

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Mentalisering, anknytning och känsloreglering hos personer med
schizofrenispektrumdiagnoser**

Andrea Sandgren och Frida Österlund

Examensarbete, 30 hp.
Psykologprogrammet
PM 2519
HT 2021

Handledare: Jennifer Strand
Anneli Goulding

Mentalisering, anknytning och känsloreglering hos personer med schizofrenispektrumdiagnoser

Andrea Sandgren och Frida Österlund

Enligt mentaliseringsteorin finns det samband mellan anknytning, mentalisering och känsloreglering. Denna studie syftade till att analysera huruvida anknytning, mentalisering och känsloreglering uppvisar de samband som teorin stipulerar i en grupp personer med schizofrenispektrumdiagnoser (SSD). En enkätundersökning genomfördes med patienter från två öppenvårdsmottagningar specialiserade på psykosjukdom i västra Sverige ($N=40$). Datan analyserades med Spearmans korrelationsanalys. Resultatet visade ett negativt signifikant samband mellan hypermentalisering och känslodysreglering. I övrigt fanns inga signifikanta samband mellan anknytningsmönster, hyper- och hypomentalisering samt känslodysreglering. Resultatet av de explorativa analyserna tydde på att det finns ett positivt samband mellan undvikande-rädd anknytning och hypermentalisering samt känslodyreglering. Resultatet indikerade även att gruppen med överdrivet upptaget anknytningsmönster visade högre grad av känslodysreglering än de med undvikande-avvisande anknytningsmönster. Studiens resultat ger inte stöd för samband mellan anknytningsmönster, mentalisering och känsloreglering hos personer med SSD. Dock bör resultatet tolkas med försiktighet på grund av det begränsade deltagarantalet. Vidare studier behövs för att med säkerhet kunna klarlägga samband hos den aktuella gruppen.

I det kliniska arbetet med patienter med schizofrenispektrumdiagnoser (SSD) observeras ofta en bristande mentaliserings- och känsloregleringsförmåga hos patienterna. Patienter kan till exempel ha svårt att förstå vad som kan ligga bakom andra personers agerande och att reglera sina känslor. Dessa svårigheter sammanfaller med symtom på schizofrenispektrumdiagnoser (Strand och Rudolfsson, 2020). Enligt mentaliseringsteorin utvecklas mentaliserings- och känsloregleringsförmågan under barndomen i anknytningsrelationen (Schwarzer et al., 2021). Syftet med föreliggande uppsats är att undersöka om ett sådant samband föreligger hos personer med SSD. Schizofrenispektrumdiagnoser är ett paraplybegrepp i DSM-5 för schizofreni och andra psykostillstånd (American Psychiatric Association, 2014). I DSM-5 understryks att det rör sig om ett spektrum av olika tillstånd som bär på likheter men skiljer sig åt gällande prognos, symtombild, etiologi samt funktionsnivå. De olika tillstånden kan innebära vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal, påtagligt desorganiserat eller katatont beteende samt negativa symtom som exempelvis känslomässig avflackning eller viljelöshet (American Psychiatric Association, 2014). Etiologin för SSD är multifaktoriell och uppkommer till följd av samverkan mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009). En psykologisk faktor som kunnat kopplas till SSD är anknytningsmönster (Gumley et al., 2013).

Anknytningsteorin är en utvecklingspsykologisk teori som skapades av Bowlby i mitten av 1900-talet (Broberg et al., 2006). Teorin utgår från att den psykologiska utvecklingen skapas i samspelet mellan barn och omvårdnadsperson då barnet försöker uppnå ett evolutionärt behov av trygghet och närhet. Beroende på hur den vuxne svarar på barnets behov utvecklar barnet ett mönster för hur det ska relatera till denna så kallade anknytningsperson för att få sitt behov av närhet tillfredsställt. Majoriteten av alla barn utvecklar antingen ett tryggt, otryggt-undvikande eller otryggt-ambivalent anknytningsmönster. Hos barn som har en anknytningsperson som uppfattas som skrämmande (exempelvis då anknytningspersonen är våldsam, drogpåverkad eller har allvarlig psykisk ohälsa) kan barnet inte skapa en strategi för hur det ska

uppnå sina behov och utvecklar vad som kallas för en desorganiserad anknytning (Broberg et al., 2006). Genom samspelet mellan barn och anknytningsperson skapas inre arbetsmodeller, det vill säga mentala representationer av självet och andra människor (Broberg et al., 2006). Arbetsmodellerna har betydelse för hur barnet och sedermera den vuxna personen uppfattar andra och sig själv i relationer, genom att påverka uppmärksamhet, förväntningar och tolkningar av social interaktion.

Bartholomew (1990) utvecklade anknytningsteorin genom att beskriva hur anknytningsmönstret yttrar sig hos vuxna individer. Till skillnad från hos barn, där anknytningen beskrivs i kategorier, utgår vuxenanknytning från dimensioner. Bartholomew (1990) tog fram en modell för hur vuxna relaterar till andra och sig själva utifrån inre arbetsmodeller, med olika grad av undvikande och ångest. Utifrån modellen kan vuxna delas in i fyra grupper: trygg/autonom, överdrivet upptagen, undvikande-avvisande och undvikande-rädd. Modellen är en bland flera vidareutvecklingar av Bowlbys ursprungliga modell (Morberg Pain et al., 2018). Inom respektive modell finns snarlika begrepp och benämningar som beskriver samma fenomen.

Tryggt/autonomt anknytningsmönster innebär låg grad av undvikande och låg ångest i anknytningsrelationer, med en positiv bild av sig själv och andra (Bartholomew, 1990). Anknytningsmönstret överdrivet upptagen kännetecknas av hög ångest och låg grad av undvikande, med en negativ bild av sig själv och en positiv bild av andra. För mönstret undvikande-avvisande är förhållandet det motsatta. De som tillhör det anknytningsmönstret har en positiv bild av sin egen förmåga och en negativ syn på andra, vilket leder till ett undertryckande av negativ affekt och behovet av närhet. Undvikande-rädd anknytning utmärks däremot av en stark önskan om närhet som hindras av rädsla. Mönstret undvikande-rädd innebär hög grad av ångest och hög grad av undvikande, med en negativ bild av såväl sig själva som andra (Bartholomew, 1990).

Mikulincer och Shaver (2008) beskriver hur otrygga anknytningsmönster leder till olika typer av känslodysreglering. Personer med överdrivet upptaget mönster använder sig av hyperaktiverande strategier, vilket innebär att anknytningssystemet är konstant aktiverat. Hos dessa personer förekommer en vaksamhet för tecken på avvisande och övergivande. De uppvisar ett överdrivet behov av uppmärksamhet från sin omgivning och är i behov andras stöd för att reglera affekter. De med ett undvikande-avvisande mönster använder deaktiverande strategier. Med det menas att de undviker att uppleva affekter när deras anknytningssystem aktiveras. Följden blir att de har svårt att identifiera och uttrycka känslor samt koda in och plocka fram känslomässigt laddade minnen. Det är vanligt att dessa individer avfärdar sitt behov av närhet och stöd från andra. Studier har bekräftat att grupperna skiljer sig åt avseende hur de upplever och uttrycker känslor (Brenning & Braet, 2013).

