



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psyko­terapeut­programmet, 90 hp

Examens­uppsats på avancerad nivå, 15 hp

Höst­termi­nen 2012

**ADHD och/eller anknytning?**

**ADHD and/or attachment?**

**Författare:**

Tanja Onescuk

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Teoretisk bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>4</b>
3.1	Empiriska vetenskapliga studier.....	5
3.2	Erfarenhetsbaserade studier .....	5
<b>4</b>	<b>Frågeställningar</b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
5.1	Undersökningsdeltagare .....	7
5.2	Undersökningsmetod .....	7
5.3	Datainsamlingsmetoder.....	8
5.4	Bearbetningsmetoder.....	9
5.5	Genomförande .....	9
<b>6</b>	<b>Forskningsetiska frågeställningar</b> .....	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>10</b>
<b>8</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>15</b>
8.1	Metoddiskussion.....	15
8.2	Resultatdiskussion .....	17
8.3	Förslag till fortsatt forskning .....	18
	Referensförteckning.....	20

## Sammanfattning/abstract

Syftet med detta arbete är att undersöka samband mellan vuxnas anknytningsstilar och adhd. Vilken anknytningsstil är den mest framträdande i gruppen adhd?

24 personer, som har fått diagnos adhd, har fyllt i enkät RQ-SWE. Svaren har jämförts med normalfördelningen av olika anknytningsmönster. Resultatet visar att förekomst av otrygg anknytning är betydligt högre bland vuxna personer som har fått diagnos adhd. När det gäller fördelning av tre otrygga anknytningsstilar visar det sammantagna resultatet att grupperna inte skiljer sig när det gäller Otrygg/Undvikande/Avvisande anknytningsmönster. Förekomst av Otrygg/Ambivalent anknytning och Otrygg/Undvikande/Rädd anknytning är högre bland personer som har fått diagnos adhd.

Studieresultat visar att det finns ett samband mellan vuxnas anknytningsmönster och diagnosen adhd. Mer omfattande studier krävs för att undersöka frågan om orsakssamband mellan biologisk sårbarhet och tidig miljöpåverkan.

**Nyckelord:** anknytning, adhd

**Keywords:** attachment, adhd

## 1 Inledning

Beskrivningar av barn som har svårt att vara stilla, lyssna uppmärksammat och inordna sig i struktur och regler har funnits under lång tid tillbaka. Idag förknippas dessa egenskaper med en specifik bokstavskombination – adhd. Barn med diagnos adhd har svårigheter som anses orsakade av avvikelser i hjärnans struktur eller funktion. Detta har i sin tur styrt val av adekvata behandlingsmetoder. Den neuropsykiatriska förklaringsmodellen leder till att läkemedelsbehandling, miljöanpassning och psykopedagogiska insatser rekommenderas.

Medicineringen mot adhd symptom har ökat kraftigt under senare år (Leuzinger-Bohleber, 2010). Allt fler barn och unga ges amfetaminpreparat, trots omtvistade forskningsresultat. Andra faktorer som emotionella svårigheter, traumatiska erfarenheter och socioekonomisk situation får en marginaliserad plats vid genomföranden av utredningar och behandlingar eftersom adhd anses vara ett neuropsykiatriskt funktionshinder. Samma tendens förekommer inom vuxenpsykiatri. Allt fler vuxna får adhd diagnos och medicinsk behandling.

Nyare forskning visar emellertid att svårigheter karakteristiska för adhd kan härledas till hjärnans postnatala tillväxt och att social stimulering är nödvändig förutsättning för optimal utveckling (Schore, 2000, 2003).

Detta arbete syftar till att med utgångspunkt i teorin om tidigt socialt samspel nyansera synen på problem relaterade till adhd.

## 2 Teoretisk bakgrund

Adhd är en förkortning av Attention Deficit Hyperactivity Disorder och tillhör en grupp av Hyperaktivitetsstörningar. Den beskrivs på följande sätt: ” En grupp störningar som karakteriseras av tidig debut (vanligtvis under de första fem levnadsåren), bristande uthållighet i aktiviteter som kräver kognitiva funktioner och en tendens att växla mellan olika aktiviteter utan att slutföra någon av dem, tillsammans med desorganiserad, oplanerad och överdriven aktivitet...” (ICD-10) Dessa barn är överaktiva, otåliga, rastlösa och impulsiva. De har svårt att fokusera uppmärksamheten och bevara koncentrationen under längre tid.

Forskningen visar att 50-60% av vuxna individer som har haft adhd i barndomen har kvar tillräckligt med symptom för att kunna uppfylla kriterier för diagnos (Kooij, 2012). Problem som dessa personer har är samma kärnsymptom som barn har. De har svårt att planera och organisera sina aktiviteter, kommer ofta för sent, är glömska och har svårt att fatta beslut. Hyperaktivitet och impulsstörning leder ofta till missbruk eller hetsättningsproblem. De flesta vuxna behandlas inte för adhd, ca 2% behandlas. Hos många flickor upptäcks inte svårigheter när de är barn eftersom symptombilden skiljer sig från pojkarnas. Tre fjärdedelar av vuxna med adhd har även en annan psykiatrisk diagnos.

Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (adhd) betecknas ofta som neuropsykiatriska funktionshinder som orsakas av ärftligt betingade faktorer eller skador i nervsystemet (Gillbert, 1996). Ljungberg (2008) som har gjort en omfattande forskningsöversikt, nyanserar detta synsätt och föreslår en mer sammansatt modell för förståelse av dessa fenomen. Han betraktar Sårbarhetsstress modell som mer adekvat för förståelse av orsaker bakom adhd. Denna modell innebär att biologiska faktorer i samverkan med omgivningen avgör graden av symptom.

Teoretiska grunder för dessa tankegångar finns i John Bowlbys anknytningsteori. Dessa teoretiska utgångspunkter förgrenas och förenas med andra vetenskapliga undersökningsområden. Nya fynd inom neurologi och neuropsykologi kompletterar Bowlbys vetenskapliga hypotes (Schore, 2000, 2003).

Barnet har ett medfött beteendesystem vars biologiska funktion är att söka skydd (Bowlby, 1994). Detta system benämns som anknytningssystem och utgör en grund för organisering av barnets beteende gentemot omvårdnadspersonen. Barnet har en medfödd tendens att skapa relationer med andra människor vilket visar sig i barnets anknytningsbeteende. Tidigt efter födelsen söker barnet blickkontakt, imiterar andra och reagerar på kända röster eller dofter. Anknytningsbeteende hjälper barnet att upprätthålla närhet till omvårdnadspersonen. Beteendet aktiveras när barnet på något sätt utsätts för påfrestning. Det kan vara en inre obalans på grund av hunger, törst, sjukdom m.m. Det kan också vara en yttre fara som i situationer när barnet blir skrämt av någonting.

