

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Upplevd anknytning hos barn och ungdomar  
– en jämförande studie mellan klinisk grupp och  
normalgrupp**

Johan Möller och Niklas Pilman

Examensarbete 30 hp  
Psykologprogrammet  
Vårterminen 2010

Handledare: Anders Broberg

## **Förord**

Vi vill först och främst tacka alla barn och ungdomar som deltagit i vår studie. Vi vill även rikta ett stort tack till alla de behandlare inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som tog sig tid att samla in data till vår studie. Likaså vill vi tacka alla de rektorer och lärare på de skolor som medverkat i studien. Slutligen vill vi även tacka vår handledare Anders Broberg för all den tid och kunskap han delat med sig av.

Utan er alla skulle följande studie inte varit möjlig att genomföra.

# **Upplevd anknytning hos barn och ungdomar – en jämförande studie mellan klinisk grupp och normalgrupp**

Johan Möller och Niklas Pilman

I studien har barn och ungdomars anknytning till sina föräldrar undersökts med hjälp av Trygghetsskalan; ett frågeformulär som mäter den upplevda anknytningen hos barn i åldern 9-14 år. Data har samlats in från barn som har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (klinisk grupp) och från skolbarn i årskurserna 3, 5 och 7 (normalgrupp). Huvudsyftena med studien har varit att normera Trygghetsskalan efter svenska förhållanden, samt att jämföra normalgruppen med den kliniska gruppen. Studien visar att äldre barn upplever en lägre grad av anknytningstrygghet än yngre barn samt att den upplevda anknytningstryggheten är lägre till pappor än till mammor. Studien visar dessutom på ett lägre medelvärde för den kliniska gruppen jämfört med normalgruppen, vilket talar för att otrygg anknytning kan vara en riskfaktor vid utvecklandet av psykisk ohälsa.

Anknytningssystemet är en evolutionär vidareutveckling av de primitiva försvarssystem som har utvecklats för att skydda organismen från yttre hot. Försvarssystemet fungerar som så att när en organism kommer i närheten av ett objekt som under artens evolution utgjort en fara, t ex. ett rovdjur, drar det sig undan. Medan objekt som däremot förknippats med nytta, t ex. föda och skydd, aktiverar ett närmande. Detta kräver ingen medveten kunskap utan har under evolutionen utvecklats till en automatisk funktion. För djurungar innebär detta att de närmar sig de omvårdande objekt som under evolutionen varit till nytta, samtidigt som de undviker de objekt som varit förknippade med fara (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006).

Det samma gäller för människobarn vars anknytningssystem aktiveras av både inre faktorer, såsom smärta, rädsla, hunger och utmattning; och av yttre faktorer och då främst när barnet separeras från föräldrarna (anknytningspersonerna), men även av t.ex. främmande personer, främmande situationer och mörker. Anknytningssystemets ändamål är att uppnå fysisk närhet till anknytningspersonerna, vilket förutsätter att det finns ett omsorgssystem hos anknytningspersonerna som aktiveras av barnets anknytningsbeteende. Det är i detta samspel mellan olika typer av anknytnings- och omsorgssystem som olika anknytningsstilar utvecklas (Broberg m.fl., 2006).

Alla barn knyter an till sina anknytningspersoner så länge de finns tillgängliga oavsett om dessa personer kan erbjuda tillfredställande omsorg eller ej. De barn som får möjlighet att utveckla en relation till sina anknytningspersoner där de använder dessa som en trygg bas för utforskande och som en säker hamn vid påfrestningar betecknas ha en trygg anknytning. Barn som inte får möjlighet att skapa en trygg anknytning, dvs. som saknar en trygg bas/säker hamn, utvecklar istället en otrygg anknytning med vilken barnet upprätthåller en relation till sina anknytningspersoner (Kerns & Seibert, 2010).

Otrygg anknytning hos barn har visat sig vara en riskfaktor vid utvecklandet av psykisk ohälsa, framförallt vid beteendestörningar och depression (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008; Deklyen & Greenberg, 2008). Det har även

visat sig att otrygg anknytning är associerad med sämre självkontroll, sämre skolprestationer och sämre kamratrelationer än vid trygg anknytning (Broberg m.fl., 2008; Kerns, 2008). Detta gör anknytningsforskningen till en betydelsefull del i hur vi kan förstå och behandla psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.

Anknytning under den tidiga barndomen har länge varit ett väl utforskat område, vilket även gäller för anknytning under adolescensen<sup>1</sup> och i vuxen ålder. Däremot har anknytningsforskningen, så väl som den utvecklingspsykologiska forskningen i stort, generella brister när det gäller barn och ungdomar mellan åtta och fjorton år, den så kallade mellanbarndomen (Broberg m.fl., 2008) Denna brist har blivit allt mer uppmärksammas under de senare åren och forskningen har tagit fart (Kerns & Seibert, 2010). Som exempel kan nämnas att det i den omfattande *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (Cassidy & Shaver, 2008) finns ett kapitel om anknytning i mellanbarndomen medan detta helt saknades i utgåvan från 1999. Kapitlet är dock relativt tunt vilket illustrerar behovet av forskning på området. Bland annat finns det luckor i kunskapen kring hur anknytning är relaterat till emotionell utveckling och självbild och hur anknytningssystemet förändras under mellanbarndomen. Det finns numera en mängd instrument för att mäta anknytning i mellanbarndomen men de har alla bristande vetenskapligt stöd, bl.a. i fråga om validering och en tydlig definition av vad instrumentet avses mäta. En ytterligare brist är att man inom forskningen främst fokuserat på barns anknytning till sina mammor medan det till stor del saknas forskning om betydelsen av barns anknytning till sina pappor och syskon (Kerns, 2008; Broberg m.fl., 2008).

När det gäller att beskriva psykisk ohälsa har många kliniska teorier bytt perspektiv från att tidigare ha fokuserat på den enskilda individen till att alltmer betrakta individen i relation till andra (Broberg m.fl., 2008). Med sin grund i empiriska studier och sitt fokus på barnets medfödda motivation att skapa relationer med sina vårdtagare har anknytningsteorin spelat en avgörande roll i detta sammanhang. Från att tidigare mest ha intresserat forskare inom utvecklingspsykologi har anknytningsteorin nu plockats upp av bl.a. kliniskt verksamma psykologer. Nya behandlingsformer har utvecklats och redan existerande psykoterapier har inorporerat kunskap från anknytningsteorin. En stor del av denna attitydförändring beror på ett ökat behov bland kliniker av metoder som är vetenskapligt acceptabla och samtidigt kliniskt relevanta (Broberg m.fl., 2008). Detta gäller även inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP), där de flesta klienter befinner sig i mellanbarndomen, dvs. åldersgruppen 8-14 år. Det finns således ett stort behov av anknytningsforskning och då framförallt på barn och ungdomar i mellanbarndomen.

Syftet med vår studie är att undersöka barn och ungdomars anknytning dels i en normalgrupp bestående av skolbarn i mellanbarndomen, dels i en klinisk grupp bestående av barn i samma ålder som har kontakt BUP. Vi har även för avsikt att jämföra de båda grupperna med varandra för att se om det föreligger någon skillnad med avseende på anknytning. Det finns olika sätt att mäta anknytning hos barn och ungdomar i mellanbarndomen. Frågeformulär och intervjuer är de vanligaste. Intervjuer ger en djupare förståelse av anknytningssystemet men är samtidigt relativt omfattande och tidskrävande vilket försvårar användandet i den kliniska vardagen för behandlaren.

---

<sup>1</sup> Vi använder den engelskspråkiga definitionen av adolescens där begreppet betecknar perioden mellan barndom och vuxenåldern, dvs. ungefär mellan 13-20 år. Puberteten brukar betraktas som början på adolescensen vilket innebär att det finns både könsskillnader och individuella skillnader för inträde i denna period (Egidius, 2002).

Vad det gäller frågeformulär är de enklare att administrera, men har en högre risk att svaren påverkas av social önskvärdhet och andra faktorer som inte är relaterade till anknytningen (Broberg m.fl., 2008) Det är dessutom så att det saknas mätinstrument som är normerade efter svenska förhållanden (A. Broberg, personlig kommunikation, 24 mars, 2009). Som ett led i detta har vi därför valt att undersöka barn och ungdomars anknytning med hjälp av frågeformuläret Trygghetsskalan (se bilaga 1), dels för att skapa svenska normeringsdata, dels för att frågeformuläret är enkelt att administrera och därför skulle kunna användas av behandlare ute på mottagningarna. Trygghetsskalan är översatt till svenska av Anders Broberg (2002) från den amerikanska förlagan *Attachment Security Scale* av Kerns, Klepac och Cole (1996). Formuläret är konstruerat för att fånga in barn och ungdomars (9-14 år) upplevda anknytningstrygghet till sina primära anknytningspersoner, både mamma och pappa (Kerns m.fl., 1996).

Målsättningen med studien är dels att bidra med anknytningsforskning och då främst inom mellanbarndomen, dels att tillhandahålla ett användarvänligt frågeformulär med svensk normering. Vår förhoppning är att behandlare som arbetar med barn och ungdomar med psykisk ohälsa ska kunna ha användning av frågeformuläret som underlag för fortsatta samtal och som hjälp vid bedömning och åtgärder.

Uppsatsen inleds med en presentation av anknytningsteorin, först kort om dess uppkomst och bakgrund, därefter centrala begrepp och anknytningsteoretiska perspektiv på psykopatologi. Sedan följer en mer specifik beskrivning av anknytning i mellanbarndomen och forskning med hjälp av Trygghetsskalan. Därefter beskrivs studiens syfte, frågeställningar och metod. I metodavsnittet redogörs för undersökningsgrupper, tillvägagångssätt, instrument och statistisk analys. I resultatavsnittet besvarar vi våra frågeställningar för att slutligen tolka och utvärdera dessa i diskussionsavsnittet.