Dozier (1990; 1990) visade tidigt att en högre andel av patienter med SSD har en otrygg anknytning, jämfört med icke-kliniska grupper. Hon fann även att det är vanligare med en otrygg, i synnerhet undvikande anknytning, hos patienter med SSD än bland dem med affektiva sjukdomar (Gumley, 2010). En studie utifrån kategorierna trygg, otrygg-undvikande och otrygg-ambivalent visade att den största delen av deltagarna med SSD klassificerades som otrygg-undvikande. Då också den desorganiserade anknytningsstilen inkluderades, klassificerades nästintill 50 % av deltagarna med SSD som desorganiserade (Gumley, 2010). Senare studier har kunnat belägga dessa fynd. Till exempel visade Mickelson et al. (1997) att otrygg anknytning är vanligt förekommande bland patienter med kronisk psykosjukdom. En liknande prevalens fanns hos nyinsjuknade (MacBeth et al., 2011). Gajwani et al. (2013) fann att 80 % av ungdomar som uppvisar gränspsykotiska symtom har en otrygg anknytning.

Det finns olika teorier om hur anknytningsmönstret påverkar hur psykotiska symtom yttrar sig hos patienter med SSD (Berry et al., 2007). Bartholomew (1990) föreslår att negativa symtom såsom isolering förekommer i större utsträckning hos personer med ett undvikande-

avvisande anknytningsmönster, då det är vanligt att dessa personer oftare använder sig av undvikande strategier för att reglera ångest. Flera studier har påvisat ett samband mellan ett undvikande-avvisande anknytningsmönster och förekomsten av positiva och negativa symtom och ett fåtal studier har funnit ett samband mellan överdrivet upptaget anknytningsmönster och positiva symtom (Gumley et al., 2013).

En teori som fått allt mer uppmärksamhet för förståelse och behandling av psykisk ohälsa är mentaliseringsteorin (Morberg Pain et al., 2018). Begreppet mentalisering definieras som följande: "Mentalisering handlar om att kunna se sitt och andras beteende som orsakat av mentala tillstånd och att se sig själv och andra som intentionella varelser som handlar efter vad de tänker, känner, vill och önskar." (Allen et al., 2008, s. 4). Mentalisering är en central förmåga som påverkar alla människor i olika områden i livet. Som när vi hanterar och tolkar våra egna tankar, känslor och handlingar, i förståelse av vår identitet samt hur vi skiljer oss från andra. I relationer och sociala sammanhang påverkar mentaliseringsförmågan hur vi förstår andra och kan uttrycka tankar och känslor när vi utvecklar och underhåller relationer (Schwarzer et al., 2021).

Enligt mentaliseringsteorin finns det ett samband mellan anknytningsmönster, förmåga till mentalisering och känsloreglering (Schwarzer et al., 2021). Förmågan till mentalisering formas under barndomen i samspelet med anknytningspersonen. En trygg anknytningsrelation, där föräldern varit lyhörd inför barnets behov och speglat dess känslor på ett adekvat sätt, innebär oftast att barnet utvecklar en god mentaliseringsförmåga. Om anknytningsrelationen istället varit otrygg och föräldern haft svårt att läsa av och spegla barnet kan det i sin tur ha medfört en mindre utvecklad förmåga till mentalisering hos barnet (Morberg Pain et al., 2018). Mentaliseringsförmågan kan svikta på olika sätt och brukar delas in i två former - hypomentalisering och hypermentalisering (Fonagy et al., 2016).

Hypomentalisering innebär en konkret förståelse, svårigheter med att se kopplingar mellan tanke, känsla och handling, och vad som ligger bakom konkreta beteenden. Hypermentalisering innebär en överaktiv pseudomentalisering, där tolkningar kan sakna verklighetsförankring samtidigt som individen känner sig säker på den egna uppfattningen som riktig. Hypo- och hypermentalisering befinner sig på så vis i motsatta poler, medan genuin mentalisering innebär en förståelse för att det inte alltid går att veta vad som försiggår i sitt eget eller andras inre (Fonagy et al., 2016).

Enligt mentaliseringsteorin medför en god mentaliseringsförmåga också en bättre förmåga till känsloreglering. Sambandet förklaras med att förmågan att mentalisera kan leda till att man lättare kan identifiera, bearbeta och uttrycka sina känslor (Schwarzer et al., 2021). Till den här förståelsen av känsloreglering hör bilden av känslor som funktionella, källor till information som motiverar oss till beteenden utifrån vad situationen kräver. Svårigheter med medvetenhet, förståelse eller förmåga till reglering av känslor kan hindra adaptivt beteende och bidra till psykisk ohälsa av olika former (Bjureberg et al., 2016). En studie på en icke-klinisk population fann ett positivt samband mellan mentaliseringsförmåga och känsloregleringsförmåga, det vill säga ju bättre mentaliseringsförmåga desto mer funktionell känsloreglering (Schwarzer et al., 2021). Det saknas dock studier som har undersökt sambandet mellan mentalisering och känsloreglering hos patienter med SSD.

Det är möjligt att god mentaliserings- och känsloregleringsförmåga kan verka som skyddande faktorer vid sårbarhet för psykisk ohälsa (Schwarzer et al., 2021). Hög stress och starka känslor lyfts fram som riskfaktorer för att utveckla psykotiska skov. Bristande förmåga att mentalisera och reglera känslor skulle således kunna innebära en förhöjd risk för att insjukna i psykosjukdom. Såvida de teoretiska antagandena visar sig stämma empiriskt, skulle kunskap om mentaliseringsförmåga hos personer med SSD kunna användas för att utforma behandlingsmetoder för patienter och minska risken för överförande av psykisk sjukdom mellan generationer (Debbané et al., 2016).

Sambandet mellan anknytningsmönster och mentaliseringsförmåga har undersökts i en studie (MacBeth et al., 2011). Man fann att personer som klassificerats med trygg anknytning har en signifikant bättre förmåga till mentalisering än dem med otryggt-avfärdande anknytningsmönster (MacBeth et al., 2011). Vidare fann forskarna att patienter med otryggt-överdrivet upptaget anknytningsmönster verkar ha en bättre förmåga till mentalisering än gruppen med otryggt-avfärdande mönster. Sambandet mellan anknytningsmönster och mentaliseringsförmåga har även kunnat beläggas i studier på såväl en icke-klinisk population som hos patientgrupper med exempelvis personlighetsyndrom, ätstörningar och depression (Bateman & Fonagy, 2004; Fischer-Kern et al, 2013; Kuipers, & Bekker, 2012).