Under första levnadsåret blir anknytningsbeteendet alltmer organiserat (Bowlby, 1994). När barnet är sju månader utvecklar det förmågan att bevara en representation av objektet när objektet inte syns. Detta benämns som objektpermanens och visar sig när barnet är ca sju månader. Nästa steg i utvecklingen är förmågan till objektkonstans som uppstår när barnet är ca åtta månader. Barnet visar tydligt preferens mot en eller ett par personer i omgivningen och reagerar med ångest inför främmande människor. Barnet har en inre bild av omvårdnadspersonen. Det reagerar känslomässigt om yttre bild inte motsvarar den inre representationen.

I takt med fortsatt mognad börjar barnet reglera fysiskt avstånd till omvårdnadspersonen och utveckla målinriktat beteende. Utveckling av språket förändrar det sociala samspelet. Barnet får insikt om att andra har motiv och önskningar som kan vara annorlunda ens egna och med hjälp av dessa nyvunna kunskaper kan barnet ingå i mer komplicerade samspel. Bowlby benämner detta beteende som målkorrigerad partnerskap. En förutsättning för detta är att barnet har internaliserat den trygghet som tidigare har varit reglerat med hjälp av fysisk

närhet och distans. Den trygga basen har blivit en del av barnet självt (Bowlby, 1994).

Bowlby (1994) använder begreppet inre arbetsmodell som en hypotetisk konstrukt avsedd att förklara sättet på vilket barnet organiserar sina kunskaper om världen. Under andra delen av första levnadsåret utvecklar barnet en rad inre arbetsmodeller. Dessa skapas utifrån egna erfarenheter och hjälper barnet att förutse yttre skeenden. Med hjälp av dessa förväntningar kan barnet organisera ett eget planinriktat beteende. Tidiga erfarenheter med omvårdnadspersonen är särskilt viktiga eftersom dessa generaliseras till andra sociala situationer.

När samspel med omvårdnadspersonen fungerar väl är anknytningsmönstret tryggt (Bowlby, 1994). Barnet har tillgång till anknytningspersonen när det behövs. Barnet utvecklar förmåga till flexibelt socialt fungerande och förmågan att tolerera stress.

Ett barn med otrygg anknytning har varit tvunget att anpassa sina biologiskt givna beteendesystem till föräldrarnas inre tillstånd (Wenneberg, 2008). Barnet försummar sina egna känslor och affekter i syfte att bevara relationen till anknytningspersonen.

Bowlby (1994) beskriver två former av otrygg anknytning. Otrygg ambivalent anknytning uppstår när barnet är osäkert om anknytningspersonen finns eller inte. Dessa barn blir ofta överväldigade av egna känslor. De visar irritation och ilska samtidigt som de klamrar sig fast till anknytningspersonen. De är osäkra, oroliga och rädda för separationer vilket gör att de söker fysisk närhet till anknytningspersonen samtidigt som de inte kan känna sig lugna i omvårdnadspersonens närvaro. Otrygg undvikande anknytning uppstår när barnet undviker emotionellt kontakt med omvårdnadspersonen. Det stänger av sina behov av närhet och försöker hantera situationen på egen hand.

Bowlbys anknytningsteori är utvecklad genom samarbete med Ainsworth och bygger på omfattande empirisk forskning (Hart & Schwartz, 2010). Teorin har vidare utvecklats av Main som har genomfört omfattande studier om hur föräldrarnas egna erfarenheter påverkar anknytningsmönster som deras barn utvecklar. Main har utvecklat en metod att undersöka anknytningsmönster hos vuxna, AAI (Adult Attachment Interview). Med denna metod studeras föräldrarnas berättelse på ett sätt som fokuserar på hur det berättas mer än vad som sägs.

Ett annat sätt att beskriva anknytningsmönster är att särskilja mellan organiserad och desorganiserad anknytning (Lyons-Ruth & Jacobowitz, 2008). De tre ovan beskrivna mönstren betraktas som organiserade. Desorganiserad anknytning uppstår när barnet inte hittar fungerande strategier att hantera stressfulla situationer. Dessa barn beter sig på ett bisarrt och motsägelsefullt sätt. I

bakgrunden ligger ofta traumatiska erfarenheter där anknytningspersonen har upplevts som skrämmande.

Trygg anknytning finns hos 55-65%, medan otrygg anknytning finns hos 25-35%. Otrygg anknytning förekommer således hos ca en tredjedel av normalpopulationen. Undvikande anknytning förekommer hos 20-30% och ambivalent hos 5-15%. Desorganiserad anknytning förekommer hos ca 15-25% (Hart & Schwartz, 2010).

Nyare forskning påvisar att specifika områden i hjärnan utvecklas postnatalt (Schore, 2000, 2003). För optimal utveckling av dessa hjärnstrukturer är adekvat socialt samspel en nödvändighet. Brister i detta samspel leder till avsaknad av specifika förmågor. Hit hör bland annat förmåga till affektreglering som ofta ligger bakom tendenser till impulsivitet och hyperaktivitet vilka är kännetecknande för adhd.

Sundström och Löf (2011) lyfter fram betydelsen av tidig affektiv föräldrakommunikation med barnet för uppkomst av svårigheter kopplade till adhd. Bristande affektiv intoning i kombination med medfött genetiskt anlag för adhd skapar ökade svårigheter att reglera affekter. Detta i sin tur leder till ökad förekomst av psykiatriska symptom. Därför bör faktorer som emotionella mönster och samspelsmönster inkluderas i utredningar och val av lämpliga insatser.

### 3 Tidigare forskning

En sammanställning av aktuell forskning som studerar orsaker bakom adhd är presenterad i Ljungbergs bok. (Ljungberg, 2008). Majoriteten av studier betraktar adhd utifrån det neuropsykiatriska perspektivet. Etiologin bakom adhd förklaras med 80 % ärftlighet och 10-20 % med hjärnskada orsakad av komplikationer under graviditet eller förlossning medan miljöfaktorer inte anses ha någon påverkan. Slutsatsen som Ljungberg presenterar är att detta synsätt inte är hållbart som en enda förklaringsmodell och att det bör nyanseras med studier avseende omgivningens inflytande.

