasienten er i stand til mer enn han eller hun tror.

For pasienter med en borderline fungering er problemene av mer alvorlig karakter. De framstår som sinte, krevende og kaotiske (Wallin, 2007). Det kan virke som om disse pasientene opplever livet som en pågående og kontinuerlig krise. Pasientene er i en konstant alarmberedskap, beskriver opplevelser av tomhet og indre kaos, og skiftende selvfølelse. De lever ofte i stormfulle relasjoner, der de rives mellom frykt for å bli avhengig, og sterke behov for nærhet. Utfordringen for terapeuten er å ikke la seg bli skjøvet vekk og å finne en balanse mellom varm *empati* og tydelig *grensesetting* (Wallin, 2007). Terapeutens evne til å bruke egne erfaringer som resonansbunn i møte med pasienten, så vel som å gi uttrykk for at man tåler pasientens voldsomme følelsesuttrykk inngår i empatibegrepet. Gjennom tydelig grensesetting i møte med pasienten kommuniserer og modellerer terapeuten hvordan man kan møte egne behov.

Videre opplever disse pasientene stadige svikt i mentaliseringsevnen, særlig i nære relasjoner. De lever i en subjektiv verden der fysiske aspekter veier sterkere enn psykologiske. For å demonstrere en alternativ virkelighetsoppfatning blir terapeutens evne til å konsekvent speile pasienten på en markert og kontingent måte avgjørende. Ved å sammen



med terapeuten sette ord på og gi mening til overveldende følelser, kan pasienten erfare at det i trygge og stabile relasjoner finnes hjelp til emosjonsregulering (Wallin, 2007).

Wallin (2007) understreker for øvrig at borderlinepasienter med høyest symptomtrykk ofte blir klassifisert som disorganiserte, i tillegg til overinvolverte, noe som regnes som en mer alvorlig tilknytningsproblematikk. Dette kan ha implikasjoner for terapeutiske intervensjoner.

### **Mentaliseringsbasert behandling**

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en moderne variant av psykodynamisk psykoterapi. Terapiretningen er først og fremst utviklet for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, men prøves ut på flere andre typer lidelser hvor mentaliseringssvikt antas å være fremtredende, spesielt ruslidelser, spiseforstyrrelser, angstlidelser og posttraumatiske lidelser (Bateman & Fonagy, 2012; Morken, Karterud & Arefjord, 2013). Avgjørende i denne behandlingsformen er det å vurdere pasientens grad av mentaliseringssvikt. Sørensen (2009) mener at pasientens mentaliseringsnivå differensierer intervensjonsfokus. Målet er at pasienten utvikler evnen til fleksibelt å kunne reflektere over egne følelsesmessige reaksjoner på et metanivå, og utforske alternative emosjonelle reaksjoner. Terapeuten og pasienten arbeider sammen for å sette ord på kroppslige og følelsesmessige reaksjoner, avhengig av hva pasienten har tilgang til. Terapeuten søker å skape en nysgjerrig og ikke-vitende grunntone som man håper vil stimulere pasientens interesse for egne psykiske prosesser. På en systematisk måte fokuseres det på å holde pasientens aktiveringsnivå på et håndterbart nivå, og å utforske følelsesmessige reaksjoner eller fraværet av disse (Bateman & Fonagy, 2009).

**Den overinvolverte pasienten.** Selv om det å ha en overinvolvert tilknytning ikke nødvendigvis betyr at man kvalifiserer for diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, er

det som nevnt over mye som tyder på at overinvolverte voksne er overrepresentert i denne diagnosegruppen (Scott et al., 2013; Wallin, 2007). Behandlingsprinsipper designet for borderline personlighetsforstyrrelse kan derfor også tenkes å informere terapeutisk arbeid med pasienter med en overinvolvert tilknytningsstil. Slike pasienter trenger hjelp til å opprettholde mentaliseringsevnen når affektnivået stiger. Ved å arbeide systematisk med å opprettholde pasientens evne til mentalisering når følelser vekkes, vil det etter hvert bli mulig å utvikle bedre kontroll over dem (Bateman & Fonagy, 2009).

Terapeutiske strategier for å fremme pasientens mentaliseringsevne er for eksempel å utforske, identifisere og rose positiv mentalisering hos pasienten. Videre er det viktig å avklare og utdype atferd som har blitt utløst som følge av manglende mentalisering. Når terapeuten mistenker at pasientens handlinger har vært styrt av mentaliseringssvikt, bør han eller hun spore hendelsesforløpet tilbake til følelsene som utløste reaksjonen. Trinn for trinn avdekker man prosessen som førte til den aktuelle handlingen (Karterud, 2013). Målet er å gjøre tidligere automatiske og uforståelige følelsesmessige reaksjoner forståelige. Når terapeuten stiller spørsmål ved pasientens måte å trekke konklusjoner om situasjoner på, er det videre sannsynlig at pasientens affektnivå stiger, med påfølgende svikt i mentaliseringsevne. Typiske opplevelser kan være å ikke føle seg trodd, føle seg avvist av terapeuten, eller tvile på om terapeuten er på ens side eller ikke (Karterud, 2013). Å tematisere denne mentaliseringssvikten er et viktig aspekt ved MBT. Det betegnes som *å mentalisere overføringen*, og er viktig for å justere automatiske relasjonelle forventninger som tidligere har bidratt til sterke affektive reaksjoner (Karterud, 2013).

**Den avvisende pasienten.** I kontrast til de overinvolverte pasientene beskrevet over, der det virker som at vanskene i hovedsak består i at de føler for mye, for ofte og for raskt, synes det som at pasientene med en mer avvisende tilknytning har et motsatt problem: Følelser får ikke et uttrykk. Avvisende tilknyttede pasienter, som opplevde aversive

responser på tilknytningsatferd, kan tenkes å bli værende i en *pretend-modus*, se side 8.

Denne modusen kan fungere som en virkelighetsflukt, som beskytter pasienten mot uutholdelige og uhåndterbare følelser (Ringel, 2013). Mentaliseringsbaserte teknikker hvor man forsøker å integrere ekskluderte affektilstander kan tenkes å være til hjelp for disse pasientene. Ringel (2011) illustrerer hvordan det kan arte seg ved hjelp av en kasusvignett.

Den første fasen av terapien er i stor grad preget av at pasienten ”bruker” terapeuten som en speilende og validerende annen. Pasienten fremstår som å i store deler av tiden være i *pretend-modus*, der emosjonelt innhold er påfallende fraværende i det som blir snakket om. Tidvis viser han også tegn på psykisk ekvivalens. Etter hvert som pasienten begynner å stole på terapeutens stabile, reflekterende og lyttende nærvær, blir det mulig å utforske dypere lag av affekt og nærme seg sitt eget indre psykiske liv. Samtidig som Ringel (2011) mener det er viktig å speile pasientens iver og kreativitet, bidrar hun også på en vennlig måte med egne perspektiv og tanker. Slik tilbyr hun pasienten å ta del i sin måte å oppleve verden på, uten å avvise hans opplevelse. Fra først å ignorere terapeutens ”tilbud”, eller oppfatte det som kritikk og avvisning, blir pasienten etter hvert i stand til å forholde seg til begge synspunkter som mulige virkelighetsforståelser. Etter en tid kan terapeuten og pasienten sammen utforske både opplevelsen av følelser som overveldende og frykten for at det å nærme seg følelser skal sette pasienten ut av spill. Fra å systematisk ha ekskludert følelser fra bevisstheten, begynner pasienten å reflektere over betydningen av indre opplevelser og sette dem i sammenheng med relasjoner til familiemedlemmer - relasjoner som pasienten tidligere har beskrevet som ubetydelige. Sakte men sikkert blir det mulig å tematisere og oppleve tidligere ikke-tolererte affekter. I stedet for å projisere slike følelser over på andre, begynner pasienten etter hvert å ta eierskap til dem, noe som fører til et stadig mer bredspektret og variert følelsesrepertoar (Ringel, 2011).

Vignetten beskrevet over skiller seg i noen grad fra MBT-intervensjoner slik de er beskrevet i behandling av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Ringel (2011) beskriver ikke et like tydelig intervensjonsdesign. I stedet skildrer hun en spesifikk terapeutisk holdning i møte med pasienten. Det kan diskuteres hvorvidt hun tidligere i terapiforløpet kunne ha utfordret pasientens mentaliseringssvikt. Ifølge Bateman og Fonagy (2009) skal brudd på mentalisering alltid utforskes. På den andre siden kan det spekuleres i om avvisende pasienter har behov for en mindre aktiv terapeut enn det borderlinepasienter har. Avvisende pasienter, som strever med å i det hele tatt oppleve egne følelser, behøver kanskje mer tid før de tåler konfrontasjoner fra terapeuten. Til tross for en mindre aktiv utforskning av pasientens mentaliseringssvikt, spesielt i startfasen, fastholder Ringel (2011) viktigheten av at terapeuten oppmuntrer pasienten til å utforske alternative måter å forstå verden og andre på, og sikrer en tolererende og aksepterende grunntone for å nærme seg følelser.

### **Emosjonsfokusert terapi (EFT) - konkrete intervensjoner**

I emosjonsfokusert terapi anses emosjonsreguleringsvansker som en generell type dysfunksjon, på den måten at ulike psykiske lidelser, eksempelvis angst, depresjon og spiseforstyrrelser, blir fremstilt som forskjellige dysfunksjonelle måter å regulere negative emosjonelle tilstander på (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Teorien presenterer spesifikke metoder for bearbeiding av emosjonelle problemer (Elliott et al., 2004). Selve den emosjonelle her-og-nå-erfaringen anses som endringsfremmende, og et stikkord er å ”følge den emosjonelle smerten” (Greenberg, 2011). Terapeuten ”følger” pasienten empatisk, og ”leder” ham eller henne inn i emosjonell erfaring. EFT skiller seg fra andre terapiformer ved det eksplisitte fokuset på det å gå lengst mulig inn i den emosjonelle smerten for å skape endring (Greenberg & Watson, 2006). EFT-terapeuten tar utgangspunkt

i fire empirisk støttede prinsipper for å fremme denne emosjonelle prosesseringen:

Emosjonell bevisstgjøring, emosjonell regulering, refleksjon over emosjoner og emosjonell transformasjon (Greenberg & Watson, 2006).