SSD kan till viss del konceptualiseras som ett tillstånd orsakat av en ofullständig förmåga till mentalisering. Bristande mentaliseringsförmåga överlappar med flera symtom på SSD, bland annat brister i att kunna tänka kring sitt eget och andras tänkande (Debbané et al., 2016). Frith (1992) förde fram tesen att en nedsatt förmåga att forma mentala representationer av egna och andras tankar och känslor är kopplade till hur symtomen yttrar sig hos patienter med SSD. Vanföreställningar om förföljelse är ett exempel på en bristfällig förmåga att mentalisera andra människors intentioner (Weijers et al., 2020). Även tillbakadragande och isolering hos patienter med SSD skulle kunna förklaras av att sociala sammanhang blir överväldigande på grund av svårigheter att läsa av andra människor och förstå hur socialt samspel fungerar (Weijers et al., 2020).

Det har föreslagits att det hos personer med SSD finns två subgrupper, där den ena tenderar att hypomentalisera medan den andra tenderar att hypermentalisera (Bliksted, et al., 2019). Hypermentalisering har associerats med mer paranoida symtom och hypomentalisering med mer negativa symtom. Det har också föreslagits att personer med SSD kan svikta i sin mentaliseringsförmåga i bägge former på samma gång. Exempelvis kan en person med paranoida symtom tolka ett neutralt samtal som bevis för att hen är avlyssnad, samtidigt som hen kan missa sådant som ironi och istället enbart se till det konkreta (Bliksted, et al., 2019).

Debbané et al. (2016) menar att patienter med SSD har svårigheter med det som kallas förkroppsligad mentalisering (embodied mentalizing). Begreppet betecknar förmågan att kunna upptäcka kroppsliga signaler och reflektera kritiskt över dem. Att uppfatta att de kroppsliga signalerna är just inifrån kommande, är ett exempel på en sådan förmåga till reflektion. Brister i förmågan kan exempelvis förklara fenomen som rösthallucinationer, då man har svårigheter att skilja mellan inifrån och utifrån kommande stimuli. Vidare kan mentaliseringsbrister inom den här domänen leda till att personen i alltför hög grad litar till sensorisk och affektiv information och inte korrigerar det som uppfattas kroppsligt, med hjälp av sina kognitiva förmågor. Även det omvända kan ske, om man inte lyckas uppfatta ny kroppslig information så kommer inte kognitiva föreställningar anpassas efter den föreliggande situationen (Weijers et al., 2020).

Likaså har många patienter med SSD svårigheter att uppdatera kognitiva föreställningar med hjälp av ny information de får från andra människor (Weijers et al. 2020). De saknar vad man inom mentaliseringsteorin kallar för epistemisk tillit (Weijers et al., 2020). Epistemisk tillit innebär egenskapen att lita på det som någon annan berättar för en och uppfatta denna information som generaliserbar och relevant för en själv (Fonagy et al., 2015). Ny information kommer att betraktas som sann antingen genom individens egna härledande eller på grund av tillit till den person som förmedlat informationen (Fonagy et al., 2017). En avsaknad av epistemisk tillit kallas för epistemisk hypervigilans (Weijers et al. 2020). Epistemisk hypervigilans hos patienter med SSD kan förutom brister i förmågan att anpassa sina föreställningar efter ny information i allmänhet, också leda till att dessa personer inte tar till sig kulturellt delade normer och värderingar (Weijers et al., 2020).

Vi har inte funnit några studier i vår litteratursökning som undersökt sambandet mellan anknytningsmönster, förmåga till mentalisering och känsloreglering hos patienter med SSD.

Få studier har undersökt samband mellan mentalisering och känslorreglering samt anknytning och mentalisering. Det är därför angeläget att klarlägga hur sambanden ser ut för patienter med SSD. Enligt vår förståelse av befintlig teori borde sambanden se ut som i figur 1.

Trygg/autonom anknytning → God mentaliseringsförmåga → God känslorregleringsförmåga
Överdrivet upptagen anknytning → Hypermentalisering → Hyperaktiverande strategier för känslorreglering
Undvikande-avvisande anknytning → Hypomentalisering → Deaktiverande strategier för känslorreglering

Figur 1. Schema över samband mellan anknytningsstil, mentaliserings- och känslorregleringsförmåga (Författarnas egen modell).

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med examensarbetet är att undersöka det empiriska stödet för mentaliseringsteorin hos personer med SSD. Enligt mentaliseringsteorin finns det ett samband mellan anknytningsmönster, mentaliseringsförmåga och känslorreglering. Det finns stöd för mentaliseringsteorins giltighet för flera kliniska grupper, men hitintills har endast ett fåtal studier undersökt teorins relevans hos personer med schizofrenispektrumdiagnoser (Bateman & Fonagy, 2004; Fischer-Kern et al, 2013; Kuipers, & Bekker, 2012; MacBeth et al., 2011).

I föreliggande studie undersöktes följande hypoteser:

1. Det finns ett positivt signifikant samband mellan grad av undvikande-avvisande anknytning och hypermentalisering respektive hypomentalisering samt känslodysreglering hos personer med SSD.
2. Det finns ett positivt signifikant samband mellan grad av överdrivet upptagen anknytning och hypermentalisering respektive hypomentalisering samt känslodysreglering hos personer med SSD.
3. Det finns ett negativt signifikant samband mellan grad av trygg/autonom anknytning och hypermentalisering respektive hypomentalisering samt känslodysreglering hos personer med SSD.
4. Det finns ett positivt signifikant samband mellan grad av hypomentalisering respektive hypermentalisering och känslodysreglering och hos personer med SSD.

Om hypoteserna infrias ges därmed stöd åt att det föreligger samband mellan anknytning, mentalisering och känslorreglering hos personer med SSD.

Metod

Examensarbetet var en del av ett större forskningsprojekt som syftade till att utforska det empiriska stödet för mentaliseringsteorin hos personer med schizofrenispektrumdiagnoser, dess kliniska implikationer samt eventuella samband med föräldraförmåga. Projektet var under tiden för uppsatsskrivandet i ett tidigt skede vilket innebar att data om föräldraskap inte var insamlad. Inom ramen för projektets första del fokuserade föreliggande uppsats på det empiriska stödet för mentaliseringsteorin hos personer med SSD.

Deltagare

Deltagare till studien rekryterades från två öppenvårdsmottagningar specialiserade på psykossjukdomar i västra Sverige. Inklusionskriterier för deltagande var att uppfylla kriterierna för schizofrenispektrumdiagnos och att vara över 18 år. Exklusionskriterier var bristande kunskaper i det svenska språket i en sådan grad att tolk skulle krävas, och allvarlig kognitiv funktionsnedsättning samt autismspektrumstörning.

Enkäter skickades till 431 personer med ett förbestämt deltagarantal om 40 personer i examensarbetet. Denna gräns bestämdes utifrån tidsramen för uppsatsen och en förväntat låg svarsfrekvens. 24 av deltagarna var kvinnor och 16 var män, i åldrarna 21 till 73 år ($M=53$ år, $SD=13$ år). Gällande civilstånd var 31 personer singlar och nio personer antingen gifta, sambos eller sårbara. De vanligaste diagnoserna i gruppen var schizofreni (16 personer), icke-organisk psykos (tio personer) och vanföreställningssyndrom samt schizoaffektiva syndrom (två personer vardera). Övriga 12 deltagare hade uppgett en annan psykiatrisk diagnos, att de inte visste eller lämnat fältet blankt.