Studier som betraktar orsak-samband relation mellan adhd och anknytningsmönstren är begränsade. En anledning är att longitudinella studier som följer personer under livsloppet är alltför tidskrävande. Majoriteten av genomförda studier är tvärsnittsstudier som studerar fenomenet endast vid en tidpunkt. Det finns ett antal fallstudier som uttalar sig om individuell sjukdomsetiologi, men vars resultat inte kan generaliseras.

### 3.1 Empiriska vetenskapliga studier

Den största studien, Minnesota studien, som har följt individer under utvecklingen och kopplat personlighetsutveckling till specifika psykopatologier har inte funnit belägg för att otrygg anknytning räknas till de psykosociala missförhållanden som kan kopplas till utveckling av adhd (Sroufe m. fl., 2005). Sammanställning av resultat visar en koppling mellan överstimulation av barn och uppmärksamhetsproblem. Jämförelser mellan grupper: a) barn som uppfyller kriterier för adhd och b) barn som har ökade svårigheter med aktivitetsreglering och uppmärksamhetsfunktioner utan att uppfylla formella kriterier för adhd, har inte påvisat signifikanta skillnader.

Clarke m. fl. (2002) har funnit att barn med adhd oftare har en otrygg anknytning. Författarna har jämfört 19 barn vars svårigheter uppfyller DSM-IV kriterier för adhd symptom med 19 barn i kontroll gruppen. Förekomst av otrygg ambivalent och desorganiserad anknytning var större i gruppen adhd vilket, enligt författarna motiverar behandlingsinsatser riktade mot att förbättra relationer mellan föräldrar och barn.

Pinto m.fl. (2006) har funnit samband mellan desorganiserad anknytning och adhd. De har jämfört 53 barn identifierade som desorganiserat anknutna vid ålder 1 år och jämfört denna grupp i ålder 7 år med adekvat kontrollgrupp i samma ålder. Resultatet visar signifikanta skillnader när det gäller förekomst av adhd symptom i åldern 7 år. Författarnas slutsats är att detta fynd bör bekräftas med hjälp av ytterligare forskning.

En nyare forskning som har undersökt sambandet mellan adhd och komplex trauma hos 79 barn har funnit högre stress och större anknytningssvårigheter hos adhd barn. Vidare slutsatser är att traumarelaterade reaktioner inte kan särskiljas från adhd symptom. I artikeln diskuteras bakomliggande svårigheter kopplade till bristfällig mentalisering (Conway, 2011).

Mccooy (2004) jämför romantisk anknytningsstil mellan två grupper. 20 personer som har fått diagnos adhd jämförs med lika stor kontroll grupp. Resultatet visar signifikant högre förekomst av otrygg anknytning i gruppen adhd.

### 3.2 Erfarenhetsbaserade studier

Erfarenhetsbaserad kunskap bygger huvudsakligen på fallobservationer. Eftersom undersökningsresultat inte uppfyller krav på generaliserbarhet, anses dessa ha mindre vetenskapligt värde.

Det finns belägg på att adhd etiologin kan kopplas till miljöfaktorer Leuzinger-Bohleber (2010). I Tyskland är psykodynamisk och psykoanalytisk behandling av



adhd den mest förekommande behandlingsformen. Behov av nya empiriska studier är stort.

Salomonsson (2004) framför en teoretisk och klinisk argumentation för psykoanalytisk behandling av adhd. Han lyfter fram behandlingens betydelse för intellektuell och emotionell utveckling hos en 6 årig pojke som har fått diagnosen damp, beskrivits ha autistiska drag och mild mental utvecklingsstörning.

I Frankfurt Prevention Study har forskarna samlat en stor mängd data genom fallobservationer (Leuzinger-Bohleber, 2010). Genom analys av denna information har de funnit ökad förekomst av specifika faktorer. Författarna lyfter fram tidig emotionell försummelse, traumatiska upplevelser, understimulering av högt intellektuellt presterande barn, skillnader i temperament mellan föräldrar och barn, anpassning till en annan kultur och uppväxt med en kronisk deprimerad mor som faktorer som kan finnas i bakgrunden. Författarna betonar vikten av det psykoanalytiska individuella perspektivet som bästa bas för riktade behandlingsinsatser.

## 4 Frågeställningar

Konsekvenser av att adhd huvudsakligen betraktas som neuropsykiatriskt funktionshinder är att personliga och sociala faktorer oftast marginaliseras vid genomförandet av utredning och behandling av adhd. Denna studie syftar till att lyfta fram ett kompletterande perspektiv med utgångspunkt från relevant teori och forskning som påvisar omgivningens betydelse. Detta är av särskilt vikt med tanke på att biologisk sårbarhet i samband med brister i anknytningen riskerar att leda till utveckling av sekundär psykopatologi.

Studien undersöker anknytningsmönster hos vuxna personer som har fått diagnos adhd. Hypotesen är att adhd gruppen kommer att uppvisa högre värden på skalor som avser mäta otrygg anknytning i jämförelse med genomsnittliga värden.

Vilken anknytningsstil är den mest framträdande i gruppen adhd?

## 5 Metod

Val av lämplig metod bestäms av studiens frågeställning och syfte. Olika metoder lämpar sig till att beskriva olika typer av frågor. I denna undersökning är metoden kvantitativ eftersom studiens syfte är hypotesprövande. Den avser ge en nomotetisk och generaliserbar beskrivning. Instrumentet som används är en standardiserad självrapportskala avsedd att mäta anknytningsstilar. Informationen bearbetas statistiskt.

En viktig förutsättning för all vetenskaplig forskning är att den är föremål för vetenskaplig granskning som har sina huvudsakliga utgångspunkter i bedömningar

av studiens reliabilitet och validitet. Reliabilitet uttalar sig om hur bra instrumentet är. Validitet handlar om resultatet är trovärdigt, om det går att lita på och bekräfta.

## 5.1 Undersökningsdeltagare

Undersökningsdeltagare är vuxna personer som har fått diagnos adhd på en psykiatrisk klinik som har som sitt uppdrag utredning och behandling av psykiatriska sjukdomar. Antal personer är 25. Personer som har fått diagnos adhd har tillfrågats om deltagande via deras kontaktpersoner i vården. Antal individer som har frågats om deltagande är 25. 24 personer har valt att delta i undersökningen. En person har tackat nej utan att ange skäl. Av 24 individer som har svarat är 20 kvinnor och 4 män.