## Teoretisk bakgrund

Anknytningsteorin förklarar den process som resulterar i psykologiska band mellan barn och deras primära vårdnadshavare, så kallade anknytningsrelationer. Teorin beskriver hur dessa anknytningsrelationer utvecklas till mentala representationer, s.k. inre arbetsmodeller, som barnet har av sig själv och viktiga närstående och hur samspelet dem emellan ser ut. De inre arbetsmodellerna kan ta sig olika uttryck och har definierats som olika former av anknytningsmönster, vilka har visat sig ha en betydande inverkan på individens fortsatta utveckling.

Barnets beteende styrs av två kompletterande system; å ena sidan behovet av närhet, beskydd och omsorg; å andra sidan nyfikenheten, det vill säga behovet av att utforska världen och att lära sig mer om den. I det optimala fallet fungerar föräldern som en trygg bas och en säker hamn där barnet får båda behoven tillgodosedda. Barnet betecknas då ha en trygg anknytning, medan de barn som inte har kunnat upprätta denna relation till sin förälder anses ha en otrygg anknytning (Broberg m.fl., 2006).

Anknytningsteorin inriktade sig ursprungligen på relationen mellan spädbarnet och dess närmsta vårdare men omfattar numera människans hela livsspann (Broberg, 1996).

## *Anknytningsteorins historia och uppkomst*

Läkaren John Bowlby (1907-1990) som lade grunden för anknytningsteorin var psykoanalytiker och utgick från psykoanalytisk teori när han formulerade sina idéer, samtidigt som han ansåg att stora delar av den psykoanalytiska metateorin var föråldrad. I sitt arbete med anknytningsteorin vände han sig därför till en mängd representanter från andra ämnen, såsom evolutionsbiologi, psykiatri, kognitiv psykologi, sociologi och socialantropologi. Bowlby var under hela sitt liv både besviken och förvånad över att hans teorier som hade sitt ursprung i barnklinisk erfarenhet mottogs av utvecklingspsykologiska forskare men inte av de psykologer som arbetade med barn. Det var först efter Bowlbys död i början av 1990-talet som anknytningsteorin accepterades inom socialpsykologin och den kliniska psykologin och den anses nu vara en av de viktigaste teorierna om hur människan förhåller sig till närhet och omsorg å ena sidan och självständighet och utforskande å andra sidan (Broberg m.fl., 2008).

En annan person som haft stor betydelse för anknytningsteorins utveckling är psykologen Mary Ainsworth (1913-1999). Hon gav anknytningsteorin den empiriska grund som den behövde (Broberg m.fl., 2008). Bland annat arbetade hon med naturalistiska studier av barns anknytning till sina föräldrar i Uganda och USA och utvecklade Främmandesituationen (Strange Situation). Metoden går ut på att observera hur barn i åldern 12-24 månader använder sin förälder som en trygg bas. Utifrån barnets beteende vid separationen och vid återföreningen med föräldern kategoriseras olika anknytningsmönster. Arbetet med Främmandesituationen fick stor betydelse för den kommande teoriutvecklingen och Ainsworth kom att etablera anknytningsteorin som bas för empirisk utvecklingspsykologisk forskning framförallt i USA (Broberg, 1996).

Under de senaste decennierna har en mängd forskare bidragit med kunskap kring anknytningens betydelse för såväl vuxnas kärleksrelationer och föräldraförmåga som psykopatologi och psykoterapeutisk behandling (Broberg m.fl., 2008).

## *Den evolutionsbiologiska grunden*

Anknytningsteorin betraktar människan utifrån ett evolutionsperspektiv. Man tänker sig att människobarnets överlevnad alltid varit beroende av närheten till en vuxen och att hon därför under evolutionens gång utvecklat ett beteendesystem vars funktion är att främja närhet till den huvudsakliga vårdaren, framförallt i situationer av fara.

Enligt teorin har barnets överlevnad under människans utveckling berott på (1) dess *anknytningsbeteende*, dvs. barnets förmåga att på olika sätt locka till sig beskyddande vuxna; (2) dess *anknytningssystem*, dvs. barnets samordning av enskilda anknytningsbeteenden för att skapa och bibehålla närhet till föräldern; samt (3) dess utforskning av omvärlden under säkra förhållanden. Dessutom har det varit en förutsättning att föräldern (eller andra primära omvårdnadspersoner) har tillgång till (4) *omvårdnadsbeteenden* och (5) *omvårdnadssystem*, dvs. hur föräldern besvarar barnets anknytningsbeteenden och anknytningssystem (Broberg m.fl., 2006).

I detta sammanhang är det värt att betona att man inom teorin skiljer mellan anknytningsbeteende och anknytning; till det förstnämnda räknas de beteenden som har att göra med att söka närhet och trygghet framförallt vid fara, till det sistnämnda räknas det känslomässiga band som skapas till omvårdnadspersonen (Broberg m.fl., 2006).

Människobarnet har alltså under oerhört lång tid utvecklat en biologisk disposition för att knyta an och skapa relationer med beskyddande vuxna.

### *Trygg bas och säker hamn*

Trygg bas är det mest centrala begreppet inom anknytningsteorin (Broberg, 1996; Kerns & Seibert, 2010). Med trygg bas menas att föräldrarna uppfattas som en trygg tillflykt, en bas från vilken barnet kan utforska världen, övertygad om att bli välkommen när det finns behov av fysisk och emotionell närhet, tröst och trygghet (Bowlby, 2006). Frågeformuläret Trygghetsskalan – instrumentet som används i denna studie – mäter just gradskillnader av hur barnet upplever sina föräldrar som en trygg bas (Kerns m.fl., 1996).

Om kriterierna för en trygg bas uppfylls vågar barnet riskera osäkerheten att utsätta sig för nya situationer därför att det skapat en inre visshet om att det kan återvända till basen när någonting blir för hotfullt. När barnet vet att föräldern finns till hands, för att exempelvis vara till hjälp eller att uppmuntra, väcks nyfikenhet till att utforska världen vilket bidrar till att barnet utvecklar sin kompetens och sina jagfunktioner. Trygg bas och säker hamn är således två sidor av samma mynt; en trygg bas uppfyller barnets behov av närhet och beskydd vilket i sin tur väcker nyfikenhet för utforskande; en säker hamn uppfyller behovet av att kunna återvända till föräldrarna om någonting skrämmande inträffar (Karlsson, 2010). Individens föreställning om att det finns tillgång till en trygg bas som man kan utgå ifrån och återvända till har samma funktion både hos barn och hos vuxna (Broberg, 1996).

Om barnets relation till föräldern istället utmärks av otrygghet påverkas förmågan av att undersöka världen på ett negativt sätt. När barnet inte är säkert på att föräldern finns till hands när det behövs kommer barnet antingen att ängsligt klänga sig fast vid föräldern eller bete sig som om föräldern inte behövs (Broberg, 1996).

### *Inre arbetsmodeller*

Anknytningssystemet består inte bara av beteendemönster utan innefattar även mentala representationer. Dessa mentala representationer eller inre arbetsmodeller formas av de erfarenheter som barnet har tillsammans med anknytningspersonerna och utgör en modell för hur barnet tolkar och upplever nära relationer. De inre arbetsmodellerna påverkar även hur barnet tar in ny information om sig själv och andra och bidrar på så sätt till att anknytningsmönster (arbetsmodeller och beteenden) består över tid (Kerns & Seibert, 2010). Vid en trygg anknytning byggs inre arbetsmodeller upp som ökar barnets känsla av värde och tilltro till sig själv och andra (Karlsson, 2010). Dessa fungerar som mentala friskfaktorer till skillnad från inre arbetsmodeller formade av en otrygg anknytning som istället utgör riskfaktorer för psykisk ohälsa. Ju äldre barnet blir desto fastare blir dessa mentala representationer som efter hand ”präntas in” i barnets hjärna och på det sättet blir till en viktig del i personlighetsutvecklingen och får betydelse för individen under hela hennes liv (Broberg m.fl., 2006).

Anknytningssystemet består av både medvetna och omedvetna inre arbetsmodeller. I en del fall överensstämmer inte dessa med varandra vilket kan skapa

en emotionell och kognitiv dissonans. Ett barn vars anknytningspersoner har besvarat anknytningsbeteendet på inadekvat sätt (t.ex. ignorerat eller bestraffat barnet) kan som ett försvar stänga ute sådan information. Det kan innebära att barnet utesluter smärtsamma erfarenheter ("mamma blir arg när jag gråter") och medvetet bara kommer ihåg vad anknytningspersonen brukade säga ("mamma älskar mig"). På så sätt segregeras motsägelsefull information i minnet. En individ vars anknytningsperson varit t.ex. bestraffande eller otillgänglig kan därför ha en mängd omedvetna procedurminnen ("så här ska jag göra för att inte bli avvisad av mamma") som avspeglar den vuxnes otillgänglighet, och samtidigt en mängd medvetna semantiska minnen ("jag vet att mamma älskade mig") som betyder motsatsen. Konsekvensen blir att barnet och senare den vuxne bär på motstridiga uppsättningar av inre arbetsmodeller av sig själv och sina anknytningspersoner. Man bör samtidigt komma ihåg att även motstridiga arbetsmodeller ger trygghet i bemärkelsen att de är de bästa möjliga som barnet har att tillgå i kompromissen mellan barnets behov och anknytningspersonernas möjlighet eller intresse av att tillgodose dessa behov. Genom att barnet utesluter hotande information, t.ex. att anknytningspersonen är bestraffande, kan det behålla känslan av att vara älskad och ha ett värde (Broberg m.fl., 2006).