Av deltagarna hade 19 studerat på universitet, varav 15 tagit universitetsexamen. 14 deltagare hade avslutat en gymnasieutbildning, fem hade avslutat nioårig grundskola och två hade mindre än nio års grundskoleutbildning. Sex deltagare arbetade minst halvtid, en studerade, 19 var sjukskrivna och sju var pensionerade. För sju deltagare saknades den här informationen.

Instrument

Mentaliseringsförmåga bedömdes med Reflective Functioning Questionnaire (Fonagy et al., 2016). Reflective functioning likställs enligt upphovsmännen till instrumentet med begreppet mentalisering. Skattningsskalan var en sjugradig likertskala där ett var "instämmer inte alls" och sju var "instämmer helt". Vi använde oss av två subskalor som mätte hypermentaliserings (RFQ_C $\alpha=0.81$) respektive hypomentalisering (RFQ_U $\alpha=0.55$). Vardera subskala innehöll sex items, och de var till viss del överlappande. Exempelvis indikerade en hög skattning på påståendet "Jag vet alltid vad jag känner" hypermentaliserings, medan en låg skattning indikerade hypomentalisering. Skattningar i vardera pol på en likertskala indikerade på så vis olika former av mentaliseringssvikt.

Anknytningsstil bedömdes med Relationship Questionnaire (RQ) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Formuläret bestod av fyra påståenden som beskrev respektive anknytningsstil: trygg/autonom, överdrivet upptagen, undvikande-avvisande och undvikande-rädd. Exempelvis beskrevs undvikande-avvisande anknytning på följande sätt: "Jag är tillfreds utan att ha nära känslomässiga relationer. Det är väldigt viktigt för mig att känna mig oberoende och att klara mig på egen hand. Jag föredrar att inte vara beroende av andra, eller att andra är beroende av mig." Utifrån en sjugradig likertskala ombads deltagarna att skatta till vilken grad beskrivningarna stämde in på dem själva, där ett stod för "stämmer inte alls" och sju för "stämmer mycket bra". På så vis var RQ ett kontinuerligt mått på anknytning. Deltagarna fick även välja vilket av påståendena som bäst beskrev dem för att minska påverkan av bias utifrån ordningen på beskrivningarna av de olika anknytningsstilarna. Begreppsvaliditet för RQ har tidigare undersökts, bland annat i en tvärkulturell studie där man fann god diskriminant och konvergent validitet (Wongpakaran & DeMarville, 2021). Test-retest reliabilitet uppmättes vara mellan 0.74 och 0.88.

Förmåga till känsloreglering bedömdes med Difficulties in Emotion Regulation Scale-16 (DERS-16) (Bjureberg m.fl., 2016) ($\alpha=0.91$). Skalan var av likertyp och varje item hade fem möjliga svarsalternativ som spände från ett (Nästan aldrig) till fem (Nästan alltid). Siffrorna för varje svarsalternativ lades samman till en totalsumma som kunde variera mellan 16 och 80 poäng, där högre poäng angav större svårigheter med känsloreglering. Exempel på item från skalan var: "Jag har svårt att förstå mig på mina känslor."; "När jag blir känslomässigt upprörd, förlorar jag kontrollen" och "När jag blir känslomässigt upprörd, skäms jag över mig själv för att jag känner som jag gör."

Tillvägagångssätt

Personal vid mottagningarna informerades muntligt och skriftligt om projektet, samt ombads att inkomma med en lista till projektansvarig över patienter som inte uppfyllde inklusionskriterierna. En lista med aktuella deltagare samt kontaktuppgifter upprättades och delades i forskargruppen.

De patienter som uppfyllde inklusionskriterierna kontaktades via post, informerades skriftligen om projektet och ombads fylla i ett samtyckesformulär om de ville delta. Deltagarna fick besvara de postade enkäterna på egen hand, tillsammans med någon ur forskargruppen eller tillsammans med personal. Om patienten önskade att fylla i enkäten med någon ur forskargruppen skedde det via telefon eller hembesök. Patienterna fick därefter skicka tillbaka enkäterna med ett förfrankerat kuvert. Ett annat förfrankerat kuvert användes för att skicka tillbaka samtyckesformulär.

Dataanalyser

Då kriterierna för parametriska test inte uppfylldes, i fråga om normalfördelning, har icke-parametriska analyser genomförts. I huvudsak användes Spearmans korrelationsanalys för att undersöka samband mellan anknytningsmönster, hyper- respektive hypomentalisering samt känslodysreglering i de primära analyserna och utifrån våra hypoteser.

Vi genomförde även en explorativ Spearmans korrelationsanalys för att undersöka om det fanns samband mellan anknytningsmönstret undvikande-rädd, hyper- respektive hypomentalisering samt känslodysreglering. På grund av avsaknad av förankring i empiri kring det anknytningsmönstret, kunde vi inte inkludera detta i våra primära analyser.

Efter genomförd analys utifrån dimensioner av anknytningsmönster och dess samband med hyper- respektive hypomentalisering och känslodysreglering, uppstod en frågeställning om vad resultatet skulle visa utifrån anknytningsmönster som kategori (det vill säga det item där deltagarna fick välja endast en av anknytningsstilarna). I synnerhet ville vi undersöka om det fanns någon skillnad mellan undvikande-avvisande och överdrivet upptagen anknytning, utifrån teorin om hyperaktiverande och deaktiverande strategier för känsloreglering (Mikulincer och Shaver, 2008). Därför genomfördes ett Mann-Whitney U-test för att identifiera eventuella skillnader mellan de två kategorierna avseende hyper- respektive hypomentalisering samt känslodysreglering.

Bortfall

I de fall det fanns ett internt bortfall, det vill säga då deltagarna lämnade mer än ett item obesvarat, exkluderades de från den skalan. Detta var särskilt viktigt på skalorna som mätte mentalisering, eftersom de innehöll få items och ett uteblivet svar därmed hade större inverkan på deltagarens sammanlagda poäng. Om däremot bara ett svar saknades ersattes detta med medelvärdet av den individens övriga svar.

Forskningsetik

Det övergripande projektet godkändes av Etikprövningsmyndigheten (Dnr: 2021–01572). Ämnet bedömdes inte vara av sådan natur att ett deltagande skulle kunna vara skadligt för någon. Om det trots allt skulle ske fanns beredskap i form av stöd från en psykolog ur forskargruppen. Dessutom hade samtliga deltagare en befintlig vårdkontakt.

Resultat

Primära analyser

Spearmans korrelationsanalys användes för att undersöka hypotes 1, 2 och 3. Inget signifikant samband framkom mellan grad av undvikande-avvisande anknytning och hyper- respektive hypomentalisering (se tabell 1). Inget signifikant samband fanns heller mellan grad av undvikande-avvisande anknytning och känslodysreglering. Analysen gav på så vis inte stöd för hypotes 1.