Antal kvinnor respektive män som har tillfrågats om deltagandet i undersökningen har inte planerats i förväg. Resultatet visar att betydligt fler kvinnor har deltagit i studien. Detta tas upp i diskussionen.

Eftersom studien riktar sig mot specifik grupp av patienter som besöker en vuxen psykiatrisk klinik har urvalet gjort utifrån deras psykiatriska diagnos. Gruppen är homogen avseende en egenskap – en bestämd psykiatrisk diagnos. Eftersom undersökningen genomförs på en psykiatrisk klinik väcks frågan om gruppen som besöker just denna klinik kan betraktas som representativ för landet i helhet.

Motivering bakom denna metodiska begränsning avseende urvalets representativitet är studiens omfattning och tidsmässiga aspekter. Proceduren att få forskningsetisk godkännande för att kunna genomföra undersökningar på flera olika ställen och samla in materialet tar mer tid än vad som ryms inom ramar för detta arbete.

Urvalet är inte slumpmässigt eftersom antal individer som uppfyller urvalskriterier är begränsat. Ambitionen har varit att erbjuda enkäten till alla individer med diagnos adhd som har kontakt med vuxenpsykiatriska kliniken under en bestämd tid under perioden mellan februari och maj månad.

## 5.2 Undersökningsmetod

Metoden är tvärsnittsstudie vilket innebär att fenomenet studeras vid en tidpunkt. Studien uttalar sig inte om orsak-verkan faktorer, om otrygg anknytning orsakar störningen eller om störningen skadar anknytningen. För att besvara denna fråga behövs det mer omfattande longitudinella studier som följer deltagarna under en lång tid. Mer begränsade studier som denna kan undersöka om det finns samband mellan otrygg anknytning och adhd. På det sättet skapas bättre vetenskapligt underlag och grund för vidare hypoteser som senare kan prövas i longitudinella studier.

### 5.3 Datainsamlingsmetoder

Instrumentet som används i denna undersökning är Relationship Questionnaire (RQ). Det är översatt till svenska av Anders Broberg 1996 (se bil. 2). Instrumentet är normerat för svensk population av Anders Broberg, Göteborgs Universitet (Broberg, personlig kommunikation, 2012). Normerna är baserade på ett stort urval icke slumpmässigt utvalda friska män (N=523) och kvinnor (N=636) i åldern 30-50 år i Västra Götalandsregionen.

Från början är skalan utvecklad av Bartholomew and Horowitz (1991). Den innehåller 4 beskrivningar av olika sätt att relatera till andra människor. Individer klassificerar sig på en skala mellan Stämmer inte ens till Stämmer mycket bra. Dessa klassificeringar ges numeriska värden mellan 1 och 7.

Detta instrument är en vidareutveckling av skalan konstruerad av Hazan och Shaver (1987). Hazan och Shavers skala beskriver tre former av romantisk anknytning analoga till Ainsworths fördelning av olika anknytningsmönster. Det som talar för detta instrument är att det finns studier som visar samma procentuella fördelning av anknytningsmönster som i Ainsworths studier (Hazan and Shaver, 1987). En annan egenskap som tyder på god validitet är att metoden har visat en 70% stabilitet över fyra år (Kirpatrick och Hazan, 1994). Fördel med en kort självrapportskala är att antal deltagare kan vara större.

En studie visar att resultat samlade med hjälp av AAI (Adult Attachment Interview) och resultat samlade med hjälp av RQ (Relationships Questionnaire) inte är likvärdiga (Crowell, J. m. fl., 1999). I denna studie har enbart 42 % av undersökningsdeltagare som har klassificerats som otrygga enligt AAI klassificerat sig själva som otrygga i RQ. Dessa möjliga begränsningar motiverar en försiktighet vid tolkningen av studiens resultat. Eventuell bias skulle innebära att flera patienter klassificerar sig själva som trygga.

Bartholomew and Horowitz (1991) föreslår fyra kategorier som modell för indelning av anknytningsmönster hos vuxna. Frågorna täcker fyra dimensioner som baseras på individens modell för uppfattning om sig själv och andra. De fyra dimensionerna är:

- A. Dismissing (Otrygg/Undvikande/Avvisande)
- B. Secure (Trygg)
- C. Preoccupied (Otrygg/Ambivalent)
- D. Fearful (Otrygg/Undvikande/Rädd).

Den ursprungliga kategorin Otrygg/Undvikande har delats i två kategorier enligt författarnas modell (se bil. 2).

Kategorin Otrygg/Undvikande/Avvisande (A) beskriver individer som har positiv uppfattning om sig själva, men negativ uppfattning om andra. De lägger stor vikt

vid att känna sig oberoende av andra. De beskriver att de är tillfreds utan nära känslomässiga relationer.

Kategorin Trygg (B) beskriver individer som har positiv självuppfattning och positiv uppfattning om andra människor. De känner sig komfortabla med intimitet och med autonomi.

Kategorin Otrygg/Ambivalent (C) beskriver individer som har negativ självuppfattning och positiv uppfattning om andra människor. Dessa personer är extremt engagerade i relationer och idealiserar ofta andra. De önskar komma känslomässigt nära andra människor, men tycker att andra är ovilliga att komma nära dem.

Kategorin Otrygg/Undvikande/Rädd (D) beskriver individer som har negativ uppfattning om sig själva och negativ uppfattning om andra människor. De undviker närhet på grund av rädsla för att bli avvisade. De känner sig osäkra och har svårt att lita på andra.

## 5.4 Bearbetningsmetoder

Resultatet jämförs med procentuell fördelning av anknytningsmönster hos normalpopulation med utgångspunkt från tidigare studier. Det finns ingenting som tyder att det finns skillnader mellan svensk befolkning och befolkning i övriga västeuropeiska länder när det gäller procentuell fördelning av olika anknytningsstilar (Broberg, 2008). Som tidigare beskrivet finns trygg anknytning hos 55-65%, medan otrygg anknytning finns hos en tredjedel, mellan 25-35%. Undvikande anknytning förekommer hos 20-30% och ambivalent hos 5-15%.

Eftersom självskattningsskalan Relationships Questionnaire (RQ-SWE) är översatt och normerad på svensk population jämförs undersökningsgruppens resultat med dessa normer genom statistisk bearbetning av materialet.

Gruppen adhd jämförs med normerna genom att använda z-testet. Detta test används när populationens medelvärde och standardavvikelse är kända.