### *Anknytningsmönster*

De barn som har kunnat utveckla en relation till sina anknytningspersoner där de använder dessa som en trygg bas för utforskande och som en säker hamn vid påfrestningar betecknas ha en trygg anknytning. Barn som inte kunnat skapa en trygg anknytning, dvs. som saknar en trygg bas/säker hamn, utvecklar istället en mer eller mindre otrygg anknytning med vilken barnet upprätthåller en relation till anknytningspersonen. Denna relation kännetecknas då istället av ett antingen undvikande, ambivalent eller desorganiserat förhållande till anknytningspersonerna (Kerns & Seibert, 2010). Det är viktigt att komma ihåg att anknytningsrelationen är ett resultat av samspelet mellan föräldrar och barn, där en del barn är svårare än andra att bemöta och "läsa av" vilket innebär att dessa föräldrar måste anstränga sig mer för att kunna ge en adekvat omsorg (Broberg m.fl., 2008).

Enligt internationell forskning framkommer följande fördelning mellan olika anknytningsmönster inom normalfamiljer i västvärlden: trygg anknytning 60-70 % otrygg undvikande anknytning 15-30 %, otrygg ambivalent anknytning 10-20 % och otrygg desorganiserad anknytning mindre än 5 % (Broberg, 1996).

*Trygg anknytning.* Barnet använder föräldern som en trygg bas för att utforska omgivningen. Om en fara hotar tar anknytningsbehovet genast över och barnet söker sig till basen, som då får funktionen säker hamn. Barnet får tröst och hjälp hos föräldern och bygger upp en visshet om att det får beskydd vid behov. Föräldrarnas omvårdnadssystem är en förutsättning för detta, vilket innebär att föräldern finns där och känner av barnets behov och är känslig för dess signaler och flexibel i samspelet med barnet (Hwang & Frisén, 2005).

För en del barn har en tillfredställande anknytning inte tagit form eftersom dessa barn inte kunnat använda sina föräldrar som en trygg bas. Otrygga anknytningsmönster kan ta sig olika uttryck, vilka beskrivs nedan.

*Otrygg undvikande anknytning.* Barnet uppvisar inte något behov av att använda föräldrarna som en trygg bas. Föräldrar till dessa barn är inte tillräckligt lyhörda för barnets signaler och visar ofta att de inte tycker om barnets krävande omsorgsbehov. Likaså brukar de sällan uttrycka uppskattning gentemot barnet och det förekommer relativt sällan kroppskontakt. Dessa barn undviker ofta föräldern i stressande situationer eftersom de inte räknar med att få tröst eller beskydd (Hwang & Frisé, 2005).

*Otrygg ambivalent anknytning.* Barn med detta anknytningsmönster är inte konsekventa i kontakten med föräldrarna; de både söker och avvisar kontakt med föräldrarna. Dessa barn tycks även ha föräldrar som är mindre känsliga för signaler från barnet. Föräldrarna beter sig på ett sätt som uppfattas som ”oförutsägbart lyhört”, vilket gör att barnet får svårt att läsa av föräldern och vet inte vad det kan förvänta sig i en hotande situation. Barnet är utelämnat åt föräldrarnas godtycke och lär sig att det inte kan påverka samspelet (Hwang & Frisé, 2005).

*Otrygg desorganiserad anknytning.* Anknytningsmönstret domineras här av en rädsla för föräldern. Föräldrar med svåra och obearbetade upplevelser, som till exempel trauman och personliga förluster, tycks i högre grad felaktigt tolka barnets signaler och reagerar oftare på signalerna med aggressivitet eller rädsla. Föräldrarnas beteende blir både obegripligt och skrämmande för barnet. Anknytningsmönstret gör att barnet söker sig till föräldern samtidigt som barnets osäkerhet och rädsla ökar i takt med att föräldern närmar sig. Det är sådana här omöjliga konfliktsituationer som kan utvecklas till en desorganiserad anknytning (Hwang & Frisé, 2005).

Under barnets tidiga utveckling formas olika anknytningsmönster till olika anknytningspersoner, t.ex. trygg anknytning till den ena föräldern och otrygg undvikande till den andra, beroende på hur deras relation ser ut. Man kan här tala om en anknytning som är till stora delar relationsbunden. Senare under barnets utveckling, framförallt i slutet av mellanbarndomen och början av adolescensen, blir dessa anknytningsmönster mer generella och utvecklas till en del av individens personlighet. Den tidigare mer specifika anknytningsmönstret till föräldrarna ersätts dock inte av den mer generella utan dessa två antas leva sida vis sida. Anknytningsmönster kan således förstås som både kvaliteten i en specifik relation och en mer generell upplevelse av nära relationer (Kerns & Seibert, 2010).

### *Anknytning och psykopatologi*

Föreställningen att sociala relationer påverkar och påverkas av psykopatologi är numera grundläggande för de flesta utvecklingsteorier. Denna föreställning är givetvis central även inom anknytningsteorin där framförallt tidiga och nära relationer ses som betydelsefulla för psykisk hälsa (DeKlyen & Greenberg, 2008). Det finns numera mängder av empiriska bevis för att trygg anknytning under den tidiga barndomen har ett samband med social förmåga, effektiv emotionell reglering och följsamhet i relationen med föräldrarna. Likaså har otrygg anknytning visat sig vara relaterat till förhöjd ilska, dåliga kamratrelationer och sämre självkontroll. Framförallt oförmågan att reglera sitt beteende och sina emotioner, såsom ilska, ångest och ledsamhet, har visat sig vara

betydelsefullt i olika former av psykopatologier (Deklyen & Greenberg, 2008). I linje med detta har otrygg anknytning hos barn visat sig vara en riskfaktor vid utvecklandet av psykopatologi, framförallt vid beteendestörningar och depression (Broberg m.fl., 2008; Deklyen & Greenberg, 2008). Vid en jämförelse av anknytningen hos barn från en klinisk grupp med barn från en normalgrupp har man kunnat se att förekomsten av otrygg anknytning är vanligare i den kliniska gruppen (Kerns, 2008). Den typ av otrygg anknytning som visat sig utgöra störst riskfaktor är den desorganiserade. I flera studier har samband mellan desorganiserad anknytning och psykisk ohälsa kunnat påvisas, framförallt beteendestörningar och dissociation (Deklyen & Greenberg, 2008).

Detta ska inte förstås som att otrygg anknytning nödvändigtvis orsakar psykopatologi utan att otrygg anknytning utgör en faktor tillsammans med en mängd andra riskfaktorer som tillsammans kan orsaka psykopatologi. Orsakssambandet kan dessutom vara det omvända, dvs. att psykopatologi hos barn försämrar möjligheterna till en trygg anknytning. Detta gäller för t.ex. autism, som visat sig öka risken för otrygg anknytning och då framförallt desorganiserad sådan (Broberg m.fl., 2008).

Otrygg anknytning behöver således inte leda till utvecklandet av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Detta blir uppenbart om man betänker att det är relativt vanligt med otrygg anknytning hos barn och ungdomar, mellan 25-45 procent, medan det bara är 10-15 procent som utvecklar någon form av psykopatologi (Broberg m.fl., 2008). Det samma gäller för trygg anknytning, som har visat sig utgöra en skyddande faktor, dvs. barn med trygg anknytning löper mindre risk att drabbas av psykisk ohälsa men kan om påfrestningarna är stora nog utveckla psykopatologi (Deklyen & Greenberg, 2008).

Både behandlande och förebyggande interventioner som bygger på anknytningsteorin har utarbetats i syfte att förbättra anknytningsrelationen mellan föräldrar och barn. Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn och Juffer (2003) visar i en översikt av 70 studier inom detta område en tydlig positiv effekt vid interventioner i syfte till att förbättra anknytningsrelationen mellan föräldrar och barn. Översikten över studierna visade även att den positiva effekten var tydlig redan efter ett fåtal behandlingstillfällen. Ett svenskt exempel på anknytningsteoretiskt baserade interventioner till hjälp för föräldrar att bättre förstå sina barns signaler visade att mödrarna påtagligt minskade sin egen stressnivå då relationen till barnen blev bättre. Mammorna kände sig efter insatserna mer kompetenta, mindre instängda i sitt föräldraskap och nöjda med sin partner (Hagekull, 2008).

För de psykopatologier som visat sig ha ett samband med otrygg anknytning finns det för tillfället få anknytningsteoretiska behandlingsmetoder som är tillräckligt utprovade. För barn med beteendestörningar, t.ex. trotssyndrom och uppförandestörning, kan nämnas *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) som är en lovande behandling där föräldrar tränas till ett mer konstruktivt samspel med sina barn. Behandlingen är dock inte etablerad i Sverige. När det gäller depression finns det även där få behandlingsmetoder som bygger på anknytningsteori trots att otrygg anknytning visat sig vara en betydande riskfaktor. Och de få behandlingar som finns, som t.ex. anknytningsbaserad familjeterapi, är inte tillräckligt utprovade (Broberg m.fl., 2008).

### *Anknytning under mellanbarndomen*

Barnets normala utveckling gör att det under mellanbarndomen sker många förändringar som rimligtvis påverkar anknytningssystemet. Det sker förändringar i

barnets kognitiva förmågor som påverkar dess tolkningar av omvärlden, bland annat förbättras deras förmåga att tänka logiskt och deras förmåga till självreflektion ökar, vilket borde påverka hur de upplever sin anknytning. En ökad självreglering borde påverka i vilka situationer och hur ofta som barnet söker hjälp från anknytningspersonerna. Likaså bör puberteten, med en förändrad syn på sig själv och förändrat känsloliv, påverka anknytningen till föräldrarna (Kerns & Seibert, 2010).

Man tänker sig att de inre arbetsmodellerna förändras under slutet av mellanbarndomen från att tidigare ha varit riktade mot specifika personer till att även bli en mer generell modell och gälla nära relationer i allmänhet. Denna förändring sker framförallt hos de barn vars erfarenhet av anknytningspersonerna har varit konsekventa, medan det för barn med mer inkonsekventa erfarenheter kan dröja till adolescensen (Kerns, 2008).

Som en del av nämnda utveckling sker det en förändring i barnets behov och förväntningar på sociala relationer som gör att barnets och föräldrarnas relation förändras. Föräldern behöver inte längre övervaka barnet i alla situationer utan det uppstår ett samspel där barnet och föräldern tillsammans styr kontakt och kommunikation. Denna utveckling har visat sig vanligast vid trygg anknytning (Kerns & Seibert, 2010).