Basert på det vi tidligere i oppgaven har presentert om sammenhengen mellom tilknytningsstil og emosjonsregulering er det naturlig å anta at det som i EFT-litteraturen blir omtalt som overregulert eller underregulert henger sammen med en henholdsvis avvisende eller overinvolvert tilknytningsstil. Et nærliggende spørsmål blir da: Hvordan kan man benytte EFT-prinsipper i arbeid med avvisende og overinvolverte pasienter?

I arbeidet med emosjoner blir det fremhevet at ulike emosjonelle opplevelser og uttrykk krever ulike terapeutiske grep (Greenberg & Paivio, 1997). EFT bygger på tiår med forskning på mikroprosesser i terapi og på de valgene terapeuter gjør for å øke dybden i emosjonell prosessering. Terapeuten må forholde seg til ulike kriterier for når man skal fokusere på, styrke og utforske emosjoner, og når man bør nedregulere emosjoner. Disse kriteriene omhandler blant annet nivå av emosjonell aktivering og hvilken type emosjon det er snakk om, altså om den er primær (adaptiv eller maladaptiv) eller sekundær (se Elliott et al., 2004). EFT-litteraturen foreslår en rekke spørsmål som terapeuten kan stille seg selv og pasienten for å identifisere de ulike typene av emosjonell opplevelse, og videre hvilke intervensjoner som kan benyttes (se Greenberg & Watson, 2004).

En vellykket behandling er assosiert med et optimalt nivå av følelsesmessig aktivering, samt ektefølt emosjonell opplevelse og uttrykk midtveis i terapiforløpet (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). For å oppnå dette bør EFT-terapeuten hjelpe pasienten med nedregulering og oppregulering av følelser, avhengig av om pasienten er overaktivert eller underaktivert. Man søker derfor å unngå intellektualisering (typisk for avvisende pasienter) og emosjonell overaktivering (typisk for overinvolverte pasienter) (Greenberg & Watson, 2006). Terapeut og pasient må sammen finne frem til et håndterbart nivå av

emosjonell aktivering, der pasienten er i kontakt med følelsene sine uten å bli overveldet av dem (Greenberg & Watson, 2006). Det vil gjerne være hensiktsmessig å se for seg følelsene på et intensitetskontinuum og hjelpe pasienten med å identifisere et punkt hvor emosjonene blir så disorganiserte, overveldende eller forvirrende at tenkning og problemløsning blir vanskelig (Elliott et al., 2004).

**Den avvisende, overregulerte pasienten.** Pasienter som er overregulerte er gjerne underaktiverede i emosjonelle situasjoner. Ofte kjenner de følelsene veldig svakt, eller ikke i det hele tatt. Dette gjør det vanskelig for pasienten å få tilgang til emosjonsskjema, som er nødvendig for å gi retning og motivasjon til handling (Greenberg & Watson, 2006). Generelt vil unngåelse av emosjoner i terapirommet være en indikasjon på at det kan være nyttig å øke emosjonsbevissthet. Tegn på dette kan for eksempel være intellektualisering eller distraksjon. I møte med en slik unnvikelse vil det være terapeutisk nyttig å hjelpe vedkommende med å nærme seg emosjonene sine. Det å unngå følelser som for eksempel tristhet eller sinne ser ut til å vekke en opplevelse av håpløshet hos mange pasienter. Å komme i kontakt med primærfølelser kan redusere opplevelsen håpløshet, og lede til at pasienten får tilgang til handlingstendensene som er knyttet til disse følelsene. Generelt kan man si at terapeuten søker å bevisstgjøre overregulerte pasienter om hvordan de holder følelsene tilbake, for så å hjelpe dem med å få tilgang til flere sider ved sin emosjonelle erfaring.

Terapeuten må hjelpe overregulerte pasienter med å være både oppmerksomt tilstede i sin egen opplevelse, og med å fullt ut kunne føle på de fysiske aspektene ved emosjonene (Elliott et al., 2004). Den overregulerte pasienten er gjerne oppmerksom på følelsen, men holder denne på trygg avstand uten helt å oppleve den. Det kan derfor være nyttig å oppfordre til oppmerksomhet mot kroppslige fornemmelser, som det å kjenne etter hvordan bestemte steder i kroppen føles på et bestemt tidspunkt. Terapeuten kan også hjelpe pasienten med å få tilgang til bestemte følelser ved å be ham eller henne om å tenke på tidligere

emosjonelle episoder eller situasjoner som gjorde pasienten trist, sint eller glad. Pasienten kan også oppfordres til å tydelig vise hva han eller hun føler ved hjelp av kroppsspråket. Påfølgende overdrivelse av emosjonsuttrykket kan hjelpe pasienten med å få større tilgang til følelsen. For mange overregulerte pasienter vil det kunne være skremmende å aktivere følelser på denne måten. For at pasienten skal kjenne seg trygg nok til å kjenne på følelsene er det viktig at terapeuten bistår pasienten med å ”overvåke” det emosjonelle aktiveringsnivået, slik at pasienten kjenner en viss grad av kontroll (Elliott et al., 2004).

Når unngåelse er moderat til høy, og pasienten sannsynligvis er anspent, vil det være mer hensiktsmessig å fokusere på bevissthet rundt unngåelsen og forstyrrende prosesser enn på selve emosjonen. Dersom pasienten blir avflatet, somatiserende eller forvirret når man nærmer seg emosjoner, kan terapeuten bruke en form for gradert tilnærming der man gradvis bygger opp pasientens kapasitet til å kunne håndtere angst og følelser.

**Den overinvolverte, underregulerte pasienten.** Underregulerte pasienter blir gjerne overaktivert når emosjoner vekkes, og klarer ikke å handle hensiktsmessig på følelsene sine. I emosjonelle situasjoner blir de disorganiserte eller paralyserte (Elliott et al., 2004). For den underregulerte pasienten blir det viktig med bevisstgjøring av den emosjonelle eskaleringen, for så å hjelpe pasienten med å romme emosjonene sine (Greenberg & Watson, 2006). Dersom pasienten blir overveldet av følelsen, og blir disorganisert ved emosjonell aktivering, er dette gjerne et tegn på at han eller hun har behov for hjelp til nedregulering, trøst og strukturering, for å utvikle kapasitet til å tolerere angst og emosjoner. Terapeuten hjelper den underregulerte pasienten med å utvikle nye mestringsstrategier og å ta i bruk de mestringsstrategiene som allerede er etablert på en mer effektiv måte. En mer distansert form for oppmerksom tilstedeværelse blir her viktig fordi den kan bidra til en emosjonell distanse, som gjør følelsen mindre overveldende. EFT-terapeuten hjelper pasienten med å observere og symbolisere de overveldende emosjonene, for slik å skape trygg avstand til følelsene. Det

å omtale en følelse som ”det”, å foreslå å ”putte følelsen i en boks” og legge den vekk, eller å visualisere følelsen som et konkret fysisk objekt, kan bidra til å skape en avstand som gjør denne mer håndterlig for pasienten. Terapeuten kan også tilby støtte og forståelse til pasienten, samt oppfordre ham eller henne til å søke støtte og omsorg hos andre. Enkelte pasienter vil kunne dra nytte av å ”organisere” overveldende emosjoner, for eksempel ved å lage en liste over problemer. Det kan være aktuelt å hjelpe pasienten med å trøste seg selv ved å oppfordre til avslapning, selvstøtte og selvomsorg (”Prøv å fortell den andre delen av deg at det er greit å være lei seg”). Direkte distraksjon kan også være aktuelt, og terapeuten kan hjelpe pasienten med å finne aktiviteter som gjør at vedkommende føler seg bedre, ved for eksempel å høre på favorittmusikken sin. Ifølge Greenberg og Watson (2006) er det viktigste for å øke underregulerte pasienters evne til å romme følelser å hjelpe dem med å bli bevisst følelsene, uttrykke dem, og bestemme seg for hva en ønsker å gjøre med dem når de dukker opp. Å undertrykke en følelse, uten å gjøre noe med den, vil paradoksalt nok ha som effekt at det blir generert flere og sterkere uønskede emosjoner. Følelsene blir da enda mer skremmende og overveldende (Greenberg & Watson, 2006).

Selv om tilknytningsbegrepet ikke dveles ved i denne fremstillingen av EFT, brukes en pasients tilknytningshistorie aktivt for å forstå hvordan emosjonelle vansker har oppstått (Greenberg & Watson, 2006). I tillegg bidrar EFT både med spesifikke forslag til intervensjoner, og mer utførlige beskrivelser av når disse intervensjonene bør benyttes, enn det eksempelvis Dozier og Bates (2004), Slade (2004) og Wallin (2007) gjør.

### **Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy (AEDP)**

Diana Fosha har utviklet en korttids dynamisk terapimodell, AEDP, som i større grad enn de opprinnelige interpersonlige og relasjonelle modellene (Alexander & French, 1946; Mitchell, 2000) har en emosjonsorientert vinkling. Hun omtaler AEDP som en tilknytnings-,



emosjons- og transformasjonsmodell for behandling (Fosha, 2000). I *The transformative Power of Affect* skriver Fosha (2000) at evnen til å oppleve intense affektive erfaringer er grunnleggende i god psykisk helse, og at denne evnen utvikles i tilknytningsrelasjonen. Hun omtaler tilknytning ikke bare som et mål, men som en forutsetning for terapien. Formålet er å øke bevissthet om, og bearbeide forsvar mot emosjonserfaring, samt å identifisere emosjonenes plass i interpersonlige mønstre (Fosha, 2000). Videre fremhever Fosha betydningen av å skape en empatisk relasjon der forsvaret blir unødvendig, heller enn noe som må ”nedkjempes” eller ”konfronteres”. Dette vil hjelpe pasienten med å komme i kontakt med kjerneaffekter (affekter som erfares uforbeholdent og kroppslig), som gir rom for sunne handlingstendenser (Fosha, 2000).

I følge Fosha (2000) er tilknytningsmønstre avgjørende for den typiske måten pasienten regulerer emosjonene sine på. Hun beskriver trygt tilknyttede personer som fleksible i sin måte å oppleve, regulere og uttrykke følelser på i relasjon med andre mennesker, noe hun omtaler som ”feeling and dealing, while relating” (Fosha, 2000).