Analysen visade inget signifikant samband mellan grad av överdrivet upptagen anknytning och hyper- respektive hypomentalisering (se tabell 1). Det framkom inte heller något signifikant samband mellan grad av överdrivet upptagen anknytning och känslodysreglering. Analysen gav således inte stöd för hypotes 2.

Inget signifikant samband framkom mellan grad av trygg/autonom anknytning och hyper- respektive hypomentalisering (se tabell 1). Inget signifikant samband fanns heller mellan grad av trygg/autonom anknytning och känslodysreglering. Hypotes 3 kunde således inte bekräftas genom analysen.

Tabell 1. Sambandsanalyser (Spearman) mellan grad av anknytningsmönster, hyper- och hypomentalisering samt känslodysreglering.

Skalor	RQ		
	Trygg/autonom	Undvikande-avvisande	Överdrivet upptagen
RFQ			
Hypermentalisering	-.215 (n=37)	.277 (n=37)	.109 (n=37)
Hypomentalisering	.210 (n=37)	.069 (n=37)	.094 (n=37)
DERS			
Känslodysreglering	.099 (n=39)	-.042 (n=39)	.066 (n=39)

För att undersöka hypotes 4 gjordes Spearmans korrelationsanalys. Korrelationsanalysen visade på ett negativt signifikant samband mellan grad av hypermentalisering och känslodysreglering ($\rho = -0.353$, $p < 0.05$) (se tabell 2). Resultatet innebär att högre grad av hypermentalisering associerades med lägre grad av känslodysreglering. Gällande hypomentalisering framkom inget signifikant samband (se tabell 2). Resultatet motsäger således hypotes 4, om att det skulle finnas ett positivt signifikant samband mellan hypo- respektive hypermentalisering och känslodysreglering.

Tabell 2. Sambandsanalyser mellan grad av känslodysreglering och hyper- respektive hypomentalisering.

Skalor	DERS
	Känslodysreglering
RFQ	
Hypermentalisering	-.353*(n=37)
Hypomentalisering	.276 (n=37)

* $p < .05$.

Explorativa analyser

Undvikande-rädd anknytning, mentalisering och känslodysreglering

På grund av avsaknad av tidigare empiri kring sambanden mellan anknytningsmönstret undvikande-rädd, mentaliserings- och känsloregleringsförmågan undersöktes anknytningsmönstret explorativt. För att klarlägga sambandet mellan grad av undvikande-rädd anknytning, mentaliseringsförmåga och känslodysreglering gjordes Spearmans korrelationsanalys. Analysen visade på ett positivt signifikant samband mellan undvikande-rädd anknytning och hypomentalisering ($\rho=0.335$, $p<0.05$). Det innebar att ett högre värde på skalan som mätte anknytningsmönstret undvikande-rädd var relaterat till en högre grad av hypomentalisering. Det framkom även ett positivt signifikant samband mellan undvikande-rädd anknytning och känslodysreglering ($\rho=0.334$, $p<0.05$). Det vill säga, högre grad av undvikande-rädd anknytning associerades med högre grad av känslodysreglering.

Gruppskillnad mellan undvikande-avvisande och överdrivet upptaget anknytning

På grund av Mikulincer och Shavers (2008) teori om hyperaktiverande och deaktiverande strategier bland personer med överdrivet upptaget respektive undvikande-avvisande anknytningsmönster valde vi att jämföra dessa grupper med varandra. Vidare är känsloregleringsförmågan tätt sammankopplad med mentaliseringsförmågan enligt mentaliseringsteorin (Schwarzer et al., 2021) och därför valde vi att även undersöka om grupperna skilde sig åt avseende hyper- och hypomentaliserande. Eftersom upphovsmännen till Relationship Questionnaire menar att man framförallt ska använda sig av de kontinuerliga måtten på anknytning, valde vi att undersöka de kategoriska måtten explorativt (Bartholomew & Horowitz, 1991). Mann Whitney U-test utfördes för att identifiera eventuella skillnader mellan grupperna med undvikande-avvisande respektive överdrivet upptaget anknytningsmönster avseende känslodysreglering samt hyper- och hypomentalisering. Genom analysen framkom att de med överdrivet upptaget anknytningsmönster ($Md=38$, $n=5$) hade en signifikant sämre förmåga till känsloreglering än dem med undvikande-avvisande anknytningsmönster ($Md=24$, $n=11$), $U=45.5$, $z=2.048$, $p=0.041$, $r=0.128$. Det framkom inga signifikanta skillnader mellan grupperna gällande hyper- och hypomentalisering.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka mentaliseringsförmåga i relation till anknytningsmönster och känsloreglering hos personer med SSD. Vår primära analys visade inte några signifikanta samband gällande grad av anknytningsmönster och hypo- respektive hypermentalisering samt känslodysreglering. Det framkom ett signifikant samband mellan grad av hypermentalisering och känslodysreglering, dock inte i den riktning som var förväntad. Våra hypoteser stöds på så vis inte av studiens resultat vilket innebär att grundläggande aspekter av mentaliseringsteorin inte bekräftats hos personer med SSD

Den explorativa analysen av samband mellan undvikande-rädd anknytning, mentaliserings- och känsloregleringsförmåga visade ett positivt signifikant samband mellan undvikande-rädd anknytning och hypomentalisering. Det innebar att en högre grad av anknytningsmönstret undvikande-rädd var relaterat till en högre grad av hypomentalisering. Det framkom även ett positivt signifikant samband mellan undvikande-rädd anknytning och känslodysreglering. Det vill säga högre grad av undvikande-rädd anknytning associerades med högre grad av känslodysreglering

Utöver de analyser som genomfördes för att undersöka studiens hypoteser genomfördes explorativa analyser för att undersöka skillnaden mellan grupperna som valt undvikande-avvisande respektive överdrivet upptaget anknytningsmönster på det item där deltagarna ombads välja en av anknytningsstilarna. Utifrån teorin om att dessa grupper använder sig av hyperaktiverande respektive deaktiverande strategier, ville vi undersöka om de skilde sig åt avseende känslodysreglering. Vidare undersöktes även om grupperna skilde sig gällande hypermentaliserings och hypomentalisering. Av analysen framkom att gruppen med överdrivet upptaget anknytningsmönster hade signifikant sämre förmåga till känsloreglering än dem med undvikande-avvisande anknytningsmönster. Det framkom inga signifikanta skillnader mellan grupperna gällande hyper- och hypomentalisering.

Primära analyser

Föreliggande studie visade inga signifikanta samband mellan anknytningsmönster och hyper- respektive hypomentalisering hos personer med SSD. Resultatet står i kontrast till MacBeth et al:s (2011) studie som visat att personer som klassificerats som tryggt anknutna har en signifikant bättre förmåga till mentalisering än dem med otryggt-avfärdande anknytningsmönster, samt att de med överdrivet upptagen anknytning verkar ha bättre förmåga till mentalisering än gruppen med otryggt-avfärdande anknytningsmönster. Dock undersökte den studien inte om det finns ett samband mellan de olika formerna av mentaliseringssvikt och anknytningsmönster, vilket föreliggande arbete syftade till att klargöra. Således skulle vidare studier som undersöker samband och gruppskillnader för olika anknytningsmönster vara av relevans. Det är möjligt att det finns samband mellan överdrivet upptagen anknytning, hyperaktiverande strategier och hypermentalisering, då dessa fenomen påminner om varandra. Likaså skulle det kunna finnas samband mellan undvikande avvisande anknytning, deaktiverande strategier och hypomentalisering.