Med förskola och framförallt skola utvidgas barnets sociala värld när det exponeras för en vidare krets av kamrater och vuxna. Kamratrelationer får en större betydelse för barn i mellanbarndomen. De utvecklar både behovet och förmågan att skapa nära relationer med kamrater. Samtidigt som de bryr sig mer och mer om att vara accepterade av den större kamratgruppen (Kerns & Seibert, 2010). Under den här perioden uppstår processer där barnets anknytningsbeteenden mot föräldrarna gradvis byts ut och istället riktas mot kamrater och senare i livet även mot kärlekspartners (Hazan & Shaver, 1994) (se tabell 1).

Tabell 1.

*Processer av anknytningsöverföring: vid normal utveckling byts föräldrarna gradvis ut då anknytningsbeteenden, ett efter ett, istället riktas mot kamrater och kärlekspartners*

Utvecklingsfas	Målet med anknytningsbeteendet	
	Föräldrar	Kamrater/Kärlekspartners
Spädbarn	Upprätthållande av närhet Säker hamn Trygg bas	
Tidig barndom	Säker hamn Trygg bas	Upprätthållande av närhet
Sen barndom/ Tidig ungdom	Trygg bas	Upprätthållande av närhet Säker hamn
Vuxen		Upprätthållande av närhet Säker hamn Trygg bas

(Hazan & Shaver, 1994)

Den sena mellanbarndomen är en omstörtande tid då både den psykiska, sociala och fysiska utvecklingen sätter fart. Frigörelsen från föräldrarna tar sin startpunkt där och ungdomen strävar efter att uppnå en självständig identitet på några få år (Hwang &

Nilsson, 2004). Flera studier har påvisat att ungdomar i den sena mellanbarndomen och tidiga adolescensen visar ett minskat beroende och ett ökat undvikande gentemot sina anknytningspersoner. Denna normativa förändring är bekräftad i både intervjuer och frågeformulär, t.ex. Trygghetsskalan (Kerns, 2008). Samtidigt visar forskningen att anknytningen till föräldrarna fortfarande är central för barn i mellanbarndomen. Även om kamrater får en allt viktigare roll så är det till föräldrarna och andra närstående vuxna som barnet vänder sig när anknytningsbehoven aktiveras, t.ex. vid rädsla och ledsamhet. Det har dessutom visat sig att även om barnet inte använder sina anknytningspersoner lika ofta och anknytningssystemets mål har skiftat från närhet till tillgänglighet så har barnets uppfattning av anknytningspersonernas tillgänglighet oftast inte förändrats (Kerns & Seibert, 2010). Anknytningskvaliteten i mellanbarndomen får en viktig betydelse för hur individen kommer att bemöta de omvälvande sena tonåren. En period då föräldrarna gradvis förlorar inflytande över hur de kan påverka sina barn i frigörelseprocessen. Ovanstående faktorer måste man ta hänsyn till när man bedömer anknytning i mellanbarndomen och det är nödvändigt att känna till t.ex. vilka anknytningsbeteenden som normalt förekommer vid en viss ålder och vilka situationer som kan tänkas utlösa dessa anknytningsbeteenden.

### *Tidigare anknytningsstudier med hjälp av Trygghetsskalan*

Frågeformuläret Trygghetsskalan som används i den här studien är konstruerad för att mäta barnets specifika anknytningsrelation till både sin mamma och pappa. För mellanbarndomen finns det en mängd frågeformulär som mäter bredare aspekter av relationen mellan barn och föräldrar, så som t.ex. kommunikation och socialt stöd, medan Trygghetsskalan har ett snävare fokus; den fångar in barnets upplevelse av föräldern som en trygg bas (Kerns & Seibert, 2010). Formuläret mäter i vilken grad barnet: 1) upplever anknytningspersonen som ansvarsfull och tillgänglig; 2) förlitar sig på anknytningspersonen i påfrestande situationer; och 3) känner sig lugn av att kommunicera med anknytningspersonen (Kerns m.fl., 1996). Trygghetsskalan består av 15 frågor per förälder. Varje fråga kodas från ett till fyra och ett medelvärde räknas fram, ett högt medelvärde indikerar en trygg anknytning (Kerns m.fl., 1996).

I Kerns m.fl. (1996) första artikel med Trygghetsskalan (Security Scale) ingick det två olika studier. Den första studien hade som syfte att undersöka sambandet mellan kvaliteten i kamratrelationer och upplevd anknytning till mamma. Studien genomfördes i USA med 74 elever i årskurs 5 (30 flickor och 46 pojkar) på två landsortsskolor. Den övervägande delen av eleverna kom från vit lägre medelklass. Trygghetsskalan och andra frågeformulär delades ut i klassrummen och testledarna läste upp instruktionerna och därefter alla frågor, varpå eleverna besvarade dessa. Resultatet visade på ett medelstarkt samband mellan kamratrelationer och upplevd anknytning till mamma, dvs. styrkte hypotesen att barn med en trygg anknytning till mamma har lärt sig beteenden och attityder som vidmakthåller goda kamratrelationer. Poängtalen på Trygghetsskalan visade ett tillfredställande omfång (1.62-4.00) och intern konsistens (Cronbach's  $\alpha = .84$ ). Medelvärdet var 3.24 (SD = 0,57).

Även i den andra studien, i samma artikel, undersöktes relationen mellan kamratskapskvalitet och upplevd anknytning till mamma. I studien ingick 88 elever från årskurs 5 och 6. Genomsnittsåldern var 11 år och 7 månader och de flesta barnen kom från medelklasshem. Medelvärdet i denna studie var 3.16 (SD = 0.59) med ett omfång

på 1.8 till 4.00. Barn från intakta familjer ( $M = 3,24$ ) rapporterade högre anknytningstrygghet än barn med separerade föräldrar ( $M = 2,83$ ),  $t(27.16) = 2,49$ ,  $p < .05$ ). Studiens design krävde en klassificering av trygg anknytning respektive otrygg anknytning mellan barnet och modern. Barn med poängtal i de två övre tredjedelarna av samplet klassificerades med en trygg anknytning, och de barnen som hade ett poängtal som motsvarade den nedre tredjedelen klassificerades med en otrygg anknytning. Kerns m.fl. (1996) använde detta kriterium därför att studier gjorda i Främmandesituationen visar återkommande på att cirka två tredjedelar av barn i medelklassen har en trygg anknytning. Pojkarna fick ett högre medelvärde än flickorna,  $t(103) = 2,23$ ,  $p < .05$ . De presenterar därför separata gränsvärden (cutoff) för pojkar (2,94) och flickor (2,68).

I en senare studie (Kerns, Tomich, Aspelmeier & Contreas, 2000) utvärderades Trygghetsskalan tillsammans med andra mätinstrument för mellanbarndomen, som t.ex. Separation Anxiety Test (SAT) som är en projektiv intervju som fångar in barns tankar och känslor rörande anknytning; och Child Rearing Practices Report (CRPR), som mäter föräldrars vilja att fungera som anknytningspersoner. Studien omfattade dels en jämförelse mellan elever i årskurs 3 (53 pojkar och 51 flickor) och elever i årskurs 6 (33 pojkar och 39 flickor); dels en longitudinell studie där man följde upp eleverna i årskurs 3 två år senare, då de gick i femte klass (42 pojkar och 37 flickor).

Eleverna genomgick testning enskilt med en testledare. För att underlätta för de yngre barnen (årskurs 3) lästes instruktionerna och frågorna upp högt. Resultatet visade bl.a. på ett samband mellan hög grad av trygg anknytning och låg grad av undvikande anknytningsbeteende. Hög grad av trygg anknytning var även relaterat till föräldrar med stor vilja att fungera som anknytningspersoner. Den longitudinella studien visade på signifikant stabilitet för de flesta instrument, förutom Trygghetsskalan avseende mamma. Kerns m.fl. (2000) är osäkra på varför Trygghetsskalan avseende mamma saknar stabilitet men föreslår att det kan röra sig om svårigheter hos de yngre barnen att rapportera upplevd anknytning till mamma i en period då många barn omvärderar denna relation. Ett tecken på detta är den låga interna konsistensen för tredjeklassare på  $\alpha = .64$ , jämfört med  $\alpha = .82$  och  $\alpha = .79$  för femte- respektive sjätteklassare (se tabell 2).

Tabell 2.

*Medelvärden och standardavvikelser för Trygghetsskalan: studie av Kerns, Tomich, Aspelmeier och Contreas (2000)*

	Mamma		Pappa	
	M	SD	M	SD
Ålder				
Tredje klass	3.43	0.36	3.31	0.49
Femte klass (samma grupp som Tredje klass två år senare)	3.44	0.43	3.34	0.54
Sjätte klass	3.29	0.42	3.15	0.52

I en senare artikel (Kerns, Aspelmeier, Gentzler & Grabill, 2001) användes ovan nämnda data för ytterligare beräkningar. Det framkom då att de barnen som skattat högt på Trygghetsskalan hade föräldrar som hade ett större engagemang i barnen och deras

aktiviteter. Samma barn visade även ett större engagemang till föräldrarna och det fanns ett bättre samarbete mellan föräldrar och barn, framförallt bland barnen som gick i årskurs 6.

För att undersöka hur barnens normala utveckling påverkar anknytningen använde Kerns, Tomich och Kim (2006) återigen samma data och jämförde anknytningen hos barn i tredje och sjätte klass med hjälp av bl.a. Trygghetsskalen. I den här studien delade de upp Trygghetsskalans 15 frågor i två underskalor; ”beroende” som utgjordes av nio frågor och ”tillgänglighet” som utgjordes av de resterande sex frågorna. Resultatet visade att barnens upplevelse av föräldrarnas tillgänglighet inte minskade med åldern. Däremot visade de äldre barnen ett lägre beroende till sina föräldrar, dvs. de upplevde att de använde sig mindre av sina föräldrar i stressfyllda situationer.