**Den avvisende pasienten.** Pasienter med en avvisende tilknytningsstil vil gjerne benytte seg av en overregulerende emosjonsreguleringsstil, en stil Fosha (2000) omtaler som ”dealing, but not feeling”. I arbeidet med disse pasientene vektlegger hun viktigheten av å identifisere og bevisstgjøre forsvaret mot affektoplevelse og hemmende emosjoner, som blokkerer opplevelsen av de mer adaptive emosjonene. Slike hemmende emosjoner er ofte skam, skyld, eller angst for tap (Fosha, 2000).

Videre er det i AEDP ansett som hensiktsmessig med selvavsløringer fra terapeuten i møte med avvisende pasienter (Prenn, 2011). Gjennom selvavsløringer kan terapeuten få tilgang til pasientens tilknytningsstil, samt fremme trygg tilknytning i behandlingsrelasjonen. En avvisende pasient kan gjenkjennes ved at han eller hun gjerne ignorerer terapeuten selvavsløring. Likevel tenkes det at selvavsløringen kan ha en funksjon i arbeidet med disse

pasientene. Prenn hevder at det i arbeidet med den avvisende pasienten vil være nyttig med avsløringer som fremhever likheter mellom terapeut og pasient. Terapeuten kan eksempelvis si noe om at han eller hun har opplevd noe liknende som pasienten eller fortelle om emosjonelle opplevelser som minner om pasientens. Prenn (2011) sier ikke noe om hvorfor hun anbefaler dette, men vi spekulerer i om en av grunnene kan være at pasienten da opplever at det er akseptabelt å føle slike følelser.

**Den overinvolverte pasienten.** Overinvolverte pasienters tendens til å underregulere emosjoner omtales av Fosha (2000) som "feeling, but not dealing". Emosjonaliteten til den overinvolverte pasienten kan lett bli forvekslet med kjerneaffekter. Den fungerer som et forsvar mot ekte, genuine følelser. I arbeidet med den overinvolverte pasienten vil det derfor bli viktig å tydeliggjøre forskjellen mellom kjerneaffektive opplevelser og emosjonelle tilstander som har en defensiv funksjon. Fosha (2000) beskriver karakteristiske trekk som kjennetegner henholdsvis genuine affektive opplevelser og defensive affekter. Dette kan fungere veiledende for terapeuten. Kjerneaffekter, i motsetning til defensive affekter, utløser ofte liknende følelser i terapeuten, eller vekker på andre måter terapeutens empati. Dette vil også kunne veilede arbeidet med å avgjøre hva slags type affekt pasienten uttrykker.

Prenn (2011) hevder at selvavsløringer også vil kunne ha en terapeutisk effekt i arbeidet med den overinvolverte pasienten. I arbeidet med denne pasientgruppen vil det være mer hensiktsmessig av terapeuten å formidle til pasienten hvordan de er forskjellige, for slik å skape en sunnere avstand i relasjonen. Slik kan terapeuten formidle til pasienten at det går an å ha en trygg relasjon selv om man har ulike opplevelser og emosjonelle erfaringer. Prenn (2011) trekker imidlertid frem at terapeuten i begynnelsen av terapiforløpet må tåle pasientens behov for å føle seg lik terapeuten, og først avsløre slike forskjeller når det har blitt etablert en trygg relasjon.

**Affektfobiterapi – en behandlingstilnærming for den avvisende pasienten**

Leigh McCullough har utviklet en integrativ modell for affektfokusert dynamisk korttidsterapi, som implementerer kognitivt orienterte forståelsesmodeller (McCullough-Vaillant, 1997). Hun baserer seg på Malans (1979) konseptualisering av *emosjonelle konflikter*, men bruker i stedet termen *affektfobi* for å forklare samme fenomen.

Intervensjonene bygger på atferdsterapeutiske prinsipper om eksponering og responsprevensjon (McCullough-Vaillant, 1997). Ved å hjelpe pasienter med å gjenkjenne egne forsvarsmekanismer og utholde den underliggende angsten, håper man at pasienten vil utvikle større kapasitet til å være i kontakt med og gi uttrykk for viktige følelser (Schanche, Hjeltnes, Berggraf & Ulvenes, 2013).

AFT er en terapiform som antas å ikke egne seg for ustabile og impulsive pasienter. Den er fortrinnsvis utarbeidet for pasienter med GAF-skåre over 50. For pasienter med en historie med selvdestruktiv atferd, som rusmisbruk eller fysisk selvskading, er denne terapiformen kontraindisert (McCullough-Vaillant, 1997). Slike symptomer er karakteristiske for pasienter med en borderline fungering (Scott et al., 2013). Selv om ikke alle pasientene med en slik fungering ser ut til å tilhøre en enkelt tilknytningskategori, er likevel overinvolverte pasienter overrepresentert blant pasienter med en borderline fungering (Wallin, 2007). Med bakgrunn i dette spekulerer vi i hvorvidt AFT er mer aktuell for pasienter med en avvisende tilknytningsstil enn for overinvolverte. Karakteristisk for avvisende pasienter er at de underkjenner og underminerer følelser (Cassidy, 1994). Kan hende gir det mening å forstå en slik deaktivierende strategi som en fobisk respons på følelsesmessige reaksjoner. Å hjelpe pasienten til å holde ut slike erfaringer, kan virke teoretisk meningsfullt. Vi beskriver derfor terapeutiske prinsipper i denne terapiformen med fokus på pasienter med avvisende tilknytning.

**Den avvisende pasienten.** McCullough-Vaillant (1997) mener at fobiske reaksjoner på egne følelser opprettholder symptomer og problemer i interpersonlig fungering. Det primære terapeutiske målet er å avlære betingede forbindelser mellom *aktiverende affekter* (sinne, tristhet eller behov for nærhet) og *inhibitoriske affekter* (angst, skam, skyld og emosjonell smerte). Samtidig forsøker man å hjelpe pasienten med å forstå og unngå *forsvarsmekanismer*, som til nå har blokkert tilgang på adaptive aktiverende følelser, og i stedet lytte til disse følelsene. Slik håper man at pasienten tilegner seg mer hensiktsmessige måter å navigere på i vanskelige emosjonelle situasjoner. Dette bidrar, mener McCullough-Vaillant (1997), til økt indre vitalitet, bedre evne til å sette tydelige og gode grenser for seg selv, så vel som bedre og mer smidige sosiale samspill.

McCullough-Vaillant (1997) beskriver seks behandlingsprinsipper som hun mener fremmer pasientens evne til å være i kontakt med og uttrykke følelser. Når pasienten har fått *innsikt* i forsvarsmekanismer som blokkerer aktiverende affekter, og virker *motivert* for å forsøke alternative måter å forholde seg til forsvaret på, vil pasienten være klar for å arbeide med *affektoplevelsen*. Terapeuten fokuserer på pasientens kroppslige erfaringer av aktiverende følelser, heller enn det innholdsmessige i pasientens fortelling. McCullough-Vaillant tar her i bruk teknikker fra gestalt- og opplevelsesorientert terapi, som for eksempel visuelle forestillingsøvelser. På en systematisk måte eksponeres pasienten for tidligere unngåtte aktiverende affekter, som for eksempel sinne, tristhet eller glede, og søker å øke toleransen for affekten. Når pasienten erfarer inhiberende affekter, som angst, skyld, skam, eller emosjonell smerte i møte med eksponering for aktiverende affekter, er det viktig at terapeuten er vår for disse, og hjelper pasienten med å regulere intensiteten i følelsene. Her integreres teknikker fra kognitiv terapi. Pasienten skal kunne tre ut av affektoplevelsen og over i en mer kognitiv modus hvor det er mulig å observere, reflektere og utfordre katastrofetanker knyttet til det å erfare følelser. McCullough-Vaillant (1997) mener

intervensjoner som fokuserer på hva som er det verste eller mest ubehagelige ved å kjenne på den aktuelle følelsen, har en slik regulerende funksjon. Når de inhiberende affektene har nådd et mer håndgripelig nivå, går terapeuten og pasienten tilbake til å utforske opplevelsen av aktiverende affekter.

Når pasienten bedre evner å erfare og forstå aktiverende følelser, kan terapeuten og pasienten begynne å øve på å *uttrykke affekter* på en konstruktiv måte. Gjennom rollespill, stoløvelser og utprøving av ulike følelsesuttrykk hjelpes pasienten til å finne måter å kommunisere følelser og opplevelser på, det vil si måter som fremmer nærhet, selvhevdelse og tydelige grenser i møte med andre. I møte med en terapeut som lytter på en empatisk, inntonet måte, og som formidler ubetinget aksept og interesse for pasientens følelsesliv, blir det mulig for pasienten å etablere nye forventninger til at følelser kan bli tålt og verdsatt i relasjoner. Ved hjelp av slike emosjonelt korrigerende erfaringer blir det mulig for pasienten å ta til seg næring fra relasjoner, noe som i sin tur bidrar til varmere, tryggere og mer berikende forhold til andre (McCullough-Vaillant, 1997).

McCullough-Vaillant (1997) arbeider også med tema knyttet til *selvopplevelse og opplevelser av andre*. Når man blir i stand til å møte både seg selv og andre med større grad av aksept og selvmedfølelse, fremfor kritikk, blir det lettere å nærme seg egne følelser. Det kan for eksempel være vanskelig å anerkjenne og uttrykke følelsen av tristhet dersom man opplever at man ikke har rett til å sørge eller motta trøst. Videre kan det å unngå, devaluere eller idealisere andre mennesker hindre emosjonell kontakt og autentiske relasjoner. Å øve på å erfare og uttrykke følelser sammen med terapeuten, ser ut til å ha større endringspotensial, sammenlignet med kun utforsking av tidlige relasjonelle erfaringer (McCullough-Vaillant, 1997).