Resultatet visade ett negativt signifikant samband mellan grad av känslodysreglering och hypermentalisering vilket var i motsats till hypotes 4. Vi fann inget samband mellan känslodysreglering och hypomentalisering. Resultatet skulle innebära att ju mer någon hypermentaliseras desto bättre känsloregleringsförmåga har hen. Vidare skulle resultatet betyda att hypomentalisering och känslodysreglering inte är relaterade. Således är resultatet förvånande eftersom det går emot mentaliseringsteoretiska antaganden. Schwarzer et al. (2021) menar att en god förmåga till mentalisering medför att man lättare kan identifiera, bearbeta och uttrycka sina känslor. Detta innebär att hypo-respektive hypermentalisering borde ge sämre förmåga till känsloreglering.

RFQ (Fonagy et al., 2016) är utformat så att ett svarsmönster kan ge antingen hyper- eller hypomentalisering, och fångar inte upp om båda formerna av mentaliseringssvikt förekommer. Det skulle kunna förklara varför endast ett signifikant samband mellan hypermentalisering och känslodysreglering framkommit, men inget mellan hypomentalisering och känslodysreglering. Det har föreslagits att personer med SSD kan svikta i sin mentaliseringsförmåga i bägge former på samma gång, vilket alltså inte kan fångas av instrumentet.

Det negativa sambandet mellan hypermentalisering och känslodysreglering skulle även kunna återspegla att symtombilden kan bestå av såväl positiva som negativa symtom, exempelvis vanföreställningar respektive känslomässig avflackning. Ett lågt resultat på skalan som mäter känslodysreglering skulle kunna tyda på en känslomässig avflackning. Likaså skulle ett högt resultat på hypermentaliseringskalan kunna innebära förekomst av paranoida symtom. En möjlig tolkning är att de teoretiska antagandena om ett samband mellan hypermentalisering och känslodysreglering inte är giltiga för gruppen med SSD.

En annan möjlig tolkning av det negativa sambandet mellan hypermentaliserings och känslodysreglering är att DERS (Bjureberg et al., 2016) inte fångat upp svårigheter med känsloreglering i gruppen vilket inneburit låga skattningar på skalan. Känsloreglering behövs när vi stöter på stressorer, ofta i möte med andra i nära relationer och på arbetet. Personer med SSD lever ofta ensamma med ett begränsat socialt nätverk och endast 20 % har sysselsättning (Eiman et al., 2020). Detta kan ha påverkat resultatet och bidragit till att deltagarna inte kände igen sig i de svårigheter som mättes med instrumentet.

Att inget samband framkom mellan hypomentalisering och känslodysreglering skulle också kunna avspegla en känslomässig flackhet hos deltagarna till följd av såväl sjukdom som medicinsk behandling, där svårigheter med att reglera känslor eller impulser inte uppstår på samma sätt som vid intensiva känsloupplevelser. I skalan DERS har känslodysreglering formulerats som olika svårigheter vid känslomässig upprördhet. Något som skulle kunna påverka resultatet är vilka känslor deltagarna relaterar känslomässig upprördhet till, utifrån att känsloreglering visar sig bero på specifika känslor hos anknytningsmönstret otryggt-undvikande, snarare än att vara en allmän förmåga och strategi (Brenner et al., 2013). En tidigare studie har visat att ilska kan relateras till svårigheter med reglering medan ledsnad snarare undantrycks hos dessa personer (Brenner et al., 2013). Likaså präglas den undvikande-avvisande anknytningen av ett nedvärderande av känslomässiga uttryck, varför formuleringen känslomässig upprördhet skulle kunna beskriva en känsla som personer med det anknytningsmönstret inte kan relatera till. Därutöver skulle det också kunna handla om svårigheter med att identifiera känslor.

Det kan således konstateras att DERS (Bjureberg et al., 2016) fångar upp svårigheter med att reglera ner känslor vid känslomässig upprördhet, men inte överreglerade känslor. Det finns en utmaning i att utforma instrument och studiedesign som kan fånga hur känsloreglering ser ut för personer med SSD, i synnerhet vid svårigheter att kommunicera kring känslor. Vidare forskning skulle kunna verka för att ta fram sätt att undersöka denna komplexitet hos personer med SSD.

Gällande känsloreglering finns tidigare studier som undersökt fysiologisk aktivering av känslor, i kombination med självskattning i jämförelse mellan personer med SSD och en kontrollgrupp (Horan, et al., 2013). Där framkom att det inte fanns någon skillnad i fysiologisk aktivering, men i förmåga att benämna och kommunicera känsloupplevelsen. Det är på så vis möjligt att skillnaderna inte rör upplevelse av känslor, att personer med SSD skulle ha ett flackt känsloliv, utan att det finns en diskrepans mellan inre upplevelse och yttre uttryck.

Explorativa analyser

Undvikande-rädd anknytning, mentalisering och känslodysreglering

Våra analyser tyder på att det finns ett samband mellan undvikande-rädd anknytning och hypomentalisering respektive känslodysreglering. Vi har inte funnit några tidigare studier som undersöker undvikande-rädd anknytning och mentaliseringsförmåga samt känslodysreglering. Enligt anknytningsteorin uppkommer den undvikande-rädda anknytningsstilen till följd av att anknytningspersonen uppfattats som skrämmande och barnet inte skapat några inre arbetsmodeller för relationsskapande och känsloreglering (Broberg et al., 2006). Erfarenheter av omsorgssvikt leder enligt mentaliseringsteorin till mentaliseringssvårigheter och känslodysreglering (Morberg Pain et al., 2018). Vårt resultat är således i linje med de teoretiska antaganden som görs inom såväl anknytnings- som mentaliseringsteorin. Dock bör det positiva sambandet mellan undvikande-rädd anknytning och hypomentalisering, respektive känslodysreglering tolkas med försiktighet på grund av analysens explorativa karaktär. Vidare kan det inte uteslutas att hypermentalisering skulle vara vanligt i den här gruppen, trots att analysen inte visade några

signifikanta resultat, då även den formen av mentaliseringssvikt enligt mentaliseringsteorin är kopplad till undvikande anknytningsmönster (Schwarzer et al., 2021). Inte kan vi heller med säkerhet påstå att den undersökta gruppen skulle vara en sådan subgrupp som tenderar att hypermentalisera snarare än att hypermentalisera och om någon av dessa företeelser är vanligare.