I en longitudinell studie av Verschuren och Marcoen (2005) visades inget stöd för en uppdelning i underskalorna ”beroende” och ”tillgänglighet”; alla frågorna verkade mäta samma dimension av upplevd anknytning. Man använde därför Trygghetsskalen som ett endimensionellt instrument när man lät belgiska skolelever (129 flickor och 136 pojkar) besvara formuläret. Första gången när de gick i tredje klass och en andra gång tre år senare när de gick i sjätte klass. Resultatet visade att flickor rapporterade högre grad av trygg anknytning till mamma än pojkar. Och tvärtom många andra studier rapporterade både flickor och pojkar en ökad grad av trygg anknytning till mamma med ökad ålder. Anknytningen till pappa var däremot stabil, även om flickor rapporterade en icke-signifikant ( $p = .09$ ) minskad trygg anknytning i sjätte klass. Både pojkar och flickor rapporterade högre grad av trygg anknytning till mamma än till pappa.

### *Syfte och frågeställningar*

Studien har två huvudsyften: (1) att undersöka eventuella skillnader i upplevd anknytning mellan klinisk grupp och normalgrupp; (2) att normera Trygghetsskalen efter svenska förhållanden för barn och ungdomar i mellanbarndomen och som ett led i detta ta fram ett gränsvärde (cutoff) för otrygg anknytning.

Vi kommer att undersöka barn och ungdomars upplevda anknytning till sina föräldrar dels i en normalgrupp bestående av skolbarn i åldern 9-14 år, dels i en klinisk grupp bestående av barn i samma ålder som har kontakt med BUP. Den upplevda anknytningen kommer att mätas med hjälp av Trygghetsskalen.

Vi kommer inledningsvis att undersöka skillnader i medelvärden, med avseende på kön, ålder, boendeförhållande, samt upplevd anknytning till mamma respektive pappa inom både normalgruppen och den kliniska gruppen. Av relevans för studiens första huvudsyfte kommer vi därefter att undersöka om det finns någon skillnad mellan normalgruppens och den kliniska gruppens medelvärden. Av relevans för studiens andra huvudsyfte kommer vi att utifrån normalgruppens data beräkna gränsvärde för otrygg anknytning.

Utöver dessa beräkningar som är direkt relaterade till studiens huvudsyften kommer vi även att undersöka om det finns någon skillnad mellan olika diagnosgruppers medelvärden på Trygghetsskalen. Vi kommer även att undersöka om det finns ett samband mellan resultaten på Trygghetsskalen och Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), som mäter föräldraskattad psykisk ohälsa hos barn.

## Metod

### *Undersökningsgrupper*

Eftersom Trygghetsskalan är konstruerad för barn och ungdomar som fyllt 9 år men inte 15 år (Kerns m.fl., 1996) utgjorde detta en avgränsning för de båda undersökningsgrupperna. I övrigt användes klusterurval då vi undersökte dels barn i utvalda årskurser, dels barn som hade kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

*Deltagare inom normalgruppen.* Underlaget för normalgruppen är barn och ungdomar från fyra allmänna grundskolor i Västsverige. Två av skolorna befann sig i större tätort medan de andra två skolorna befann sig på landsorten. Inget slumpmässigt urval av skolor genomfördes utan data samlades in från de fyra skolorna som valde att delta i studien, av ungefär tjugo kontaktade skolor. Utifrån ovan beskrivna åldersgränser valdes elever från tredje klass (9-10 år), femte klass (11-12 år) och sjunde klass (13-14 år) för en så god åldersspridning som möjligt. På varje skola delades frågeformuläret ut till alla närvarande elever i de angivna årskurserna. Inledningsvis ingick det tre skolor i studien, men på en skola ville inte lärarna i årskurs tre att barnen skulle delta i undersökningen. Vi valde därför att besöka en skola (en av landsortsskolorna) där vi samlade in data från endast årskurs tre, då denna åldersgrupp annars skulle ha blivit allt för liten. Insamling av data skedde under februari och mars 2010.

Ett informationsbrev som förklarade hur studien skulle genomföras, samt en förfrågan om föräldrarnas samtycke, delades ut till eleverna (se bilaga 2). Samtliga barn fick tillstånd av sina föräldrar att medverka. Föräldrarna informerades även om att studien var helt frivillig för eleverna och att de kunde välja att inte fylla i frågeformulären.

Tre barn ville fylla i Trygghetsskalan för både sina biologiska föräldrar och sina styvföräldrar, men endast ett av dem gjorde klart alla formulären. De två andra barnen fyllde enbart i för sina biologiska föräldrar. Data från 24 barn utslöts (7 stycken tredjeklassare, 7 stycken femteklassare och 10 stycken sjundeklassare) på grund av felaktigt ifyllda formulär; en del hade markerat två alternativ per fråga och en del hade svarat på för få frågor, d.v.s. fler än tre saknade svar per förälder. Ytterligare 2 stycken tredjeklassare utslöts för att de fick hjälp av andra att fylla i sina formulär. Således fanns det inledningsvis 277 barn i undersökningsgruppen varvid 26 barn utslöts och det återstod slutligen 251 barn (121 flickor och 122 pojkar; 56 stycken tredjeklassare, 89 stycken femteklassare och 106 stycken sjundeklassare) (se tabell 5 och tabell 6, sid. 21).

*Deltagare inom klinisk grupp.* Deltagarna i denna grupp bestod av barn och ungdomar som fyllt 9 år men ännu inte fyllt 15 år och som under perioden februari 2009 fram till februari 2010 hade kontakt med BUP. Inget slumpmässigt urval av BUP-mottagningar genomfördes utan data samlades in från de fyra mottagningarna som valde att delta i studien av totalt tio tillfrågade mottagningar. Två av mottagningarna befann sig i större tätort och två av mottagningarna befann sig i mindre orter. Varje mottagning täckte dessutom upp ett större geografiskt område. Det skedde inte heller något slumpmässigt urval av deltagare utan behandlarna valde vilka barn och ungdomar som skulle testas med trygghetsskalan. Sammanlagt deltog 19 behandlare i insamlandet av data. 55 barn fyllde i Trygghetsskalan (23 flickor och 32 pojkar; 22 stycken 9-10

åringar, 15 stycken 11-12 åringar och 18 stycken 13-14 åringar). Tre barn hade enbart fyllt i *trygghetsskalan mamma*. Två av dessa för att deras pappa var avliden och ett för att denne inte hade någon kontakt med sin pappa. I två fall ströks data för *trygghetsskalan pappa* pga. felaktigt ifyllt formulär.

Det är ibland svårt att avgöra och i viss mån godtyckligt vilken diagnos som är huvuddiagnos när det förekommer flera diagnoser hos samma patient (DSM-IV-TR, 2002). Då respektive BUP-behandlare har angivit en huvuddiagnos på basdatabladet utgick författarna från den diagnosen men det förekom ofta blanddiagnoser och nedan redovisas det för hur diagnosindelningen gick till i studien.

För databearbetning av diagnoser bestämdes fem övergripande kategorier: "Nedstämdhet", "Oro/ångest", "Beteendestörning", "Under utredning" och "Annat". Bedömningen av kategoriindelningen gjordes utifrån den praxis som gäller på området (se exempelvis DSM-IV-TR, 2002). Det visade sig att samtliga patienter i studien som placerats under kategorin "Annat" hade familjerelaterade problem. Flertalet av dem hade bland annat Z63-diagnoser (Andra problem som har samband med den primära stödgruppen, inkluderat familjeomständigheter, ICD-10, 2004). Några av dessa patienter hade även kontaktorsaken "K04: Familjerelationer" under Remiss/anmälningssorsak på basdatabladet (se bilaga 3). Sammanfattningsvis tolkade författarna det som att samtliga patienter under kategorin "Annat" hade primära problem vad gäller familjerelationer/primär stödgrupp. Av denna anledning, samt att anknytningsteorin fokuserar på barnets familjerelationer, utformades det ytterligare en kategori som benämndes "Relationsproblem", varvid kategorin "Annat" togs bort.

Efter det att diagnoskategorierna utökats med kategorin "Relationsproblem" gjordes ytterligare en genomgång av patienter med blanddiagnoser och ett par patienter som tidigare bedömts hamna under andra kategorier bedömdes nu hamna under den nya relationskategorin. Vid blanddiagnoser var det alltså inte självklart hur kategoriseringen skulle gå till och en bedömning fick göras från fall till fall huruvida det väsentligaste var symtomaspekten (exempelvis Oro/ångest, Nedstämdhet) eller anknytningsaspekten (Relationsproblem). Som exempel kunde blanddiagnosen F32.1 (Depressiv episod – måttlig) samt Z61.7 (Personlig skrämmande upplevelse under barndomen) förekomma vid en blanddiagnos (ICD-10, 2004). I detta fall var remiss/anmälningssorsaken "K01 Depressiva symtom, omsorgssvikt och fysisk misshandel". Eftersom författarna tolkade det som att depressiva symtom uppkommit sekundärt på grund av ett primärt relationsproblem valdes kategorin "Relationsproblem" före kategorin "Nedstämdhet".

### *Tillvägagångssätt*

*Insamling av data för normalgruppen.* Läraren i respektive klass presenterade testledarna och lämnade därefter klassrummet. Testledarna delade ut Trygghetsskalan och informerade eleverna om att studien var helt frivillig och att de elever som inte ville delta kunde sitta kvar vid sina bänkar. För de elever som ville ha mer än ett frågeformulär, för exempelvis styvpappa eller styvmamma, delades dessa ut. Eleverna ombads att skriva ner ålder, kön och boendeförhållande på frågeformulären och därefter förklarade testledarna hur formuläret skulle fyllas i, med hjälp av den inledande exempelfrågan och även fråga nummer ett i formuläret (se bilaga 1). Därefter besvarades frågor om eventuella oklarheter och eleverna blev rekommenderade att ställa ytterligare frågor genom handuppräckning. Testet pågick sedan i cirka 15-20 minuter

tills alla elever var klara. Under tiden hjälpte testledarna de barn som räckte upp handen med enskilda frågor. Som avslutning besvarade testledarna frågor från elever om bland annat studiens syfte.