## 5.5 Genomförande

Ett alternativ som har övervägts är att söka individer som har fått adhd diagnos via uppgifter i journalföringsystemet. Ett annat alternativ som har bedömts som det mest fördelaktiga har varit att engagera personer som patienter kontinuerligt träffar i vården. Studieupplägget har presenterats till personer som träffar undersökningsdeltagarna och redan har kännedom om deras psykiatriska diagnos.

Enkäterna har ifyllts av patienterna i samband med ordinarie besök hos kontaktpersonerna. Ifyllda enkäter har lämnats till forskningsansvarig för vidare

resultatbearbetning. Insamling av enkäter har pågått till maj 2012. Under tiden har 25 personer tillfrågats. En person har valt att tacka nej utan att ange skäl.

## 6 Forskningsetiska frågeställningar

En viktig etisk reflektion under tematiseringen är om studien syftar till att förbättra den mänskliga situationen eller om syftet är att uppnå ett rent vetenskapligt värde. Frågeställningen i denna undersökning har vuxit fram utifrån forskarens kliniska erfarenheter och deras syfte är att bidra till att utveckla behandlingsformer som lämpar sig bäst för den enskilda individen.

Under planeringsfasen handlar den etiska reflektionen kring undersökningsdeltagarens rätt att få information om studien, ge sitt samtycke och få säkrad anonymitet. Informationen om detta har gets både muntligt och skriftligt i form av ett brev som både undersökningsdeltagare och forskare har skrivit under (se bil. 2). En annan viktig aspekt är de personliga konsekvenser undersökningen kan leda till.

Av anonymitetsskäl kan ingen information kopplas till hur en enskild deltagare har svarat. Resultatet har analyserats enbart på gruppnivå.

Undersökningsdeltagarna har kunnat välja att avbryta sin medverkan utan några som helst konsekvenser för fortsatt vård och behandling. Uppgifter om ansvarig forskare med kontaktuppgifter har delgetts i informationsbrevet.

Studiens metod och etiska överväganden har provats i forskningsetiska rådet, landstinget Kronoberg. I samband med detta har en egengranskningsblankett som berör frågor om möjliga personliga konsekvenser för deltagarna fyllts i och lämnats till forskningsetiska rådet för granskning och godkännande.

Beslut om projektets godkännande utifrån forskningsetisk synpunkt har inkommit 1012-01-18. Eftersom det inte finns någon koppling till journaldata har projektet godkänts utan provning i den regionala etikprövningsnämnden.

Beslutnummer 13/2011.

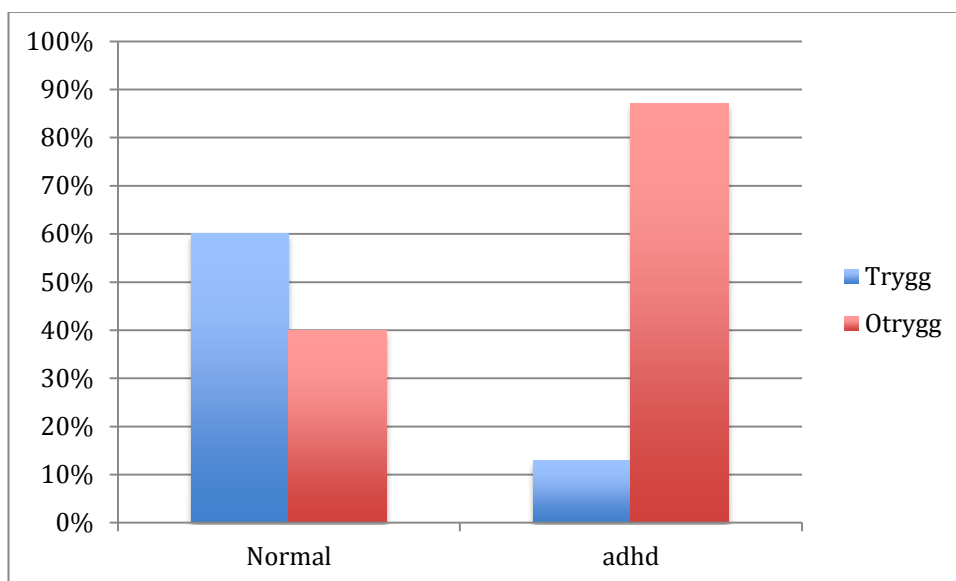
## 7 Resultat

Antal individer som tillfrågades att delta i undersökningen är 25. Av dessa är 20 kvinnor och 4 män. En person har valt att inte delta i undersökningen. Anledning till att antal kvinnor som deltar i undersökningen är större än antal män som deltar i undersökningen är att flera kvinnor har sökt kontakt med mottagningen under perioden mellan januari och maj 2012.

Kvinnor	A	B	C	D	
1	5	2	7	6	D
2	2	5	5	4	B
3	6	2	1	7	D
4	4	5	2	6	D
5	2	2	6	7	D
6	5	4	5	7	D
7	6	4	4	3	A
8	1	1	6	7	D
9	2	2	5	6	C
10	2	4	7	6	C
11	3	3	5	6	D
12	1	1	7	7	D
13	1	1	7	6	C
14	2	3	3	7	D
15	6	2	6	7	D
16	5	3	3	5	A
17	2	4	1	7	D
18	3	1	7	4	D
19	7	1	2	7	A
20	2	2	5	5	D
Män	A	B	C	D	
1	6	6	6	6	C
2	4	1	5	7	D
3	2	7	6	2	B
4	6	2	5	6	D

Jämförelse mellan trygg anknytningsstil och otrygga anknytningsstilar mellan normalpopulationen och gruppen adhd:

Av 24 deltagare har 3 klassificerat sig som trygga och 21 som otrygga. Av dessa har 3 klassificerat sig som undvikande, 4 som ambivalenta och 14 som rädda. I diagrammet ser vi procentuell fördelning av resultatet i förhållande till anknytningsstilar utifrån tidigare forskning:



Jämförelse med svenska normer har gjorts för gruppen Kvinnor eftersom det har varit för få män som har deltagit i undersökningen.

Nedan följer beskrivning av statistiskt tillvägagångssätt och resultat.

Vid användning av z - testet som lämpar sig för analys av stickprovets medelvärde i förhållande till normgruppen om normgruppens medelvärde och standardavvikelse är kända erhålls följande värden:

#### **A Otrygg/Undvikande/Avvisande:**

$H_0$  = Det finns ingen skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller undvikande/avvisande anknytning.