De læringsteoretiske prinsippene som forklarer endringsmekanismer i affektforberedelse, kan også tenkes å bidra til en bredere forståelse av hvorfor terapiformen

egner seg dårlig for pasienter med en overinvolvert tilknytningsproblematikk. Som nevnt over har disse personene erfaringer av inkonsekvent og uforutsigbar omsorg fra omsorgspersoner (Mikulincer et al., 2003). Denne typen omsorg minner om det man i læringsteori kaller intermitterende forsterkning (Domjan, 2010), en type forsterkning som er vanskelig å avlære, fordi det ikke finnes noen forståelig logisk sammenheng i forsterkningmønstrene. Vi spekulerer i om hyperaktiverende strategier hos pasienter med en overinvolvert tilknytning kan forstås ut i fra et slikt perspektiv, der individet har utviklet grunnleggende forventninger om at omsorg er mulig, men uforutsigbart. Det finnes alltid en hypotetisk mulighet for at den hyperaktiverende strategien vil kunne bidra til en ny forsterkende respons, om enn langt fram i tid. Det typiske responsmønsteret for pasienter med en mer avvisende tilknytning (som følge av en mer konsekvent omsorgsstil fra omsorgsgivere) er kanskje lettere å avlære i og med at pasienten ikke øyner en mulighet for forsterkning.

### **Erfarne terapeuter om avvisende og overinvolverte pasienter - en kvalitativ studie**

Mallinckrodt (2010) slutter seg til andre nevnt ovenfor og argumenterer for at behandlingsrelasjonen kan konseptualiseres som en tilknytningsrelasjon. Forskningen hans sentrerer rundt sammenhenger mellom tilknytningsfenomener og psykoterapiprosessen. En av de mest relevante undersøkelsene når det gjelder behandling av pasienter med avvisende eller overinvolvert tilknytningsstil, er en kvalitativ studie gjennomført av Daly og Mallinckrodt (2009).

Daly og Mallinckrodt foretok semistrukturerte intervjuer med 12 erfarne terapeuter. Alle vektla tilknytningsteori i sitt kliniske arbeid, men de hadde ellers ulik teoretisk forankring. Formålet med studien var å undersøke hvordan disse terapeutene ville gått frem i terapi med to hypotetiske pasienter, for så å utarbeide en overordnet teori om behandling av

denne typen pasienter. Pasientene ble presentert gjennom vignetter. Den ene vignetten beskrev en avvisende (eller deaktivierende) pasient, den andre en overinvolvert (eller hyperaktiverende) pasient. Tilknytningskategoriene ble ikke nevnt i vignettene, men skildringene av pasientens vansker var hentet fra et mye brukt selvrapporteringskjema (Brennan et al., 1998). Terapeutene ble stilt spørsmål om hvordan de ville beskrive pasientens vansker, hvordan de ville tilnærme seg arbeid med pasienten, om de anså spesifikke teknikker som spesielt nyttige for pasienten, hvordan de ville håndtere behandlingsrelasjonen, hvordan de ville sikre at pasienten ble investert i og motivert for terapi, og hvilke overføringer og motoverføringer de ville forvente at kunne oppstå i løpet av forløpet (Daly & Mallinckrodt, 2009). Resultatene fra studien illustrerer både fellestrekk og forskjeller ved behandling av pasienter med henholdsvis avvisende og overinvolvert tilknytningsstil.

**Fellestrekk ved arbeidet med de to pasientene.** Alle terapeutene mente å kjenne igjen de to pasienttypene som ble beskrevet i vignettene, og de fleste av dem illustrerte dette med eksempler hentet fra egen klinisk praksis. Flertallet anslo at pasientene som var presentert i vignettene ville trenge mer enn 20 behandlingstimer, og alle var enige om at de relasjonelle vanskene pasientene presenterte trolig hadde en lengre historie enn det pasienten selv forestilte seg. Alle terapeutene brukte begrep som ”faser” eller ”steg” når de beskrev behandlingsforløpets gang. En innledende *engasjeringsfase* (der terapeuten ble kjent med pasienten og skreddersydde behandlingsrelasjonen slik at pasienten ble engasjert i det terapeutiske arbeidet) ble etter at visse *overgangsmarkører* synliggjorde seg fulgt av en *arbeidsfase* (der terapeuten utfordret pasienten, og spesielt affekt og interpersonlig samhandling ble utforsket), for så å munne ut i en *avslutningsfase* (der oppmerksomheten ble viet til dynamikken som oppsto når avslutning av behandlingen ble tematisert) (Daly & Mallinckrodt, 2009).

De særegne utfordringene i psykoterapi med avvissende og overinvolverte pasienter ble organisert innenfor ulike tema. Disse var igjen tilknyttet de tre fasene av behandlingen.

**Den avvissende pasienten.** Den avvissende pasienten ble av terapeutene beskrevet som en person hvis omsorgspersoner ikke hadde respondert på uttrykte følelser og behov. Trolig hadde omsorgspersonene gitt uttrykk for at sårbarhet ikke var tillatt. Basert på teorier som vi har redegjort for tidligere, kan dette sies å være en teoretisk meningsfull antakelse (Cassidy, 1994; Fonagy et al., 2002; Wallin, 2007), som var gjennomgående hos terapeutene trass i at tilknytningserfaringer ikke var nevnt i vignetten. Når det gjaldt pasientens forsvar (her atskilt fra motoverføringsbegrepet, som ble antatt å bli mer relevant senere i forløpet), antok terapeutene at den avvissende pasienten ville fremstå intellektualiserende og narsissistisk, spesielt i de første behandlingstimene. Flere av terapeutene understreket nytteverdien av å anerkjenne forsvarets adaptive rolle for pasienten. Når arbeidsalliansen ble trygg nok, kunne man så utforske de mindre heldige sidene ved forsvaret.

Blant tegnene på en trygg nok arbeidsallianse, var pasientens initiativ til å ta opp hendelser eller vansker relatert til interpersonlig fungering, spesielt om disse ble utdypet og konkretisert, heller enn å forbli vage, korte beskrivelser. I tillegg ble åpen drøfting av brudd i arbeidsalliansen ansett som en markør for fremgang.

Terapeutene foreslo nokså konkrete intervensjoner, og spesielt tre kategorier ble svært ofte nevnt. Den første var bruk av metaforer for å illustrere utfordringer for pasienten på en kreativ og hverdagsnær måte. Den andre innebar bruk av språk – for den avvissende pasientens del, kunne språk brukes som en nøkkel til å utforske samtaleområder og følelser pasienten vanligvis unngikk. Til slutt ble dialog mellom deler av selvet foreslått. Terapeutene mente en slik intervensjon ville være særlig nyttig for den avvissende pasienten, som hadde begrenset tilgang til sarte og sårbare deler av seg selv. Med tanke på avslutning av behandlingen, ga flere av terapeutene uttrykk for at denne burde drøftes tidligere med en



avvisende pasient enn med andre pasienter. Dersom forløpet har utviklet seg i riktig retning, har terapeuten trolig blitt en av få personer en avvisende pasient har opplevd det som trygt å utforske potensielt skremmende følelser sammen med. Terapeutene i studien mente at denne opplevelsen burde deves ved og anerkjennes (Daly & Mallinckrodt, 2009).

**Den overinvolverte pasienten.** Den overinvolverte pasienten ble av terapeutene beskrevet som en person hvis omsorgsgivere til tider hadde vært emosjonelt tilgjengelige. Terapeutene antok imidlertid at omsorgspersonene hadde respondert inkonsekvent på pasientens behov. Igjen er dette en teoretisk meningsfull antakelse (Cassidy, 1994; Fonagy et al., 2002; Wallin, 2007). Omtrent halvparten av terapeutene nevnte ”fortæring” (”consumption”) som et forsvar overinvolverte pasienter benytter seg av – de engasjerer seg raskt og intenst i behandlingsrelasjonen, samtidig som de stiller implisitte og eksplisitte krav til at terapeuten skal dempe angsten de opplever. Grensesetting var et tema alle terapeutene anså som viktig i møte med den overinvolverte pasienten. Flere mente at terapeuten må tåle at slike pasienter gjerne vil at relasjonen deres skal ”være veldig, veldig, veldig viktig” (s. 555, egen oversettelse). Balansegangen mellom å forholde seg til dette behovet på den ene siden, og å unngå å ”bli ett” med pasienten på den andre, ble understreket. Viktigheten av å etablere grenser tidlig i forløpet ble nevnt av noen. Flere av terapeutene mente at selvavsløring av terapeutens affektive reaksjon på det pasienten fortalte kunne være nyttig for å sikre at den overinvolverte pasienten opplevde å være i en genuin relasjon med en omsorgsfull terapeut. Om brudd på arbeidsalliansen oppsto og pasienten maktet å gi uttrykk for sinne overfor terapeuten, mente terapeutene at dette symboliserte en overgang fra innledningsfasen til arbeidsfasen. Dyaden kunne nå utforske et mønster som trolig hadde gjort seg gjeldende i pasientens liv flere ganger før. Den oftest nevnte markøren for bedring, var en overinvolvert pasients økning i evnen til å regulere emosjonene sine, uten å være avhengig av ytre hjelp til dette. At dette ble nevnt som en bedringsmarkør av terapeutene,

illustrerer at sammenhengen mellom tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategi ikke bare er empirisk støttet, men også klinisk erfart av terapeuter.

Metaforer ble foreslått som en spesifikk intervensjon også i arbeidet med overinvolverte pasienter. Videre ble bruk av språk som et strukturerende og regulerende verktøy ofte nevnt: Pasienten burde oppmuntres til å stoppe opp i emosjonelt overveldende øyeblikk, og snakke seg gjennom følelsene sine framfor å handle impulsivt på dem. Dersom dialog mellom deler av selvet ble foreslått som en intervensjon, fokuserte terapeutene på pasientens personlige styrker og evner, heller enn på sårbare deler av selvet. Fokuset på pasientens ressurser og potensial for mestring, minner om Wallins beskrivelse av arbeid med overinvolverte pasienter (Wallin, 2007). Når avslutning nærmet seg, mente terapeutene at pasientens følelser rundt det å føle seg forlatt burde tematiseres (Daly & Mallinckrodt, 2009).