Eftersom eleverna blev klara olika snabbt kunde det bli lite stökigt mot slutet av testningen då en del började prata och röra sig runt i klassrummet och även prata med dem som fortfarande fyllde i formuläret. Det hände även att elever hjälpte varandra med att fylla i formuläret, t.ex. om det var en fråga som en av dem inte förstod. Detta kan ha påverkat tillförlitligheten i dessa svar. Vi har dock inte haft någon möjlighet att kontrollera för detta.

*Insamling av data för klinisk grupp.* För att behandlarna på BUP skulle få en likartad uppfattning om Trygghetsskalan formulerades ett antal informationsblad (beskrivna här nedan) av artikelförfattarna och handledaren under januari och februari, 2009. Författarna introducerade studien på mottagningarna och hade under det året insamlingen pågick kontinuerlig kontakt med behandlarna, för att i så hög grad som möjligt se till att Trygghetsskalan användes på samma sätt med alla patienter.

Behandlarna/testledarna informerade patienternas vårdnadshavare (vanligtvis föräldrarna) om studien muntligt och genom informationsbladet "Patientinformation" (se bilaga 4) för godkännande av barnets/ungdomens medverkan. Behandlarna rapporterade till artikelförfattarna att samtliga tillfrågade föräldrar/vårdnadshavare godkände barnets/ungdomens medverkan.

Till skillnad från normalgruppen besvarade barnen i den kliniska gruppen Trygghetsskalan individuellt och i enrum med sina behandlare. Ibland läste barnen själv frågorna och ibland lästes frågorna upp av handledaren. Alla behandlarna utgick från samma instruktioner ("Information om Trygghetsskalan", se bilaga 5) och fyllde i basdata ("Basdata avseende barn som testas med Trygghetsskalan", se bilaga 3) för varje patient. Information som fylldes i på basdatabladet var: datum för testningen, testledarens namn, barnets ålder, boendesituation, vårdnadssituation, remiss/anmälningsorsak, diagnos och värden för Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) och Global Assessment of Functioning (GAF). All information från basdatabladet användes inte i studien; vårdnadssituationen gav allt för små undergrupper för statistisk analys och värden för GAF ansåg författarna inte kunde tillföra något för att besvara studiens frågeställningar.

Slutligen fyllde testledaren i löpnummer för varje patient i en löpnummerlista med varje patients personnummer. Löpnummerlistan med personnummer på patienterna förvarades inlåst i ett arkivskåp på respektive BUP-mottagning. På detta sätt fick artikelförfattarna ingen information om patientens namn eller personnummer, detta för att skydda patienternas identitet.

### *Undersökningsinstrument: Trygghetsskalan*

*Mätmetoder för att studera anknytningstrygghet under mellanbarndomen.* Kriterierna för den valda mätmetoden i detta arbete var att den skulle kunna användas på barn och ungdomar i mellanbarndomen, samt att metoden skulle kunna användas i den kliniska vardagen. De metoder som vanligtvis används för att studera individuella skillnader i anknytningstrygghet är strukturerade laboratorieobservationer, naturalistiska hemobservationer, narrativa metoder samt dockleksprocedurer och andra halv-

projektiva representationsmetoder (Broberg m.fl., 2008). Observationsmetoderna exkluderas i detta sammanhang eftersom de enbart är utarbetade för yngre barn och dessutom alltför omfattande. Bland halv-projektiva representationsmetoder är alla utom en metod utarbetade för yngre barn. Den återstående metoden är en version av Separation Anxiety Test (SAT) som är utarbetat för barn från 8 år (Kerns, 2008). Metoden exkluderas för att den är alltför omfattande då testet tar cirka 20-30 minuter att genomföra samt att mycket efterarbete krävs då intervjun spelas in på band för senare transkribering. Förutom den exkluderade barnversionen av SAT återstod enbart narrativa metoder och frågeformulär som är utarbetade för mellanbarndomen. Av dessa uppvisar de narrativa metoderna mest forskningsstöd då de bland annat i större utsträckning fångar upp omedvetna aspekter av arbetsmodellerna (Broberg m.fl., 2008). Dessa metoder kräver ett omfattande efterarbete i form av utskrifter av inspelat material samt en speciell utbildning för behandlarna. När det gäller frågeformulär så riskerar svaren att i hög grad påverkas av social önskvärdhet och av andra faktorer som inte är relaterade till anknytningen (Broberg m.fl., 2008). Det kan dessutom vara svårt för barn att få tillgång till sanna känslor rörande anknytningsrelationerna, även för barn som är väl motiverade (Kerns & Seibert, 2010).

Författarna såg ändå störst förtjänster att välja ett frågeformulär, dvs. Trygghetsskalan i studien, och det finns flera anledningar till detta, framförallt därför att det är ett instrument som går att använda i den kliniska vardagen. Till skillnad från observationsmetoder, som är den vanligaste mätmetoden av anknytning för yngre barn, har det ansetts vara en fördel med frågeformulär för att fastställa anknytning i mellanbarndomen. Detta då förekomsten av och intensiteten i anknytningsbeteendet avtar med åldern vilket gör det svårt att observera separations- och återföreningsresponser genom observationer (Kerns m.fl., 1996). Ett annat skäl att välja Trygghetsskalan är att den mäter anknytningstrygghet till både mamma och pappa till skillnad från andra mätinstrument som istället enbart mäter en generell anknytning (exempelvis Anknytningsintervjun AAI<sup>2</sup>). Tyvärr har majoriteten av all anknytningsforskning som utförts enbart undersökt relationen mellan mamma och barn. Samtidigt har forskning visat att anknytningen till pappan kan vara lika viktig för barnets fortsatta utveckling som anknytningen till mamman (Broberg m.fl., 2006)

*Forskningsstöd för Trygghetsskalan.* Instrumentet uppvisar viss validitet. Man har kunnat påvisa korrelation mellan resultat på Trygghetsskalan och självrapporterad självkänsla, popularitet bland kamrater och skolmässig kompetens (Kerns m.fl., 1996). Man har även kunnat visa att resultat på Trygghetsskalan är relaterat till observerat och självrapporterat föräldraskap, mödrars rapportering om otrygg anknytning, föräldrars rapporterade äktenskapliga kvalitet och lärares rapportering av skolmässig anpassning (Kerns & Seibert, 2010). Validitetsdata visas även genom föräldraskattning då mammors självrapporterade acceptans av och villighet att tillhandahålla en trygg bas korrelerade med barnens resultat på Trygghetsskalan (Kerns m.fl., 1996). Jämförelser mellan Trygghetsskalan och andra anknytningsinstrument såsom SAT och Doll Story Completion Task har också visat på ett visst samband (Kerns & Seibert, 2010).

---

<sup>2</sup> Anknytningsintervjun (Adult Attachment Interview – AAI): Används för att få en bild av anknytningstrygghet hos vuxna, från 15 år och uppåt. Beroende på hur den intervjuade berättar om sin egen livshistoria och sina nuvarande relationer får intervjuaren ledtrådar om dennes inre arbetsmodeller (Meyer & Pilkonis, 2002).

Tidigare studier har visat på hög intern reliabilitet, Cronbachs alpha på .80 eller högre (Kerns & Seibert, 2010). Även test-retest reliabilitet indikerade på stabilitet över ett kort tidsintervall på cirka 2 veckor, med en korrelation på  $r = .75$  (Kerns m.fl., 1996). Två längre studier på två och tre år har även de visat på stabilitet, även om korrelationerna var svaga,  $r = .28$  och  $r = .37$ . Att korrelationerna var svagare under ett längre tidsintervall kan i hög grad bero på att barnets inre arbetsmodeller utvecklas allteftersom barnen gör nya erfarenheter (Kerns & Seibert, 2010).

*Trygghetsskalans utformning.* Frågeformuläret ”Jag och min mamma och min pappa” (Trygghetsskalan) innehåller 15 frågor som fångar in barnets upplevda anknytning till sin pappa, samt 15 likadana frågor om mamma. Utgångspunkten är att barnets eller ungdomens föräldrar, biologiska så väl som icke-biologiska, är dess primära anknytningspersoner, vilket inte behöver innebära att relationen till dem är god (A. Broberg, personlig kommunikation, 19 januari, 2009). Om barnet har en nära relation till en styvförälder eller bor i fosterhem kan barnet fylla i dubbla formulär, dvs. ge en beskrivning av sin relation till både de biologiska föräldrarna och styvföräldrarna/fosterföräldrarna. I de fall där det förekommer mer än en mamma och/eller en pappa kompletteras grundformuläret med ytterliggare formulär. I dessa fall särskiljs formulären genom att man gör en notering på frågeformuläret, t.ex. ”biologisk pappa” respektive ”styvpappa”. Bedömningen om vem eller vilka som barnet uppfattar som anknytningspersoner får alltså testledaren avgöra från fall till fall tillsammans med barnet. Formuläret mäter barnets upplevda anknytning till respektive förälder snarare än barnets generaliserade anknytning. Med den upplevda anknytningen avses här barnets upplevelse av att kunna använda sig av föräldern som en trygg bas/säker hamn (Broberg m.fl., 2008). Testet är lätt att administrera och tar relativt kort tid att genomföra (cirka 15-20 minuter), vilket innebär att testet är lätt att använda kliniskt, t.ex. inom BUP.

För att minska risken för socialt önskvärda svar innehåller varje fråga på Trygghetsskalan en beskrivning av två olika typer av barn, t.ex. ”En del barn har lätt för att lita på sin pappa MEN andra barn är inte säkra på om de kan lita på sin pappa”, där den svarande ska ange vilket av dessa två barn som den liknar mest (se figur 1). Barnet kan då välja mellan att ange att det stämmer precis eller att det stämmer ungefär. Tanken är att om barnet får ange vilken grupp av barn som det liknar mest istället för att behöva skatta sig själv på en skala så minskar det risken för socialt önskvärda svar (Kerns & Seibert, 2010).