Gruppskillnad mellan undvikande-avvisande och överdrivet upptagen anknytning

Resultatet tyder på att grupperna med undvikande-avvisande och överdrivet upptaget anknytningsmönster skilde sig åt gällande känslodysreglering. I gruppen med överdrivet upptaget anknytningsmönster hade deltagarna skattat större svårigheter med att reglera känslor jämfört med dem med undvikande-avvisande anknytningsmönster. Resultatet överensstämmer med Mikulincer och Shavers (2008) teori om att undvikande-avvisande och överdrivet upptaget anknytningsmönster är kopplat till deaktiverande respektive hyperaktiverande strategier. Enligt den här teorin är anknytningssystemet konstant aktiverat hos dem med en överdrivet upptagen anknytning vilket leder till en förhöjd affektnivå och begränsad förmåga till intrapersonell affektreglering. Studiens resultat är således i linje med teoretiska antaganden eftersom den överdrivet upptagna gruppen skattade högre siffror än den undvikande-avvisande gruppen på formuläret som mäter känslodysreglering. Likaså utmärks personer med högre grad av överdrivet upptaget anknytningsmönster av att de påkallar uppmärksamhet från omgivningen genom att överdriva negativa känslor. Sådana strategier skulle kunna leda till att de skattar sina problem som svårare än andra grupper (Broberg et al., 2006). Som vi har diskuterat ovan tror vi inte att DERS fångar den sortens svårigheter med känsloreglering som de med undvikande-avvisande anknytning uppvisar.

Begränsningar och framtida forskning

Föreliggande studie har ett antal begränsningar som bör diskuteras. Antalet deltagare i studien var förhållandevis lågt ($N = 40$) och effektstorleken likaså. Det begränsade antalet deltagare har påverkat vilka analyser som varit möjliga att utföra och kan ha bidragit till svårigheter med att nå signifikanta resultat. Svårigheten att rekrytera deltagare med SSD till studier är sedan tidigare känd (Lester och Wilson, 1999), och är något som bör tas i beaktande vid planering inför en studie på gruppen. Exempelvis ifråga om en väl tilltagen tidsram och antal personer som kontaktas för eventuellt deltagande.

Något som kan ha bidragit till såväl svårigheter med att rekrytera deltagare som bortfall, är paranoida symtom. Deltagare kan utifrån detta ha misstrott anonymiteten och inte velat fylla i formulären överhuvudtaget, eller utelämnat svar och uppgifter. Denna svårighet kan ha medfört att patienter med svårare symtom inte deltagit, vilket kan ha påverkat resultatet. Därutöver kan även kognitiva symtom ha spelat in, såsom koncentrationssvårigheter med trötthet och bristande motivation som följd.

I vår studie hade så många som 19 deltagare studerat på universitet och 14 hade avslutat gymnasiet. En så hög utbildningsnivå är inte representativt för gruppen med SSD där en stor andel saknar utbildning (Hakulinen et al., 2019). Således kan det antas att den undersökta gruppen har kognitiva resurser som kan fungera kompensatoriskt för sjukdomens inverkan. Mentalisering liksom känsloreglering är till viss del kognitiva förmågor. Om en mer representativ grupp hade undersökts är det möjligt att tydligare svårigheter hade framkommit.

SSD är en spektrumdiagnos, där symtombilden skiljer sig åt diagnoser emellan. Det är möjligt att det kan finnas skillnader mellan diagnoser inom SSD gällande mentaliseringsförmåga, anknytningsmönster och känsloreglering. Vidare forskning skulle kunna undersöka dessa samband för att kunna få en mer differentierad och specifik bild av personer med SSD.

Precis som att det kan finnas skillnader mellan individer kan också individers svarsmönster variera över tid. Exempelvis skulle symtom, stressorer och hur väl medicineringen fungerar kunna påverka svarsmönstret. Det vore därför befogat att kontrollera för symtom i vidare studier för att säkerställa att det verkligen är anknytning, mentaliseringsförmågan och känsleregleringsförmågan som fångas.

I gruppen som undersöktes levde en stor andel som ensamstående och många saknade sysselsättning vilket gör att det skulle kunna röra sig om förhållandevis ensamma individer. Social isolering är ett välkänt fenomen hos gruppen med SSD (Da Rocha et al., 2018). En fråga som väcktes under databearbetningen var vad deltagarna utgår från för relationer vid skattningarna om de saknar partner, kollegor och vänner. Det skulle kunna vara så att vårdpersonal utgör de enda sociala kontakterna i somligas liv och frågor som rör relationer kan på så vis tänkas vara svåra att svara på eller ge missvisande svar.

När det kommer till att mäta mentaliseringsförmåga finns ett inneboende problem: för att kunna svara på frågor om mentalisering så behöver man kunna mentalisera. Exempelvis krävs en förmåga till metatänkande för att kunna besvara hur väl påståendet "Jag vet inte alltid varför jag gör som jag gör" stämmer. Individer med en bristande mentaliseringsförmåga kommer följaktligen även ha en bristfällig insikt kring sin egen förmåga, och svara därefter.

Skattningar och labbttest av mentaliseringsförmåga har tidigare kritiserats för bristande ekologisk validitet (Lysaker, 2010). Istället har det föreslagits att man ska undersöka mentaliseringsförmågan med hjälp av narrativa metoder (Lysaker, 2010). Samtidigt är fördelen med skattningar att man kan få ett större deltagarantal på kortare tid och med mindre resurser, vilket var avgörande för valet av metod. Något som talar emot att använda sig av narrativa metoder med personer med SSD är att negativa symtom kan medföra svårigheter att ge en sammanhängande berättelse och en tendens att endast svara enstavigt. Dock lade vi märke till att tendensen till konkret tänkande även medförde svårigheter vid självskattning. En del av deltagarna hade inte svarat, och i vissa fall även gjort frågetecknen och kommentarer i marginalen, på itemet "Människors tankar är ett mysterium för mig". Vi tror att det kan vara ett utfall av en otydlig översättning som det blir särskilt svårt för personer med en konkret förståelse att tolka. På grund av att subskalorna endast innehöll sex items, kan en sådan språkförbistring ha fått en inverkan på resultatet.

Skalan RQ (Bartholomew & Horowitz, 1991) som mäter anknytningsmönster är utformad för att mäta dimensioner av anknytning där deltagaren skattar grader av överensstämmelse med de olika typerna. Enligt upphovsmakarna bör denna skala inte användas kategoriskt, då frågan om kategori endast ska mäta skalans tillförlitlighet genom överensstämmelse mellan kategori och dimension. Skalan är dock utprövad på en icke klinisk grupp, och inte på personer med SSD. Det kan tänkas finnas en skillnad i kravnivå i att fylla i en skala utifrån grader, jämfört med att behöva välja en kategori. På så vis skulle det vara lämpligt med en skala som tar hänsyn till kognitiv funktion och förutsättningar. Utifrån att föreliggande studie trots detta använt skalan kategoriskt bör resultatet tolkas med försiktighet.

Utöver enkäterna som skulle användas för uppsatsen, skickades också Community Assessment of Psychic Experience (CAPE) och Symptoms Checklist (SCL 90). Skalan som mätte känslodysreglering (DERS) var den sista av de sju enkäterna, vilket kan ha påverkat svarsmönstret. Mängden material kan ha varit kognitivt utmanande för en del och resulterat i att en del personer ej besvarat vissa items. Vi uppfattade även att en del svarsmönster blev mindre varierade i de senare enkäterna, i synnerhet DERS som var sist i ordningen. Dessutom fanns det tecken som skulle kunna tyda på att deltagarna blivit uttröttade såsom fler missade items, en mindre prydlig handstil och understrykningar av frågor allteftersom.