**En integrert teoretisk modell.** Daly og Mallinckrodt (2009) har utviklet en integrert teoretisk modell for behandling av avvisende og overinvolverte pasienter, basert på resultatene av den omtalte studien. De lanserer begrepet *terapeutisk distanse* for å romme de ulike temaene som de intervjuede terapeutene beskriver. Terapeutisk distanse blir definert som ”graden av gjennomskinnelighet og avsløring i den psykoterapeutiske relasjonen fra både pasientens og terapeutens side, sammen med umiddelbarheten, intimiteten og den emosjonelle intensiteten i en terapitime” (s. 559, egen oversettelse). Daly og Mallinckrodt (2009) mener at forskjellige grader av terapeutisk distanse bør benyttes under de forskjellige terapifasene. I innledningsfasen er det nødvendig å i stor grad føye seg etter pasientens ønskede grad av terapeutisk distanse. Slik sikrer man pasientens engasjement og motivasjon for terapi, samt en god arbeidsallianse. I den påfølgende arbeidsfasen, er det derimot nødvendig å gradvis forsøke å styre relasjonen mot en mer adaptiv grad av terapeutisk distanse for den spesifikke pasienten.

Om man benytter dette prinsippet i behandling av avvisende pasienter, innebærer det at terapeuten aksepterer en relativt stor grad av terapeutisk distanse i den første fasen. Når terapien går over i arbeidsfasen, bør terapeuten gradvis tilstrebe økt nærhet og emosjonalitet i terapitimene. Terapeutens fremspill vil i ideelle forløp bli besvart av pasienten, dog i noe mindre grad, frem til den terapeutiske avstanden er nærmere det terapeuten anser som adaptivt for pasienten. For overinvolverte pasienter, tilsier modellens prinsipper at man som terapeut tidlig må tillate en relativt lav grad av terapeutisk distanse. I følge Daly og Mallinckrodt (2009) vil få overinvolverte pasienter holde ut frustrasjonsnivået som oppstår dersom terapeuten insisterer på en stor grad av terapeutisk distanse de første behandlingstimene. Etter hvert som arbeidsfasen utvikler seg, bør man gradvis øke distansen gjennom å tilfredsstille pasientens umiddelbare behov i mindre grad og søke å etablere mer selvstendighet. Dersom dette blir tålt av pasienten, besvares det med en tilsvarende, dog mindre økning i terapeutisk distanse fra pasientens side. Vanskelige situasjoner utenfor terapien vil ofte føre til at den overinvolverte pasienten forsøker å minske den terapeutiske avstanden igjen. I vellykkede tilfeller vil hvert tilbakeslag likevel følges av fremgang, som til slutt vil munne ut i økt grad av autonomi og selvregulering hos pasienten.

Daly og Mallinckrodt (2009) understreker at manipulering av terapeutisk distanse ikke er en smertefri prosess. Eventuelle konflikter som oppstår underveis blir likevel ansett som muligheter for utforskning og reparasjon. Etter endt behandling vil både avvisende og overinvolverte pasienter forhåpentligvis vise en betraktelig mer adaptiv grad av terapeutisk distanse, også i relasjoner utenfor terapirommet. Like fullt hentyder Daly og Mallinckrodt til (2009) at enkelte fremdeles vil fungere lettere deaktivierende eller hyperaktiverende også etter endt behandling.

### **Daly og Mallinckrodts modell – en veiviser til respondering ”in style” versus ”out of style”?**

Daly og Mallinckrodt (2009) sin modell kan muligens bidra med en dypere forståelse av hvorvidt det er gunstig at terapeuten responderer ”in style” eller ”out of style” på avvisende og overinvolverte pasienter. Enkelte studier har demonstrert at terapeuter har en tendens til å respondere ”in style” på usikkert tilknyttede pasienter: De har et kognitivt og problemløsningsorientert fokus i møte med avvisende pasienter, og et mer affektivt fokus i møte med overinvolverte pasienter (Shapiro et al., 1999; Romano, Janzen & Fitzpatrick, 2009). En slik tilnærming bidrar muligens til en initiell tilfredshet fra pasientens side, som kanskje vil være fornøyd med å unngå potensielt angst- og affektprovoserende intervensjoner. Om terapeuten og pasienten fortsetter med å samarbeide om å opprettholde pasientens mønster, er likevel behandlingen trolig lite fruktbar i lengden. Både Slade (2008) og Holmes (2000) hevder at det å forsiktig utfordre pasientens vante stil, enten den er deaktivierende eller hyperaktiverende, vil gi best resultater. Dette innebærer altså å møte avvisende pasienter med emosjonsfokuserte responser og intervensjoner, og overinvolverte pasienter med mer intellektuelle og strukturerende responser. Kasusene beskrevet av Slade (2004) og nevnt overfor, illustrerer hvordan en slik tilnærming kan arte seg. Slade (2008) understreker likevel at det kan være like nyttig å *speile* pasientens emosjonsreguleringsstrategier og forsvar som å utfordre dem. Hun foreslår at det å kunne bevege seg mellom å respondere ”in style” og ”out of style” med pasientens emosjonsreguleringsstrategier og forsvar er essensielle komponenter ved vellykket psykoterapi. I møte med pasienters tilknytningsstrategier, bør terapeuten derfor vurdere hvilken tilnærming som, i det aktuelle øyeblikket, mest sannsynlig vil hjelpe pasienten med å nærme seg en mer balansert, trygg strategi.

Daly og Mallinckrodt (2009) sin integrerte teoretiske modell kan kanskje fungere som en veiviser for hvilken tilnærming man bør velge på hvilket tidspunkt i behandlingsforløpet. I deres modell, tilsvarer det å tilfredsstille pasientens ønskede grad av terapeutisk distanse å respondere ”in style” på pasienten. Den gradvise overgangen til en mer adaptiv grad av terapeutisk distanse, kan konseptualiseres som å respondere ”out of style”. Basert på modellen vil en ”in style”-tilnærming være spesielt nyttig tidlig i behandlingsforløpet, mens en ”out of style”-tilnærming vil være viktig etter hvert som psykoterapien utvikler seg. Tatt i betraktning kompleksiteten ved klinisk arbeid, kan dette kanskje virke noe forenklet. Endringer i og utenfor terapirommet vil trolig gjøre at kontinuerlig veksling mellom tilnærmingene finner sted. Likevel kan Daly og Mallinckrodt (2009) sin modell fungere som et heuristisk rammeverk for arbeid med avvisende og overinvolverte pasienter.

En viktig fotnote til denne diskusjonen er terapeutens egen tilknytningsstil og dens påvirkningskraft. Trygt tilknyttede terapeuter er gjennomgående dyktigere til å motstå fristelsen til å konsekvent respondere ”in style” med pasienten. De er vist å heller veksle mellom tilnærming, avhengig av hva konteksten krever (Slade, 2008). Hva dette grunnes, kan man spekulere i. Trygt tilknyttede terapeuter har trolig en godt utviklet mentaliseringsevne, noe forskning på sammenhengen mellom tilknytning og mentalisering underbygger. Kanskje gir dette trygt tilknyttede terapeuter forutsetninger til å bedre forstå egne reaksjoner og motoverføringer i møte med avvisende og overinvolverte pasienter enn hva som gjelder for utrygt tilknyttede terapeuter. Terapeutens selvrefleksjoner kan i sin tur benyttes til å unnlate å handle på umiddelbare reaksjoner på pasienten, eksempelvis en overinvolvert pasients innstendige bønn om at terapeuten skal ”fikse alt” pasienten presenterer i en terapitime.

### Diskusjon og noen kliniske implikasjoner

***Overinvolvert tilknytning – vanskelig å forske på?*** Kategorien overinvolvert tilknytning virker å være vanskeligere å undersøke empirisk enn kategoriene trygg og avvisende tilknytning. Det foreligger flere usikkerhetsmomenter knyttet til denne kategorien. For det første er det et overlapp mellom disorganisert og overinvolvert tilknytning. Dette illustreres med at andelen med overinvolvert tilknytning minsker når man inkluderer gruppen ”disorganisert”. Videre er det kun svake indikasjoner på at overinvolverte omsorgspersoner oppdrar engstelig-ambivalente barn (van IJzendoorn, 1995). Etiologien til overinvolverte tilknytning virker altså å være noe uklar. Man kan stille spørsmål ved om kategorien kanskje også er mindre tydelig definert enn de andre kategoriene.

Til tross for at andelen klassifisert som overinvolvert virker å være stabil på tvers av studier, klassifiseres det som regel færrest deltakere i denne kategorien (van IJzendoorn, 1995). At andelen klassifisert som overinvolverte er relativt liten, har ringvirkninger. Flere forskere vurderer kategorien som for liten til å kunne utlede statistisk signifikante resultater. De slår derfor sammen kategoriene avvisende og overinvolvert tilknytningsstil til én kategori - utrygg tilknytning (van IJzendoorn, 1995). Når det gjelder emosjonsreguleringsstil, er det klare indikasjoner på at det foreligger distinkte forskjeller mellom de to tilknytningstypene overinvolvert og avvisende. Vi spekulerer i hvorvidt det foreligger forskjeller også innenfor andre domener, som kognitiv stil, oppmerksomhetsstil og atferd. Bruken av én kategori for utrygg tilknytning vil for det første gi upresise og sprikende resultater. For det andre vil man ikke kunne belyse forskjeller mellom avvisende og overinvolvert tilknytning. En kan derfor gå glipp av viktig informasjon som kan tenkes å ha kliniske implikasjoner.

***Hvor avvisende er den avvisende pasienten?*** Det kan diskuteres hvorvidt pasienter som blir klassifisert som avvisende når de kommer til terapi skiller seg fra pasienter som hypotetisk sett ville blitt klassifisert som avvisende, men som ikke søker hjelp. De fleste

avvisende personene som søker psykoterapi har, logisk sett, erkjent et behov for hjelp, og derved kanskje allerede startet en mental endringsprosess. Forskning tyder på at bare det å vite at man skal begynne i behandling kan ha en helende effekt (Hougaard, 2004). Avvisende pasienter som selv oppsøker psykoterapi har kanskje større sannsynlighet for et vellykket behandlingsutfall enn avvisende personer som kommer til terapi mot egen vilje.

Spekulasjoner som dette kan muligens bidra til å forklare psykoterapiforskningens funn om avvisende pasienters tilsynelatende bedre behandlingseffekt, sammenlignet med behandlingseffekt for overinvolverte pasienter.