Stämmer Precis	Stämmer ungefär	En del barn har lätt för att lita på sin pappa	MEN	andra barn är inte säkra på om de kan lita på sin pappa	Stämmer ungefär	Stämmer precis
_____	_____				_____	_____

Figur 1. Kerns, Klepac och Cole (1996). Attachment Security Scale. Svensk översättning Trygghetsskalan: Broberg, 2002.

Svaren kodas efter en fyragradig skala. Om barnet har angett att det liknar det trygga barnet ger det fyra poäng för ”stämmer precis” och tre poäng för ”stämmer ungefär”. Om barnet har angett att det liknar det otrygga barnet ger det ett poäng för ”stämmer precis” och två poäng för ”stämmer ungefär”. Höga poäng indikerar således en trygg anknytning. Därefter beräknas ett medelvärde för pappa (*trygghetsskalan pappa*) och ett medelvärde för mamma (*trygghetsskalan mamma*).

Alla frågor på Trygghetsskalan kodades, från vänster till höger, med ett till fyra poäng. Frågeformuläret är konstruerat så att sju av frågorna (fråga 1, 3, 4, 9, 10, 13 och 15) måste "vändas", dvs. om ett hade angivits blev detta fyra poäng, två blev tre poäng, tre blev två poäng och fyra blev ett poäng (se bilaga 6).

I de fall som det saknades svar på en viss fråga ersattes detta av medelvärdet av de övriga svaren. Såvida att det inte saknades fler än tre svar, i dessa fall kasserades alla femton svaren för den föräldern eftersom ett sådant medelvärde inte ansågs vara tillförlitligt.

Den interna reliabiliteten beräknades med hjälp av Cronbachs alpha för att undersöka om de enskilda frågorna gav värden som överensstämde med det totala värdet, vilket för normalgruppen visade på ett högt samband  $\alpha = .88$  för *trygghetsskalan pappa* och  $\alpha = .86$  för *trygghetsskalan mamma*. Detsamma gällde för den kliniska gruppen,  $\alpha = .92$  för *trygghetsskalan pappa* och  $\alpha = .86$  för *trygghetsskalan mamma*. Dock avvek fråga nummer två hos både mamma och pappa och i både normalgrupp och klinisk grupp. Detta var en fråga som flera av deltagarna frågade om och som de verkade ha svårt att förstå. Vi valde därför att plocka bort denna fråga vid den statistiska analysen av materialet.

### *Undersökningsinstrument: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

Instrumentet fångar upp tecken på psykisk ohälsa och beteendeproblem hos barn i åldrarna 3-16 år. Formuläret finns i flera versioner där antingen föräldrar eller lärare skattar barnet eller barnet själv om detta är över 11 år. Den svarande ska ta ställning till 25 påståenden på en tregradig skala: 0 stämmer inte; 1 = stämmer delvis; och 2 = stämmer helt.

Påståendena är uppdelade på fem delskalor: Emotionella symtom, Uppförandeproblem, Hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem, Kamratproblem och Prosocialt beteende. De fyra förstnämnda rör svårigheter medan den femte skalan mäter positiva aspekter av socialt beteende. Poängen summeras för varje delskala och totala svårighetspoäng fås fram genom att de fyra svårighetsskalorna summeras. Totalsumman kan variera mellan 0 och 40 poäng.

Formuläret innehåller även åtta stycken öppna frågor kring barnets eventuella svårigheter. Instrumentet har god reliabilitet och verkar även ha god validitet då det jämförts med andra instrument. Det finns en svensk översättning av formuläret som kallas för Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve), men det saknas svensk normering (Smedler & Tideman, 2009).

I vår studie har vi använt både de totala svårighetspoängen (SDQ-TS) och poängen för prosocialt beteende (SDQ-PB), skattade av barnets föräldrar. I de fall där barnet skattats av båda föräldrarna har vi räknat fram ett medelvärde.

### *Statistisk analys*

Generellt användes parametriska test för att jämföra medelvärden och beräkna korrelationer, dock kontrollerades resultaten med icke-parametriska test i de fall där undersökningsgrupperna var små, olika stora och saknade homogen populationsvarians. En alfanivå på 5 % användes på samtliga signifikansprövningar (Borg & Westerlund,

2006). För alla medelvärdesjämförelser kontrollerades effektstyrkan med hjälp av Cohens delta. Denna bedömdes utifrån Cohens tre kategorier, se tabell 3 (Borg & Westerlund, 2006).

Tabell 3.

*Cohens tre kategorier för effektstyrka*

Effektstyrka	Liten	Måttlig	Stor
<i>d</i>	.20	.50	.80

*Normalgrupp.* Inledningsvis användes tvåvägs ANOVA för att se om det fanns några skillnader i medelvärden med avseende på kön och ålder, dvs. huvudeffekt för kön respektive ålder och interaktionseffekt för kön\*ålder. Eftertest (Scheffé) användes för att undersöka var denna skillnad förelåg.

Med hjälp av envägs ANOVA undersöktes skillnader i medelvärden för de olika boendeförhållanden som angivits av deltagarna; ”mamma och pappa”, ”mamma och pappa växelvis” och ”i huvudsak mamma”. Där gruppen ”mamma och pappa” omfattar de barn som bor tillsammans med båda sina föräldrar (dvs. primära anknytningspersoner). Gruppen ”mamma och pappa växelvis” omfattar de deltagare som har separerade föräldrar men som bor lika mycket hos båda föräldrarna, t.ex. varannan vecka. Medan det i gruppen ”i huvudsak mamma” finns barn som bor merparten av tiden hos sin mamma, varav en del träffar sin pappa t.ex. varannan helg medan några aldrig träffar sin pappa. Eftertest (Scheffé) användes för att undersöka var denna skillnad förelåg. Vid beräkning för boendeförhållanden togs gruppen ”I huvudsak hos pappa” bort eftersom det endast fanns en individ i denna grupp.

T-test för beroende mätning användes för att jämföra skillnader i medelvärden mellan *trygghetsskalan mamma* och *trygghetsskalan pappa*, dels totalt, dels uppdelat efter kön och ålder.

*Klinisk grupp.* På samma sätt som i normalgruppen användes tvåvägs ANOVA för att se om det fanns några skillnader i medelvärden med avseende på kön och ålder, dvs. huvudeffekt för kön respektive ålder och interaktionseffekt för kön\*ålder. Eftertest (Scheffé) användes för att undersöka var denna skillnad förelåg.

Med hjälp av envägs ANOVA undersöktes skillnader i medelvärden för de olika boendeförhållandena. Förutom de boendeformer som angivits av normalgruppen fanns det i den kliniska gruppen även andra former av boende, som t.ex. familjehem eller fosterföräldrar, dessa är samlade under ”Annat boende”. Kruskal Wallis test användes för att kontrollera de resultat som framkom med ANOVA.

T-test för beroende mätning användes för att jämföra skillnader i medelvärden mellan *trygghetsskalan mamma* och *trygghetsskalan pappa*, dels totalt, dels uppdelat efter kön och ålder. Resultatet kontrollerades med Wilcoxon Signed Ranks test.

Dessutom användes envägs ANOVA för att undersöka om det fanns några signifikanta skillnader i medelvärde mellan de olika diagnosgrupperna; relationsproblem, beteendestörning, nedstämdhet, oro/ångest och under utredning. På grund av att grupperna var allt för små slog vi ihop dessa så att relationsproblem och beteendestörning utgjorde en grupp medan nedstämdhet och oro/ångest utgjorde en grupp. Detta utifrån antagandet att både relationsproblem och beteendestörningar utgör externaliserade former av psykisk ohälsa medan nedstämdhet och oro/ångest utgör

internaliserade sådana. Gruppen under utredning föll i den här beräkningen bort då den inte kunde placeras in i någon av de två grupperna och som ensam grupp var den allt för liten. Därpå gjordes ett oberoende t-test samt Mann Whitney U test för att se om det förelåg någon signifikant skillnad mellan de båda grupperna.

Korrelationen mellan Trygghetsskalan och SDQ-TS respektive SDQ-PB undersöktes med hjälp av Pearsons produktmomentkorrelation och Spearmans rangkorrelation.

*Jämförelse mellan normalgrupp och klinisk grupp.* Med hjälp av ANCOVA jämfördes normalgruppens och den kliniska gruppens medelvärden. Detta med ålder som kovariat för att korrigera för den felvarians som den heterogena åldersfördelningen i de båda grupperna skulle kunna orsaka. Jämförelser uppdelat på kön och ålder utfördes med hjälp av t-test och Mann-Whitney-U-test.

*Gränsvärde för otrygg anknytning.* Slutligen beräknades ett gränsvärde för otrygg anknytning utifrån antagandet att den undre tredjedelen i normalpopulationen har otrygg anknytning. Att en tredjedel har otrygg anknytning har flertalet studier på barn gjorda med Främmandesituationen (Strange Situation) visat (Kerns m.fl., 1996). Normalgruppens gränsvärden togs fram, för gruppen som helhet och uppdelat i ålderskategorier och den kliniska gruppen jämfördes mot dessa värden.

Även ett alternativt gränsvärde beräknades med formulärets kodning som grund. Frågorna i Trygghetsskalan är formulerade på så sätt att de beskriver ett tryggt barn och ett otryggt barn, t ex. ”En del barn har lätt för att lita på sin pappa MEN andra barn är inte säkra på om de kan lita på sin pappa” (se Figur 1). Barnet ska ange vilket av dessa två barn som det är mest likt. Om barnet har angett det otrygga barnet kodas detta som ett eller två poäng beroende på hur väl det anses stämma, medan det trygga alternativet kodas som tre eller fyra. Med kodningen som grund skulle alla medelvärden under 3,00 utgöra otrygg anknytning.