$H_1$  = Det finns skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller undvikande/avvisande anknytning.

$$\alpha = 0.05$$

Populationens medelvärde och standardavvikelse enligt svenska normer är:

$$\mu = 3.76; \sigma = 1.820;$$

Medelvärde för gruppen adhd är 3.22;

Antal individer är  $n = 20$ ;

$$Z = -1.00$$

Vid  $\alpha = 0.05$  är gränsvärdena  $-1.96$  och  $+1.96$ . Skillnaden är inte signifikant.  $H_0$  gäller. Det finns ingen skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller undvikande anknytningsmönster.

### **B Trygg:**

$H_0$  = Det finns ingen skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller trygg anknytning.

$H_1$  = Det finns skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller trygg anknytning.

$$\alpha = 0.05$$

Populationens medelvärde och standardavvikelse enligt svenska normer är:

$$\mu = 4.87; \sigma = 1.487;$$

Medelvärde för gruppen adhd är 2.60;

Antal individer är  $n = 20$ ;

$$Z = -6.88$$

Vid  $\alpha = 0.05$  är gränsvärdena  $-1.96$  och  $+1.96$ . Skillnaden är signifikant.  $H_0$  förkastas. Det finns skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller trygg anknytning. Förekomst av trygg anknytning är mindre i gruppen adhd.

### **C Ambivalent:**

$H_0$  = Det finns ingen skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller ambivalent anknytning.



$H_1$  = Det finns skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller ambivalent anknytning.

$$\alpha = 0.05$$

Populationens medelvärde och standardavvikelse enligt svenska normer är:

$$\mu = 2.83; \sigma = 1.559;$$

Medelvärde för gruppen adhd är 4.70;

Antal individer är  $n = 20$ ;

$$\mathbf{Z = 5.34}$$

Vid  $\alpha = 0.05$  är gränsvärdena  $-1.96$  och  $+1.96$ . Skillnaden är signifikant.  $H_0$  förkastas. Det finns skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller ambivalent anknytning. Förekomst av ambivalent anknytning är större i gruppen adhd.

#### **D Otrygg/Undvikande/Rädd:**

$H_0$  = Det finns ingen skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller undvikande/rädd anknytning.

$H_1$  = Det finns skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller undvikande/rädd anknytning.

$$\alpha = 0.05$$

Populationens medelvärde och standardavvikelse enligt svenska normer är:

$$\mu = 2.37; \sigma = 1.501;$$

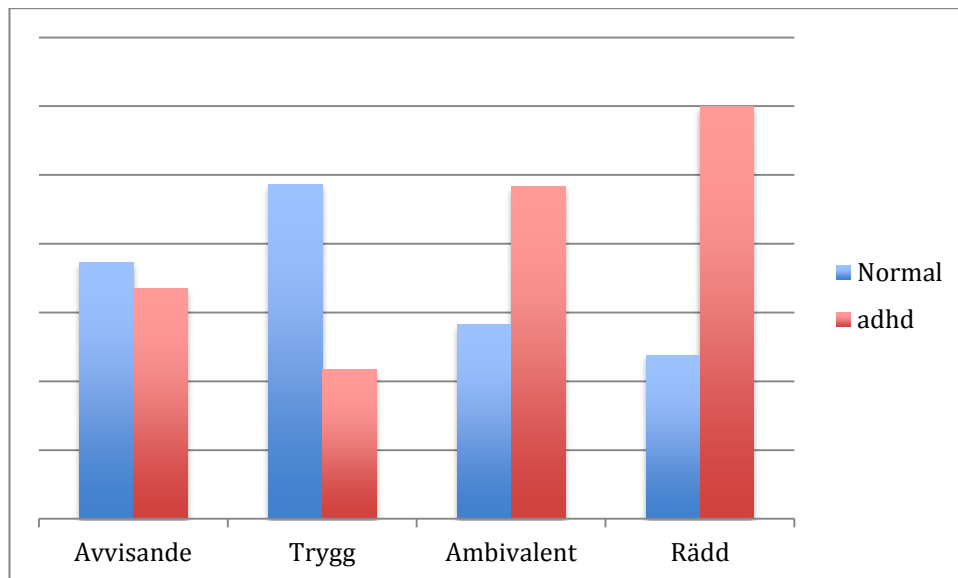
Medelvärde för gruppen adhd är 6.00;

Antal individer är  $n = 20$ ;

$$\mathbf{Z = 10.68}$$

Vid  $\alpha = 0.05$  är gränsvärdena  $-1.96$  och  $+1.96$ . Skillnaden är signifikant.  $H_0$  förkastas. Det finns skillnad mellan normalpopulationen och gruppen adhd när det gäller undvikande/rädd anknytning. Förekomst av rädd anknytning är högre i gruppen adhd.

Resultatet presenterad i form av ett diagram:



Resultatet pekar på att det inte finns skillnader mellan normgruppen och gruppen adhd när det gäller avvisande anknytning. Förekomst av trygg anknytning är betydligt mindre i gruppen adhd. Förekomst av ambivalent och rädd anknytning är betydligt högre i gruppen adhd. Det mest framträdande anknytningsmönster är otrygg/undvikande/rädd. Resultatet gäller enbart kvinnor.

## 8 Diskussion

Undersökningens resultat bekräftar utgångshypotes att adhd gruppen uppvisar högre värden på skalor som avser mäta otrygg anknytning i jämförelse med genomsnittliga värden. Förekomst av ambivalent och rädd anknytning är mycket högre i gruppen adhd, medan gruppen adhd inte skiljer sig från normalpopulationen när det gäller avvisande anknytning.

### 8.1 Metoddiskussion

Metod i denna undersökning är en självrapportskala. Den är avsedd att mäta anknytningsmönster hos vuxna utifrån deras egna svar. En svårighet med självrapportskalor är att den mäter det som är medvetet. Enligt Bowlbys (1994) teori är inre arbetsmodeller omedvetna. Utifrån detta skulle en mer adekvat metod vara anknytningsintervjuer (AAI) eftersom den metoden är utvecklad i syfte att mäta anknytningen direkt.

Fördel med självrapportskalan har varit att det har möjliggjort att större antal individer kan delta i undersökningen. Denna uppsats kan betraktas som en pilotstudie som kan föranleda en mer omfattande undersökning avseende anknytningsmönster och adhd eftersom resultatet tyder på möjligt samband mellan dessa aspekter.

En annan frågeställning när det gäller undersökningens metod är urvalets representativitet. Är gruppen representativ?