***Terapeutens egen tilknytningsstil og konsekvenser av denne.*** Variasjoner i terapeuters egen tilknytningsstil ser som nevnt ut til å påvirke terapiforløpet, både når pasientene er avvisende og når de er overinvolverte (Slade, 2008; Wallin, 2007). Wallin (2007) mener dette skyldes at terapeuter med overinvolvert eller avvisende tilknytningsstil ikke har et tilstrekkelig avklart forhold til egne tilknytningsmønstre. Slike betraktninger reiser spørsmål om terapeuters behov for egenerapi. Ved ulike videreutdanninger i psykoterapi er det et krav (Institutt for gruppeanalyse, 2014; Institutt for psykoterapi, 2014; Norsk karakteranalytisk institutt, 2014; Norsk psykoanalytisk institutt, 2014;). Det samme gjelder enkelte grunnutdanninger, for eksempel psykologutdanningene i Sverige (Dunér, 2013). I tillegg velger mange terapeuter og psykologstudenter å gå i egenerapi, ofte uavhengig av symptomtrykk, begrunnet i et behov for å bli kjent med og bearbeide egne reaksjonsmønstre. Egenerapi kan tenkes å styrke terapeutens mentaliseringsevne. Dette kan i sin tur hjelpe terapeuten med å speile pasienten på markerte og kontingente måter, og samtidig å være bevisst egne reaksjoner.

***Endring av tilknytningsstil – et mål på vellykket psykoterapi?*** Tilnærmingene til terapi med avvisende og overinvolverte pasienter beskrevet foran tar alle sikte på å endre pasientens vante emosjonsreguleringsstrategi og måte å reflektere og tenke omkring følelser

på. Slik kan pasienten utvikle sin evne til å adaptivt balansere mellom behov for nærhet og autonomi. Trygg tilknytningsstil kjennetegnes av mestring av denne balansegangen. Er et psykoterapiforløp vellykket dersom pasienten går fra å ha en avvisende eller overinvolvert tilknytningsstil til å fremvise en trygg tilknytningsstil? En slik endring er både implisitt og eksplisitt blitt foreslått som et tegn på at psykoterapi har ”virket” (Dozier & Bates, 2004).

Kan endringer i en pasients tilknytningsstil dermed være et potensielt utfallsmål for psykoterapi?

På overflaten kan forslaget høres både fornuftig og nyttig ut. Endring i en pasients tilknytningsstil kan også implisere endring i pasientens emosjonsreguleringsstrategier, interpersonlige samhandling og symptomrapportering. Pasientens tilknytningsstil ved behandlingsslutt kan dermed tenkes å gi et bredt bilde av pasientens fungering. Travis, Binder, Bliwise og Horne-Moyer (2001) har for eksempel funnet at endring fra usikker til trygg tilknytning (målt ved selvrappotering) også er forbundet med en nedgang i symptomskårer og oppgang i skårer på *Global Assessment Scale* (Travis et al. (2001). Samtidig gir empiriske undersøkelser av pasienters tilknytningsstil før og etter terapi tvetydige svar på om pasienters tilknytningsstil i det hele tatt endrer seg som følge av psykoterapi. Fonagy et al. (1995) fant i sin studie at 40 % av 82 innlagte pasienter gikk fra å være usikkert til trygt tilknyttet etter endt behandling. Andre studier har derimot vist at selv om enkelte pasienters tilknytningsstil endret seg fra usikker til trygg, var det blant dem hvis tilknytningsstil endret seg, en større andel som gikk fra en form for usikker tilknytning til en annen. I tillegg var pasientene som oppnådde en trygg tilknytningsstil de pasientene med lavest symptomnivå ved behandlingsstart (Travis et al., 2001). Dette illustrerer, lite overraskende, at endring fra usikker til trygg tilknytning trolig er mindre sannsynlig for pasientgrupper med store vansker. Tilknytningsstil som utfallsmål er derfor kanskje mindre aktuelt for slike pasientgrupper. Levy et al. (2006) har likevel vist at psykoterapi førte til en



signifikant økning av trygg tilknytning i et utvalg av pasienter med borderline fungering. Pasientene demonstrerte også bedret refleksiv funksjon. Det er viktig å understreke at resultatene kun var signifikante for pasienter som hadde mottatt en såkalt overføringsfokusert psykoterapeutisk tilnærming, ikke for dem som hadde mottatt dialektisk atferdsterapi eller modifisert psykodynamisk støtteterapi.

På den andre siden kan man stille spørsmål ved hvorvidt bruk av tilknytningskategorier som mål på psykoterapiutfall i det hele tatt er meningsfullt. Slade (2008) beskriver tilknytningskategorier som ”ytre manifestasjoner” av dypt innarbeidede strukturer, som krever lang tids behandling for å kunne utvides og endres. Videre påpeker hun at det å tilfredsstille kriteriene for en ny tilknytningsstil ved behandlingsslutt ikke nødvendigvis innebærer en endring i faktisk atferd i dagliglivet eller symptomnivå (Slade, 2008). I tillegg til slike innvendinger mot tilknytningsstil som utfallsmål, er det et faktum at kartlegging av pasienters tilknytningsstil er ressurs- og tidkrevende. AAI er dyrt å administrere, vil kreve minst én behandlingstime, og kan kun administreres av behandlere som har gått gjennom utfyllende og godkjent sertifisering. Kartlegging ved selvrappoteringskjema er et potensielt alternativ, men vi spekulerer i om man ved denne tilnærmingen går glipp av AAI sin detaljrikdom, og med det viktig informasjon om pasientens emosjonsreguleringsstil under drøfting av tilknytningserfaringer. Et alternativ til bruk av både AAI og selvrappoteringskjema som utfallsmål for psykoterapi, er Fonagy og hans kollegers *Reflective Functioning Scale* (Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitts, 1991). Den er vist å fungere godt som utfallsmål i psykoterapiforskning (Fonagy, Gergely & Target, 2008). I tillegg er den vist å være høyt korrelert med AAI-koherens, og predikerer trygg tilknytning hos trygt tilknyttede voksne sine barn bedre enn det AAI gjør (Fonagy et al., 1991). Dette åpner i sin tur for nye spørsmål vedrørende sammenhengen mellom begrepene koherens og mentalisering, spesielt hvorvidt de dekker samme fenomen.

*Tilknytningsstil som intervensjonsguide – en god idé?* Ettersom avvisende og overinvolverte pasienter har ulike terapibehov, funderer vi på hvorvidt det å kartlegge pasienters tilknytningsstil ved behandlingsstart kan bidra til å sikre en virkningsfull behandling. Dersom terapeuten tidlig har kjennskap til pasientens tilknytningsstil og tilhørende emosjonsreguleringsstrategi, ser vi for oss at dette kan bidra til en skreddersydd behandling av den enkelte pasient. Spesielt kan en slik kunnskap fungere veiledende i valg av intervensjoner. Noen av tilnærmingene beskrevet her foreslår eksplisitt ulike intervensjoner tilpasset de to pasientgruppene. Andre intervensjoner har vi selv foreslått at kan benyttes på forskjellige måter i møte med avvisende eller overinvolverte pasienter. Hvorvidt avvisende og overinvolverte pasienter faktisk oppnår større utbytte av psykoterapi dersom behandlingen skreddersys den enkelte, og intervensjonene foreslått her benyttes, gjenstår å se.

Suksesshistorier om tilpasset behandling er som oftest kliniske vignetter og kasusbeskrivelser, ikke kontrollerte studier. I tillegg er resultatene sprikende blant de få studiene som undersøker om de to pasientgruppene tjener mer på én behandlingsform enn en annen (Slade, 2008). En oppsummering av de foreløpige resultatene tilsier, i likhet med Daly og Mallinckrodt (2009) sine resultater, at behandlingsformer og intervensjoner som er ”out of style” med pasienten, et stykke ut i behandlingsforløpet, gir best resultater. Flere empiriske undersøkelser av potensielle fordeler ved ulike behandlingsformer for avvisende og overinvolverte pasienter, gjerne med testing av spesifikke intervensjoner, vil kunne bidra til å klargjøre bildet.

Kartlegging av tilknytningsstil ved behandlingsstart kan også tenkes å være nødvendig for å finjustere behandling innenfor ulike diagnosespesifikke behandlingsformer. Enkelte forskere påpeker at ulike emosjonsreguleringsstrategier predikerer forskjellige symptombilder innad i samme diagnosegruppe. Både Cole-Detke og Kobak (1996) og Tasca et al. (2009) har for eksempel vist at deaktiverende og hyperaktiverende strategier medierer

forbindelsen mellom avvisende og overinvolverte pasienter og symptomer på depresjon og spiseforstyrrelser på to distinkte måter. De konkluderer med at avvisende og overinvolverte pasienter med spiseforstyrrelser trenger skreddersydde behandlingsintervensjoner avhengig av nettopp tilknytningsstil, trass i at de befinner seg i samme diagnosegruppe.

I tillegg til tilknytningsstil som veiledende for intervensjoner, tenker vi oss at kartlegging av pasienters tilknytningsstil kan være nyttig med tanke på identifisering av overføringsmønstre. Avvisende og overinvolverte tilknytningsstiler er vist å være forbundet med distinkte overføringsmønstre (Bradley, Heim & Weston, 2005; Kirchmann, Thomas, Bruederle & Strauss, 2011). Gitt at terapeuten har en generell forståelse av denne sammenhengen, kan en tidlig kartlegging forberede terapeuten på potensielle utfordringer.

Til tross for fordelene vi ser for oss at tidlig kartlegging av pasienters tilknytningsstil kan ha, stiller vi spørsmål ved hvorvidt en faktisk kartlegging med eksempelvis AAI eller selvrapporteringskjema er nødvendig. Det kan tenkes at mange terapeuter intuitivt vil forstå pasienters deaktiverende eller hyperaktiverende tendenser og respondere på disse. Kanskje møter effektive terapeuter avvisende og overinvolverte pasienter på det som fra et tilknytningsperspektiv er hensiktsmessig forskjellige måter, uten at terapeutene nødvendigvis er eksplisitt klare over dette selv? Kjennskap til tilknytningsteori generelt, i sær sammenhengen mellom tilknytningsstiler og emosjonsregulering, er muligens viktigere for behandlingen enn det nøye kartlegging av den enkelte pasient sin tilknytningsstil er. Uavhengig av svaret på dette, kan vi tentativt konkludere med at både systematisk kartlegging av, og intuitiv forståelse av, pasienters tilknytningsstiler kun har nytteverdi dersom de følges opp med tilpassede psykoterapeutiske tilnærminger.