Slutsatser

Föreliggande studie indikerar att det saknas empiriskt stöd för samband mellan anknytning, mentalisering och känsloreglering hos personer med SSD. Resultatet kan delvis bero på det låga deltagarantalet. Likaså visar vår studie på vikten av att utforma instrument som på ett tillräckligt känsligt sätt kan fånga upp gruppskillnader avseende anknytningsmönster, mentaliseringsförmåga och känsloreglering. Resultaten av de explorativa analyserna tyder på att det finns vissa gruppskillnader avseende de olika förmågorna. Resultaten bör undersökas vidare i studier med fler deltagare och mer precisa instrument.

Referenser

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing American Psychiatric Association.
- DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Anis, L., Perez, G., Benzies, K., Ewashen, C., Hart, M. & Letourneau, N. (2020). Convergent Validity of Three Measures of Reflective Function: Parent Development Interview, Parental Reflective Function Questionnaire, and Reflective Function Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.574719
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147–178.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press
- Berry, K., Barrowclough, C., Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27, 458-475.
- Bliksted, V., Frith, C., Videbech, P., Fagerlund, B., Emborg, C., Simonsen, A., Roepstorff, A., & Campbell-Meiklejohn, D. (2019). Hyper- and Hypomentalizing in Patients with First-Episode Schizophrenia: fMRI and Behavioral Studies. *Schizophrenia bulletin*, 45(2), 377–385. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby027>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T. Hellner Gumpert, C. & Gratz, K. (2016). Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2). 284–96.
- Brenning, KM., Braet, C. (2013). The emotion regulation model of attachment: an emotion-specific approach. *Personal Relationships*, 20(1). 107–123. doi: 10.1111/j.1475-6811.2012.01399.x.
- Clark, C.L. & Shaver, Phillip. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. *Attachment Theory and Close Relationships*. 46–76.
- Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Tozzi, A.S., Fonagy, P., Brent, B.K. (2016) Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. *Front. Hum. Neurosci.* 10, 406.
- Da Rocha B. M., Rhodes, S., Vasilopoulou, E. och Hutton, P. (2018). Loneliness in Psychosis: A Meta-analytical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 44 (1). 114–125. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx036>

- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Dev. Psychopathol.* 2, 47–60. doi: 10.1017/s0954579400000584
- Dozier, M., Stevenson, A. L., Lee, S. W., & Velligan, D. I. (1991). Attachment organization and familial overinvolvement for adults with serious psychopathological disorders. *Dev. Psychopathol.* 3, 475–489. doi: 10.1017/s0954579400007641
- Dzirlo, L., Richter, F., Steinmair, D., & Löffler-Stastka, H. (2021). Reflective Functioning in Patients with Irritable Bowel Syndrome, Non-Affective Psychosis and Affective Disorders—Differences and Similarities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2780. doi:10.3390/ijerph18052780
- Eiman, G., Kimby, L. & Wieselgren, I-M. (2020). Årsrapport 2020 - Nationellt kvalitetsregister för psykosjukdomar. *PsykosR*. Region Uppsala.
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N.D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., et al. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 202–207.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of personality disorders*, 29(5), 575–609.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 11.
- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Psychology Press.
- Gajwani, R., Patterson, P., Birchwood, M (2013). Attachment: developmental pathways to affective dysregulation in young people at ultra-high risk of developing psychosis. *Br J Clin Psychol*, 52(4), 424–437.
- Galletly, C., Suetani, S., Hahn, L., McKellar, D., & Castle, D. (2021). Ageing with psychosis – Fifty and beyond. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1177/00048674211009619>
- Gumley, A. (2010). The developmental roots of compromised mentalization in complex mental health disturbances of adulthood: an attachment-based conceptualization. In G. Dimaggio, & P. H. Lysaker. (Ed.), *Metacognition and Severe Adult Mental Disorders: From Research to Treatment*. Routledge.
- Gumley, A., Taylor, H., Schwannauer, M., et al (2013). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatr Scand*, 129(4), 257–274. <https://onlinelibrary-wiley.com.ezproxy.ub.gu.se/doi/full/10.1111/acps.12172>
- Hakulinen, C., McGrath, J.J., Timmerman, A. Skipper, N., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B., Agerbo, E. (2019). The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 54, 1343–1351. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00127-019-01756-0>
- Horan, WP., Hajcak, G., Wynn, JK., Green, MF. (2013). Impaired emotion regulation in schizophrenia: evidence from event-related potentials. *Psychol Med*, 43(11), 2377-91. doi: 10.1017/S0033291713000019. Epub 2013 Jan 29. PMID: 23360592; PMCID: PMC3963439.
- Kuipers, G. S., & Bekker, M. H. J. (2012). *Attachment, mentalization and eating disorders: A review of studies using the adult attachment interview*. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4), 326–336.
- Lester, H., & Wilson, S. (1999). Practical problems in recruiting patients with schizophrenia into randomised controlled trials. *BMJ*, 318(7190), 1075.

- Lysaker, P. H. (2010). Metacognition in schizophrenia spectrum disorders: methods of assessing metacognition within narrative and links with neurocognition. In G. Dimaggio & P. H. Lysaker (Ed.), *Metacognition and Severe Adult Mental Disorders: From Research to Treatment*. (pp. 65–82). Routledge.
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., & Fisher, R. (2011). Attachment states of mind, mentalization and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychol. Psychother.* 84, 42–57. doi: 10.1348/147608310X530246
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., and Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *J. Pers. Soc. Psychol.* 73, 1092–1106. doi: 10.1037/0022-3514.73.5.1092
- Mikulincer M, Shaver PR. (2008). Adult attachment and affect regulation. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd. New York: Guilford Press, (pp. 503–531).
- Morberg Pain, M., Sundström, N., Tysklind, F. (2018). *MBT – i teori och praktik*. Natur och kultur.
- Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd*. Hämtat 09, 12, 2021 från socialstyrelsen.se
- Strand, J., & Rudolfsson, L. (2020). Mental health professionals' perceptions of parenting by-service users with psychosis. *Community mental health journal*, 1-9.
- Svenska Psykiatriska Föreningen (2009). *Schizofreni, kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svenska Psykiatriska Föreningen & Gothia Förlag.
- Weijers, J.G., Kate, C., Debbané, M. et al. (2020). Mentalization and Psychosis: A Rationale for the Use of Mentalization Theory to Understand and Treat Non-affective Psychotic Disorder. *J Contemp Psychother* 50, 223–232. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09449-0>
- Wongpakaran, N., DeMaranville, J., & Wongpakaran, T. (2021). Validation of the Relationships Questionnaire (RQ) against the Experience of Close Relationship-Revised Questionnaire in a Clinical Psychiatric Sample. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(9), 1174. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091174>