Undersökningens personer är individer som har kontakt med en vuxenpsykiatrisk klinik. Adhd utredningar är gjorda i vuxenåldern vilket försvårar diagnostiken. Avgörande kriterium för denna diagnos är att dessa svårigheter måste ha förekommit i förskoleålder. Uppgifterna bygger på retrospektiv barndomsanamnes som kan vara svår att få information om. Personer eller deras anhöriga som intervjuas i syfte att få uppgifter om barndomen kan medvetet eller omedvetet välja att inte avslöja all relevant information vilket i vissa fall kan leda till att svårigheter relaterade till adhd förväxlas med andra bakomliggande orsaker. Som tidigare beskrivet är en av slutsatserna i Conways (2011) studie att traumarelaterade reaktioner inte kan särskiljas från adhd symptom.

Det skulle vara bättre att ha ett urval av individer som har adhd, men inte någon sekundär problematik. Å andra sidan är det möjligt att dessa individer aldrig utreds och diagnosticeras eftersom trygg och strukturerad miljö leder till att det inte finns några svårigheter.

Ett exempel på detta kan nämnas från forskarens egen praktik. Det rör sig om en kvinna som är utredd för adhd. Hon har haft inlärningsproblem i skolan och upplevelse att hon är olik andra barn. Utredningsresultat pekade på betydlig uppmärksamhetsnedsättning, tendenser till överaktivitet och bristande uthållighet i testsituationen. Denna person har ett praktiskt yrke, klarar av att "hålla flera bollar i luften", trivs med sitt arbete och sitt sociala liv. Utredningen gav henne bättre förståelse för sig själv, men hon hade inget behov av medicinsk eller psykoterapeutisk behandling.

Det är omöjligt att överblicka hur stort antal individer som har en biologiskt predisponerad sårbarhet som lever ett liv utan några svårigheter tack vare tillräckligt bra miljö. Enligt Kooij (2012) behandlas enbart 2% av vuxna med adhd för sina svårigheter. Tre fjärdedelar utvecklar psykiatrisk problematik. Utifrån detta resonemang är slutsatsen att det är svårt att göra ett representativt urval av vuxna individer som troligen platsar i grupp adhd utan att ha utvecklat en sekundär problematik.

## 8.2 Resultatdiskussion

Det mest förekommande anknytningsmönster i gruppen adhd enligt RQ-SWE är Rädd anknytning. Individer som har denna typ anknytning väljer att beskriva sig själva som personer som känner obehag när de kommer nära andra. De vill ha nära känslomässiga relationer, men de tycker att det är svårt att lita på andra, eller att vara beroende av andra. De är rädda för att bli sårade och därför tillåter de inte sig själva att komma nära andra människor.

Denna beskrivning bygger på Bowlbys (1994) teoretiska modell som delar anknytningsbeteende i olika kolumner beroende på individens uppfattning om sig själv och andra. Genom empirisk forskning finner Bowlby och Ainsworth tre olika anknytningsstilar: Trygg, Undvikande och Ambivalent. Den första beskriver personer med positiv uppfattning om sig själv och andra. Den andra beskriver personer med positiv uppfattning om sig själv, men negativ uppfattning om andra. Den tredje beskriver personer med negativ uppfattning om sig själva, men positiv uppfattning av andra. Enligt Bartholomew and Horowitz (1991) saknas beskrivning av personer som har både negativ uppfattning av sig själva och negativ uppfattning av andra. De föreslår en fjärde anknytningsmönster som de kallar för Fearful.

Är undvikande/rädd anknytning samma som desorganiserad anknytning? Enligt Mains beskrivning av desorganiserad anknytning saknas förmåga att hitta hållbara strategier att hantera skrämmande situationer. Om individen saknar grundläggande tillit till en annan person eller sig själv (se ovanbeskriven kategori Fearful) saknas möjlighet att kunna organisera sitt beteende. Om Undvikande/rädd anknytning är samma som desorganiserad anknytning kan resultatet jämföras med normal förekomst av denna anknytning som är ca 15-25% enligt Hart & Schwartz (2010). Procentuell jämförelse ger stor skillnad eftersom resultatet när det gäller gruppen adhd är 61%.

En relevant fråga i samband med denna resultatfördelning är om detta utfall beror på adhd eller sekundär psykiatrisk problematik. Eftersom avgörande kriteriet för att kunna ställa diagnosen adhd är att svårigheterna har funnits under den tidiga barndomen är det rimligt att anta att adhd ligger som en biologisk sårbarhet i grunden innan uppkomst av psykiatriska symptom. Det är i så fall rimligt att anta att resultatet beror på sambandet mellan adhd och tidig anknytning.

Utveckling av sekundära symptom verkar ha skett genom samverkan mellan biologisk sårbarhet och det tidiga samspelet. Detta ligger i linje med Sundström och Löf (2011) som lyfter fram betydelsen av tidig affektiv föräldrakommunikation med barnet för uppkomst av svårigheter kopplade till adhd. Bristande affektiv intoning i kombination med medfött genetiskt anlag för adhd skapar ökade svårigheter att reglera affekter. Detta i sin tur leder till ökad förekomst av psykiatriska symptom.

Detta är i enighet med tidigare forskning av Clarke m. fl. (2002) som har funnit att barn med adhd oftare har en otrygg anknytning och Pinto m.fl. (2006) som har funnit samband mellan desorganiserad anknytning och adhd. Å andra sidan har Sroufe m. fl. (2005) inte funnit belägg att otrygg anknytning räknas till de psykosociala missförhållanden som kan kopplas till utveckling av adhd. Orsak-verkan faktorer och dess samspel behöver belysas ytterligare genom framtida forskning. Flera studier påvisar att det finns ett samband mellan adhd och otrygg anknytning.

Nyare forskning i neurologi och neuropsykologi belyser hur neuronal tillväxt och utveckling av specifika hjärnstrukturer sker efter födelsen och att adekvat social stimulering d.v.s. anknytning är nödvändig förutsättning för denna mognad (Schore, 2000, 2003). Diskussionen om orsak-verkan faktorer liknar ett tusenårigt filosofiskt dilemma om vad som kom först, hönan eller ägget!?

På det sättet är det rimligt att anta att Ljungbergs (2008) förslag om att använda sårbarhet-stress förklaringsmodell är den mest adekvata förklaring. Det neuropsykiatriska paradigmet som styr val av adekvata behandlingsmetoder är fortfarande det mest dominerande. Därför är det viktigt att lyfta fram och utveckla vidare forskning avseende adhd och tidigt socialt samspel samt att bidra till utveckling och tillämpning av psykoterapeutiska metoder som bygger på anknytningsteori för personer med adhd.