## Begrensninger

Det systematiske litteratursøket til problemformulering 1 ble gjennomført tidlig i skriveprosessen. På dette tidspunktet var oppgavens struktur, og til dels retning, fortsatt noe uklart. Dette kan ha påvirket utvelgelsesprosessen. I tillegg hadde vi på forhånd begrenset innsikt i forskjeller mellom ulike metodiske tilnærminger til kartlegging av tilknytningsstil, og visste derfor ikke til å begynne med at en direkte sammenligning av resultater ville bli utfordrende. Hadde vi vært klar over dette, ville vi kanskje tidlig forsøkt å vie de to tilnærmingene like mye plass. Samtidig vurderer vi kartlegging ved AAI som mer relevant for en klinisk setting (Daniels, 2009), og har derfor fokusert mer på denne forskningstradisjonen. Det kan imidlertid tenkes at en ny gjennomgang av litteratursøket kunne ha fanget opp aspekter vi kan ha oversett ved første utvelgelsesprosess.

Videre knytter det seg usikkerhet til begreper relatert til emosjonsreguleringsstrategier. I og med at ulike forskere og teoretikere bruker forskjellige begreper (overregulert/underregulert og hyperaktiverende/deaktiverende), kan det både hende at vi ikke kan sammenligne strategiene direkte og at vi har kommet til å utelukke noen studier og perspektiver. I tillegg brukes begrepene hyperaktivering og deaktivering både som betegnelser på emosjonsreguleringsstrategier, og som betegnelser på en mer generell regulering av tilknytningssystemet. Dette kan igjen vanskeliggjøre sammenligning av ulike teorier og studier.

Det er også viktig å påpeke at studiene vi har referert til i oppgaven benytter seg av ulike mål på det forskerne antar gjenspeiler emosjonsregulering (deriblant reaksjonstid, fysiologiske mål, kommunikasjon med partner og verbalatferd). For det første burde en mer omfattende gjennomgang av studier om emosjonsregulering inneholde en vurdering av hvorvidt målene brukt er valide mål på emosjonsregulering. For det andre vanskeliggjør

bruken av ulike mål sammenligning av funn, særlig ettersom innholdet i begrepet emosjonsregulering i seg selv er omdiskutert.

Grunnet oppgavens begrensede omfang har vi sett oss nødt til å velge ut terapiretninger som relativt eksplisitt beskriver arbeid med avvisende og overinvolverte pasienter. Også andre psykoterapeutiske retninger, for eksempel Monsens affektbevissthetsmodell og mindfulnessbaserte tilnærminger, kan tenkes å kunne bidra med nyttige intervensjoner i arbeidet med disse pasientene.

Påstandene vi tilkjennegir under problemformulering 2 må nødvendigvis tolkes med varsomhet. Selv om vi benytter oss av teori og empiri, baserer vi oss til dels på egne antakelser om hvordan ulike terapeutiske intervensjoner kan benyttes i arbeidet med avvisende og overinvolverte pasienter. I tillegg er forslagene generelle, og malt med en relativt bred pensel, ettersom vi bruker begrep som ”den avvisende pasienten” og ”den overinvolverte pasienten”. Samtidig er våre forslag til terapeutiske intervensjoner ment som innspill og potensielle veivisere, heller enn som en terapeutisk ”manual”. Den enkelte pasient vil nødvendigvis innta terapistolen med sine særegne behov og sin helt spesielle historie.

### **Sluttord**

Vi har i denne oppgaven undersøkt følgende problemformuleringer: 1) Er det en sammenheng mellom avvisende og overinvolvert tilknytningsstil og overregulering og underregulering av emosjoner? og 2) Hvordan kan man som terapeut møte disse pasientgruppens ulike terapibehov? Flere teoretiske perspektiv og empiriske undersøkelser beskriver og demonstrerer sammenhenger mellom henholdsvis avvisende og overinvolvert tilknytningsstil og emosjonsreguleringsstrategiene overregulering og underregulering. Mye tyder på at personer med en avvisende tilknytningsstil bruker en deaktiverende emosjonsreguleringsstrategi, hvor de overregulerer emosjonelle opplevelser. Gjennomgående

virker det som at disse pasientene utvikler vanskeligheter med å både oppleve, uttrykke og forstå egne følelser. Overinvolverte personer ser derimot ut til å bruke en hyperaktiverende emosjonsreguleringsstrategi, hvor emosjonelle prosesser er underregulert. Disse personene ser ut til å ha økt sannsynlighet for å utvikle vanskeligheter med å nedregulere emosjonelle opplevelser. Dette har implikasjoner for psykoterapi. I møte med pasienter med en avvissende tilknytningsstil trekker flere klinikere fram betydningen av å systematisk utforske affektive uttrykk hos pasienten, om enn bare subtile, for slik å hjelpe pasienten til å komme i kontakt med, tåle og forstå tidligere ekskluderte emosjonelle opplevelser. Pasienter med en overinvolvert tilknytningsstil ser derimot ut til å ha andre terapibehov. Pasientens intense og overveldende emosjonelle opplevelser fordrer intervensjoner som søker å nedregulere emosjonene. Dette vil øke tilgang på kognitive prosesser, og muliggjøre refleksjon omkring følelsene. Felles er en tanke om at følelser som er regulert til et håndterbart nivå, slik at pasienten har tilgang på dem uten å bli overveldet, gir informasjon om viktige behov og fungerer veiledende for handling.

### Referanser

- Ainsworth, M. D. S. (1992). A consideration of social referencing in the context of attachment theory and research. I S. Feinman, (Red.), *Social referencing and the social construction of reality* (s. 349-367). New York, NY: Plenum.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, F. & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York, NY: Roland 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, 870-879. doi: 10.1037/0012-1649.29.5.870
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veiledning* (Arneberg forlag, oversettelse). Oslo: Arneberg forlag.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2009). Mentalisering og borderline-personlighetsforstyrrelse. I J. Allen, P. Fonagy, A. Slade & J. H. Sørensen (Red.), *Mentaliseringsbaseret behandling i teori og praksis* (s. 393-408). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Red.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 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

- Belsky, J., Rovine, M. & Taylor, D. G. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, III. The origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child Development*, 55, s. 718-728. doi: 10.2307/1130124
- Binder, P., Hjeltnes, A., Nielsen, G. H. & Schanche, E. (2013). Å kjenne mønstrene innenfra: Forskjeller og møtepunkter mellom relasjonell og emosjonsfokusert psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 765-771.
- Binder, P., Hjeltnes, A. & Schanche, E. (2013). Emosjonene inntar psykoterapifeltet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 738-739.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Borelli, J. L., David, D. H., Rifkin-Graboi, A., Sbarra, D. A., Mehl, M. R & Mayes, L. C. (2012). Language use in the adult attachment interview: Evidence for attachment specific emotion regulation. *Personal Relationships* 20, 23-37. doi: 10.1111/j.14756811.2012.01394.x
- Bouthillier, D., Julien, D., Dubé, M., Bélanger, I. & Hamelin, M. (2002). Predictive validity of adult attachment measures in relation to emotional regulation behaviors in marital interactions. *Journal of Adult Development*, 9(4), 291-305. doi: 10.1023/a:1020291011587
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Volume I. Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Volume III. Separation: Anxiety and anger*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.



- Bowlby, J. (1991). *Attachment and loss, Volume III. Loss: Sadness and depression*. Middlesex: Penguin Books.
- Bradley, R., Heim, A. K. & Weston, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 342-349. doi: 10.1192/bjp.186.4.342
- Braungart, J. M. & Stifter, C. A. (1991). Regulation of negative reactivity during the strange situation: Temperament and attachment in 12-month-old infants. *Infant Behaviour and Development*, *14*(3), 349-367. doi: 10.1016/0163-6383(91)90027-P
- Bretherton, I. & Ainsworth, M. D. S. (1974). Responses of one-year-olds to a stranger in a strange situation. I M. Lewis & L. A. Rosenblum (Red.), *The origins of fear* (s. 131-164). New York, NY: Wiley.
- Broberg, A., Mothander, P. R., Granqvist, P & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteorin*. Falkenberg: Natur och Kultur.
- Calkins, S. D. & Fox, N. A. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment and behavioral inhibition at 24 months. *Child Development*, *63*(6), 1456-1472. doi: 10.2307/1131568
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, *25*(4), 525-531. doi: 10.1037//0012-1649.25.4.525
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships [Monografi]. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2-3), 228-249. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x
- Cassidy, J. & Berlin, L. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, *65*(4), 971-991. doi: 10.2307/1131298

- Cassidy, J. & Shaver, P. R. Preface. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2. utgave). (s. xi - xvi). New York, NY: Guilford Press.
- Cole-Detke, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 282-290. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.282
- Crowell, J. A., Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2. utgave). (s. 599-634). New York, NY: Guilford Press.
- Daly, K. D. & Mallinckrodt, B. (2009). Experienced therapists' approach to psychotherapy for adults with attachment avoidance or attachment anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 549-563. doi: 10.1037/a0016695
- Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review* 26, 968-984. doi: 10.1016/j.cpr.2006.02.001
- Daniels, S. I. F. (2009). The developmental roots of narrative expression in therapy: Contributions from attachment theory and research. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 301-316. doi: 10.1037/a0016082
- Domjan, M. (2010). *The principles of learning and behavior* (6. utgave). Canada: Wadsworth Cengage Learning.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2(1), 47-60. doi: 10.1017/S0954579400000584

- Dozier, M. & Bates, B. C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. I L. Atkinson & S. Goldberg (Red.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (s. 167-180). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dozier, M. & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63(6), 1473-1480. doi: 10.2307/1131569
- Dozier, M. & Lee, S. W. (1995). Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology*, 7(1), 217-226. Sammendrag hentet fra cambridge.org. doi: 10.1017/S095457940000643X
- Dunér, H. (30.09.2013). *Egenterapi på psykoterapeutprogrammet*. Hentet fra <http://www.psychology.su.se/utbildning/alla-utbildningar/psykoterapeutprogrammet/studiehandbok/egenterapi-pa-psykoterapeutprogrammet-1.149290>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R.N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fonagy, F., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2008). Psychoanalytic constructs and attachment theory and research. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2. utgave). (s. 783-810). New York, NY: Guilford Press.

- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G.,...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
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. I S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Red.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (s. 233-278). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. & Higgitts, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and it's significance for security in attachment. *Infant Mental Health Journal, 12*(3), 201-218.
- Fosha, D. (2000). *The transformative power of affect*. New York, NY: Basic Books.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg L. S. & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy. A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology: In session, 62*, 611-630. doi: 10.1002/jclp.20252
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrativ review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299. doi: 10.1037//1089-2680.2.3.271

- Gross, J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation - conceptual foundations. I J. Gross (Red.), *Handbook of emotion regulation* (s. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Scwhan, A. (1986). Capturing the wider view of attachment: A reanalysis of Ainsworth's strange situation. I C. E. Izard & P.B. Read (Red.), *Measuring emotions in infants and children, Volume II* (s. 124-171). New York, NY: Cambridge University Press.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Spangler, G., Suess, G. & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany [Monografi]. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2, Serienr. 209), s. 233-256. doi: 10.2307/3333836
- Hesse, E. (2008). The adult attachment interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2. utgave). (s. 552-598). New York, NY: Guilford Press.
- Hjeltnes, A. (2013). Fornuft og følelser i psykoterapiens historie. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 822-828.
- Holmes, J. (2000). Narrative in psychiatry and psychotherapy: The evidence? *Medical Humanities*, 26, 92-96. doi: 10.1136/mh.26.2.92
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: Teori og forskning* (2. utgave). København: Dansk psykologisk forlag.
- Institutt for gruppeanalyse (sett 06.04.2014). *Gruppepsykoterapiutdanning*. Hentet fra <http://www.iga.no/utdanningstilbud/gruppeterapiutdanning/>
- Institutt for psykoterapi (sett 06.04.2014). *Utdanningen*. Hentet fra <http://www.instpsyk.no/utdanning>

- Kagan, J. (1984). *The nature of the child*. New York, NY: Basic Books.
- Kagan, J. & Snidman, N. (2013). Temperamental contributions to styles of reactivity to discrepancy. I R. R. Cocking & K. A. Renninger (Red.), *The development and meaning of psychological distance* (s. 81-89). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Karterud, S. (2013). Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 759-764.
- Kasten, C. & Schauenburg, H. (1999). Attachment style and symptomatic burden of psychotherapy patients. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47(2), 155-171. Sammendrag hentet fra [webofknowledge.com](http://webofknowledge.com)
- Keltner, D. & Gross, J. (1999). Functionalist accounts of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 467-480. doi: 10.1080/026999399379140
- Kirchmann, H., Thomas, A., Bruederle, E. & Strauss, B. (2011). The influence of attachment characteristics on countertransference effects of tape recorded AAI sequences on emotional well-being, attribution of friendliness and readiness for social interaction of listeners. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(2), 123-32. Sammendrag hentet fra [webofknowledge.com](http://webofknowledge.com)
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S. & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245. doi: 10.2307/1131448
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kring, A. M. & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY: Guilford Press.

- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1027-1040. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1027
- Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. I S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Red.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (s. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 237-243. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.237
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation [Monografi]. *Monographs of the Society of Research in Child Development, 50*(1-2, Serienummer 209), 66-104.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. I M. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Red.), *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (s. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworths.
- Malatesta, C. Z., Culver, C., Tesman, J. R. & Shepard, B. (1989). The development of emotion expression during the first two years of life. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 54*(1-2, Serienr. 219), 1-104. doi: 10.2307/1166153

- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships* 27(2), 262-270. doi: 10.1177/0265407509360905
- Marganska, A., Gallagher, M. & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131-141. doi: 10.1111/ajop.12001
- McBride, C., Atkinson, L, Quilty, L. C. & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1041-1054. doi: 10.1037/0022-006x.74.6.1041
- McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for treating affect phobias*. New York, NY: Basic Books.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and affect regulation. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2. utgave). (s. 503-531). New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102. doi: 10.1023/A:1024515519160
- Mikulincer, M. & Sheffi, E. (2000). Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: A test of mental categorization and creative problem solving. *Motivation and Emotion*, 24(3), 149-174. doi: 10.1023/A:1005606611412
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. New York, NY: The Analytic Press.



- Miyake, K., Chen, S.-J. & Campos, J. J. (1985). Infant temperament, mothers' mode of interaction, and attachment in Japan: An interim report [Monografi]. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2, Serienummer 209), 276-297. doi: 10.2307/3333838
- Morken, K., Karterud, S. & Arefjord, N. (2013). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, (August). doi: 10.1007/s10879-013-9246-8
- Norman, D. (1976). *Memory and attention: Introduction to human information processing* (2. utgave). New York, NY: Wiley.
- Norsk karakteranalytisk institutt (sett 06.04.2014). *Utdanningen ved Norsk Karakteranalytisk Institutt*. Hentet fra [http://www.karakteranalyse.no/utdanningen\\_171.html?action\\_set\\_ice\\_sidemenu=\\_100\\_171\\_](http://www.karakteranalyse.no/utdanningen_171.html?action_set_ice_sidemenu=_100_171_)
- Norsk psykoanalytisk institutt (sett 06.04.2014). *Utdanningen*. Hentet fra <http://www.psykoanalyse.no/?k=psykoanalyse%2FUtdanningen&aid=7520>
- Oatley, K. & Jenkins, J. M. (1996). *Understanding emotions*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Pianta, R. C., Egeland, B. & Adam, E. K. (1996). Adult attachment classification and self reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory--2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 273-281. doi: 10.1037/0022-006x.64.2.273
- Prenn, N. (2011). Mind the gap: AEDP interventions translating attachment theory into clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 308-329. doi: 10.1037/a0025491

- Rinn, W. E. (1984). The neuropsychology of facial expression: A review of the neurological and psychological mechanisms for producing facial expressions. *Psychological Bulletin*, *95*(1), 52-77. doi: 10.1037/0033-2909.95.1.52
- Ringel, S. (2011). Developing the capacity for reflective functioning through an intersubjective process. *Clinical Social Work Journal*, *39*(1), 61-67. doi: 10.1007/s10615-009-0246-9
- Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E. & Clarke, A. (2007). The adult attachment interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(4), 678-697. doi: 10.1037/0022-3514.92.4.678
- Roisman, G. I., Tsai, J. L. & Chiang, K. S. (2004). The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial expressive, and self-reported emotional response during the adult attachment interview. *Developmental Psychology*, *40*(5), 776-789. doi: 10.1037/0012-1649.40.5.
- Romano, V., Janzen, J. I. & Fitzpatrick, M. R. (2009). Volunteer client attachment moderates the relationship between trainee therapist attachment and therapist interventions. *Psychotherapy Research*, *19*(6), 666-676. doi: 10.1080/10503300902926547
- Schanche, E., Hjeltnes, A., Berggraf, L. & Ulvenes, P. (2013). Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *50*(8), 781-789.

- Scott, L. N., Kim, Y., Kimberley, N. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G. C., Stepp, S.D., ...  
Pilkonis, P. A. (2013). Preoccupied attachment and emotional dysregulation: Specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology? *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 473-495. doi: 10.1521/pedi\_2013\_27\_099
- Shapiro, D., Hardy, G., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C. & Reilly, S. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 36-53. doi: 10.1080/10503309912331332581
- Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161. doi: 10.1080/14616730210154171
- Shiller, V. M., Izard, C. E. & Hembree, E. A. (1986). Patterns of emotion expression during separation in the strange situation procedure. *Developmental Psychology*, 22(3), 378-382. doi: 10.1037/0012-1649.22.3.378
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY: Guilford Press.
- Silva, C., Soares, I. & Esteves, F. (2012). Attachment insecurity and strategies for regulation: When emotion triggers attention. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 9-16. doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00924.x
- Slade, A. (2004). Two therapies: Attachment organization and the clinical process. I L. Atkinson, & S. Goldberg (Red.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (s. 181-206). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2. udgave). (s. 762-782). New York, NY: Guilford Press.
- Sloan, D. M. & Kring, A. M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 307-322. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x
- Spangler, G. & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64(5), 1439-1450. doi: 10.2307/1131544
- Sroufe, A. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. & Waters, E. (1977a). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199. doi: 10.1016/0273-2297(83)90010-2
- Sroufe, L. & Waters, E. (1977b). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merrill-Palmer Quarterly*, 23, 3-28.
- Sørensen, J. H. (2009). Udviklingsbaseret assessment af mentaliseringsniveau. I J. Allen, P. Fonagy, A. Slade & J. H. Sørensen (Red.), *Mentaliseringsbaseret behandling i teori og praksis* (s. 321-386). København: Hans Reitzels Forlag.
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N.,...Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47, 662-667. doi: 10.1016/j.paid.2009.06.006
- Thomas, A., Chess, S. & Korn, S. J. (1982). The reality of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 28(1), 1-20.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition [Monografi]. *Monographs of the Society for Research on Child Development*, 59(2-3), 228-249. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
- Travis, L. A., Binder, J. L., Bliwise, N. G. & Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in client's attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 149-159. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.149
- 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. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.387
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Wei, M., Vogel, D. L. & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 14-24. doi: 10.1037/0022-0167.52.1.14
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturation processes and the facilitating environment*. New York, NY: International Universities Press.
- Woodhouse, S. S. & Gelso, C. J. (2008). Volunteer client adult attachment, memory for in-session emotion, and mood awareness: An affect regulation perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 197-208. doi: 10.1037/0022-0167.55.2.197
- Youngblade, L. & Belsky, J. (1990). Social and emotional consequences of child maltreatment. I R. T. Ammerman & M. Hersen (Red.), *Children at risk* (s. 109-146). New York; NY: Plenum Press.