Det är fler kvinnor än män som deltar i denna undersökning. Anledningen är att flera kvinnor har sökt till mottagningen. Vad beror denna skillnad på? En förklaring kan vara att kvinnor möjligen utreds och diagnosticeras i högre grad i vuxenåldern. Som Kooij (2012) beskriver uppvisar flickor med adhd inte samma beteende som pojkar. De är mindre aktiva, deras uppmärksamhetsproblem döljs bakom foglighet som ofta förknippas med hur flickor beter sig. Forskaren har vid ett antal tillfällen hört uttryck ”Jag har pratat mig till bättre betyg”. Uppmärksamhetsbrister döljs eller kompenseras ibland med andra intellektuella förmågor vilket leder till att svårigheterna inte märks. I takt med stigande ålder ökar även utbildningskrav och krav på organisering av beteendet som planering i olika steg, måluppskjutning m.m. Bakomliggande svårigheter yttrar sig ibland först när kraven ökar. En annan förklaring till att andel män och kvinnor i denna studie är så olika kan vara att kvinnor utvecklar mer psykiatriska symptom medan män utvecklar missbruk och antisocialt beteende.

### 8.3 Förslag till fortsatt forskning

Samspel mellan biologisk sårbarhet och tidig miljö är belyst utifrån en neurologiskt, neuropsykologiskt och neuropsykoanalytiskt perspektiv. Samtidigt fortsätter det neuropsykiatriska perspektivet att vara det som dominerar när det gäller syn och behandling av adhd. Därför är det viktigt med fortsatt forskning och utveckling på området.

Det skulle vara intressant att använda AAI i stället för RQ när man utarbetar en studiedesign i syfte att fånga omedvetna aspekter i individens sätt att relatera till andra människor. Ett annat förslag är att göra mer omfattande studier med större antal individer.

Att vidare undersöka skillnader mellan män och kvinnor när det gäller anknytning och adhd skulle vara intressant.

En kompletterande forskning som bygger på kliniska fallobservationer som mer djupt och detaljerat studerar detta komplexa samspel skulle vara intressant att utveckla med hjälp av flera fallstudier.

## Referensförteckning

- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 6, No. 2, s. 226-244.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Broberg, A. (2008). *Anknytning i praktiken – Tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, C., Johnson, S., Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7.2. s. 179-198.
- Conway, F., Oster, M. Szymanski, K. (2011). ADHD and complex trauma: A descriptive study of hospitalized children in an urban psychiatric hospital. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy* 10. 1, s. 60-72.
- Crowell, J. A., Treboux, D. Waters, E. (1999) The Adult Attachment Interview and the Relationship Questionnaire: Relations to reports of mothers and partners. *Personal Relationships*, Vol. 6, s. 1-18.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2010). *Från interaktion till relation*. Liber AB: Stockholm.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, s. 511-524.
- Gillberg, C. (1996). *Ett barn i varje klass*. Cura: Stockholm.
- Kirpatrick, L. A. & Hazan, C. (1994) Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1.2. s. 123-142.
- Kooij, S. (2012). Som ett fordon utan bromsar. *Svensk Neuropsykologi*, 1. s. 4-6.
- Leuzinger-Bohleber, M. (Ed), Canestri, J. (Ed.), Target, M. (Ed). (2010). *Early Development and it's Disturbances: Clinical, Conceptual and Empirical Research on ADHD and other Psychopathologies and its Epistemological Reflections*. London: Karnac Books.
- Lions-Ryth, K. & Jacobvitz, D. (2008) Attachment disorganisation. I *handbook of attachment*, red. Cassidy, J., Shaver, P.R. The Guildford Press: New York.
- Ljungberg, T. (2008) *AD/HD i nytt ljus*. Nyköping: Exiris.

Mccooy, D.(2004). The relationship between adult ADHD and romantic attachment style. ProQuest Information and Learning.

Pinto, C., Turton, P., Hughes, P., White, S., Gillberg, C. (2006). ADHD and infant disorganized attachment: A prospective study of children next-born after stillbirth. *Journal of Attention Disorders*, 10.1, s. 83-91.

Salomonsson, B. (2004). Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children. *International Journal of Psycho-Analysis*, 85, s.117-135.

Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and human development*, Vol 2, s. 23-47.

Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and disorder of the self*. New York: Norton

Sroufle, A., Egeland, B., Carlson, E. A. & Collins W. A. (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.

Sundström, N. & Löf, J. (2011). Adhd och otrygg anknytning förstärker varandra. *Psykologtidningen*, 3/2011. S. 30-32.

Wenneberg, T. (2008). När den livsviktiga anknytningen inte fungerar. *Psykologtidningen*, 9/2008. s. 4-8.



## Bilaga 1



Vuxenpsykiatriska kliniken

2011-11-14

Psykoterapienheten, Tanja Onescuk

Hej!

Vill du att delta i en studie vars syfte är att undersöka samband mellan adhd och olika sätt att relatera till andra människor?

Personer som deltar i undersökningen har fått en adhd diagnos och du tillfrågas via din kontakt i vården som har kännedom om detta. Deltagandet innebär att du vid ett tillfälle fyller i ett formulär som beskriver hur du anser att du fungerar i relationer med andra. Du fyller i formuläret i samband med besök hos din behandlare.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan några konsekvenser för din fortsatta vård.

Alla uppgifter som samlas in kommer att redovisas så att det blir omöjligt att identifiera hur någon enskild person har svarat.

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats.

Om du har några frågor är du välkommen att kontakta:

Tanja Onescuk

Leg. psykolog

Psykoterapienheten

Tel 0470/ 58 71 29

**Jag väljer att delta i ovan beskriven undersökning**

Undersökningsdeltagare:

\_\_\_\_\_

Ort och datum

\_\_\_\_\_

Namnsteckning

Projektledare:

\_\_\_\_\_

Ort och datum

\_\_\_\_\_

Namnsteckning

## OLIKA SÄTT ATT RELATERA TILL ANDRA MÄNNISKOR

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

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

Stämmer inte alls stämmer mycket bra

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

Stämmer inte alls stämmer mycket bra

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

Stämmer inte alls stämmer mycket bra

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

Stämmer inte alls stämmer mycket bra

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

A                      B                      C                      D