## Resultat

Vi kunde i vår studie visa att den kliniska gruppen hade ett signifikant lägre medelvärde än normalgruppen. Medelvärdet för den 33:e percentilen i normalgruppen utgör gränsvärdet för otrygg anknytning. Specifika gränsvärden har beräknats för de olika åldersgrupperna eftersom studien visar att det finns en signifikant skillnad dem emellan. Innan studiens resultat presenteras mer ingående kommer undersökningsgrupperna att beskrivas utifrån boendeförhållande, ålder och kön. I normalgruppen ingår 251 deltagare medan den kliniska gruppen omfattar 55 deltagare.

*Boendeförhållande.* Alla utom en deltagare i normalgruppen har uppgett sina boendeförhållanden. Ungefär två tredjedelar bor med både mamma och pappa, medan det därefter bor flest med främst sin mamma och därefter hos mamma och pappa växelvis. Endast en deltagare bor främst hos sin pappa. I den kliniska gruppen har alla uppgett sina boendeförhållanden. Här var fördelningen mer jämn. Ungefär en tredjedel bor hos mamma och pappa växelvis, ungefär lika många bor främst hos sin mamma medan en något mindre grupp bor hos både mamma och pappa. Fem deltagare har angivit annat boende, t.ex. familjehem eller fosterföräldrar (se tabell 4).

Tabell 4.

*Boendeförhållande: antal och procent*

Boendeförhållande	Normalgrupp		Klinisk grupp	
	Antal	Procent	Antal	Procent
I huvudsak mamma	156	62,4	15	27,3
Mamma och pappa, växelvis	32	12,8	18	32,7
I huvudsak hos mamma	61	24,4	17	30,9
I huvudsak hos pappa	1	0,4	-	-
Annat boende	-	-	5	9,1

*Åldersfördelning.* I normalgruppen har alla deltagare uppgett sin ålder. Den största gruppen utgörs av 13-14 åringar, därefter följer 11-12 åringar och minst är gruppen med 9-10 åringar. Detta som en följd av att det var svårt att få lärarna i årskurs tre att ställa upp, samt att det överlag fanns färre tredjeklassare på de skolor vi besökte.

I den kliniska gruppen har alla uppgett sin ålder. Här utgör 9-10 åringarna den största gruppen, därefter följer 13-14 och minst är gruppen med 11-12 åringar. Den här åldersfördelningen speglar BUP generellt då det finns en viss överrepresentation av pojkar i 10-års ålder med utagerande problematik och flickor i 14-års ålder med depressiva symtom (Engqvist & Rydelius, 2007) (se tabell 5).

Tabell 5.

*Åldersfördelning: antal och procent*

Ålder	Normalgrupp		Klinisk grupp	
	Antal	Procent	Antal	Procent
9-10 år	56	22,3	22	40,0
11-12 år	89	35,5	15	27,3
13-14 år	106	42,2	18	32,7

Tabell 6.

*Könsfördelning: antal och procent*

Kön	Normalgrupp		Klinisk grupp	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Flickor	121	49,8	23	41,8
Pojkar	122	50,2	32	58,2

*Könsfördelning.* I normalgruppen har 243 av 251 angivit sitt kön och 55 i den kliniska gruppen. När det gäller könsfördelning är denna i stort sett jämn i normalgruppen, medan det i den kliniska gruppen finns fler pojkar än flickor. Studiens undersökningsgrupp speglar inte BUP generellt där könsfördelningen är jämn men där

pojkar dominerar bland patienterna före tonåren och flickor dominerar bland tonårspatienterna (Barn- och ungdomspsykiatri, 2010). Att det i den här studien finns en viss överrepresentation bland pojkarna beror troligtvis på att studien exkluderar patienter över fjorton år, vilket då bör utesluta en del av tonårspatienterna vilket är det åldersspannet där flickor är mer vanligt förekommande (se tabell 6).

### Resultat för normalgrupp

*Kön och ålder.* Beräkningen visade inga signifikanta skillnader mellan flickor och pojkar varken för *trygghetsskalan mamma*,  $F(1, 234) = 0,03$ ,  $p = .86$ ;  $d = .08$ , eller för *trygghetsskalan pappa*,  $F(1, 223) = 3,04$ ,  $p = .08$ ;  $d = .30$ . Det fanns inte heller någon interaktionseffekt för ålder och kön, varken för *trygghetsskalan mamma*,  $F(2, 234) = 1,21$ ,  $p = .30$ , eller *trygghetsskalan pappa*,  $F(2, 223) = 0,11$ ,  $p = .89$ .

Däremot fanns det signifikanta skillnader mellan de olika åldersgruppernas medelvärden för både *trygghetsskalan mamma*,  $F(2, 234) = 4,41$ ,  $p < .05$ , och *trygghetsskalan pappa*,  $F(2, 223) = 6,00$ ,  $p < .01$ . Med hjälp av eftertest (Sheffé) visade det sig för *trygghetsskalan mamma* att 13-14 åringarna hade ett signifikant lägre medelvärde än 9-10 åringarna ( $p < .05$ ;  $d = .55$ ). Medan skillnaden var icke-signifikant mellan 9-10 åringar och 11-12 åringar ( $p = .50$ ;  $d = .23$ ) och mellan 11-12 åringar och 13-14 åringar ( $p = .17$ ;  $d = .26$ ). För *trygghetsskalan pappa* var 13-14 åringarnas medelvärde signifikant lägre än både 9-10 åringarnas ( $p < .01$ ;  $d = .65$ ) och 11-12 åringarnas ( $p < .05$ ;  $d = .39$ ). Det fanns däremot ingen skillnad mellan 9-10 åringarnas och 11-12 åringarnas medelvärden ( $p = .61$ ;  $d = .18$ ) (se tabell 7).

Tabell 7.

*Trygghetsskalan normalgrupp: antal, medelvärden och standardavvikelser, uppdelat på kön, ålder och samtliga*

	Flickor		Pojkar		Samtliga	
	n	M(SD)	n	M(SD)	n	M(SD)
Ålder						
	Trygghetsskalan mamma					
9-10 år	26	3,63(0,27)	28	3,56(0,31)	54	3,60(0,29)
11-12 år	36	3,42(0,59)	51	3,56(0,45)	87	3,50(0,51)
13-14 år	58	3,39(0,58)	41	3,35(0,39)	99	3,39(0,50)
Samtliga	120	3,45(0,53)	120	3,49(0,41)	240	3,48(0,47)
	Trygghetsskalan pappa					
9-10 år	25	3,33(0,55)	28	3,47(0,36)	53	3,40(0,46)
11-12 år	32	3,25(0,70)	48	3,34(0,60)	80	3,31(0,63)
13-14 år	56	2,99(0,61)	40	3,17(0,51)	96	3,06(0,58)
Samtliga	113	3,14(0,64)	116	3,31(0,53)	229	3,23(0,59)

*Boendeförhållande.* Beräkningen visade inte på några signifikanta skillnader i medelvärden mellan de olika boendeförhållandena med avseende på *trygghetsskalan mamma*,  $F(2, 243) = 0,74$ ,  $p = .48$ , men däremot för *trygghetsskalan pappa*,  $F(2, 231) =$

23,26,  $p < .001$ . Eftertestet för *trygghetsskalan pappa* (Sheffé) visade att gruppen ”I huvudsak mamma” hade signifikant lägre medelvärde än både gruppen ”Mamma och pappa” ( $p < .001$ ;  $d = 1.01$ ) och gruppen ”Mamma och pappa växelvis” ( $p < .01$ ;  $d = .76$ ). Det fanns däremot ingen signifikant skillnad mellan ”Mamma och pappa” och ”Mamma och pappa växelvis” ( $p = .45$ ;  $d = .26$ ) (se tabell 8).

Tabell 8.

*Trygghetsskalan normalgrupp: antal, medelvärden och standardavvikelser, uppdelat på boendeförhållande*

	Trygghetsskalan mamma			Trygghetsskalan pappa		
	n	M	SD	n	M	SD
Boendeförhållande						
Mamma och pappa	155	3.51	0.41	156	3,37	0.47
Mamma och pappa växelvis	30	3.41	0.52	32	3.23	0.56
I huvudsak hos mamma	61	3,46	0.50	46	2,75	0.72
Samtliga	246	3,48	0,45	234	3,23	0,59

*Anknytningstrygghet till mamma respektive pappa.* Medelvärdet för *trygghetsskalan pappa* var signifikant lägre än medelvärdet för *trygghetsskalan mamma*,  $t(232) = 6,66$ ,  $p < .001$ ;  $d = .47$ . Även när vi jämförde pojkar och flickor var för sig visade sig medelvärdet för *trygghetsskalan pappa* vara signifikant lägre än medelvärdet för *trygghetsskalan mamma*, både för flickor,  $t(111) = 5,37$ ,  $p < .001$ ;  $d = .55$ ; och för pojkar,  $t(113) = 3,60$ ,  $p < .001$ ;  $d = .36$  (se tabell 9).

Tabell 9.

*Trygghetsskalan normalgrupp: mamma och pappa, antal, medelvärden och standardavvikelser, uppdelat på kön och samtliga*

Kön	n	Trygghetsskalan mamma		Trygghetsskalan pappa	
		M	SD	M	SD
Flickor	112	3,46	0.53	3,14	0.64
Pojkar	114	3,48	0.42	3,31	0.54
Samtliga	233	3,48	0,47	3,22	0,59

Tabell 10.

*Trygghetsskalan normalgrupp: mamma och pappa, antal, medelvärden och standardavvikelser, uppdelat på ålder*

Ålder	n	Trygghetsskalan mamma		Trygghetsskalan pappa	
		M	SD	M	SD
9-10 år	51	3,60	0.28	3,41	0.47
11-12 år	82	3,52	0.50	3,31	0.63
13-14 år	100	3,38	0,51	3,06	0,58

Detsamma gällde när vi jämförde åldersgrupperna var för sig; medelvärdet för *trygghetsskalan pappa* var signifikant lägre än medelvärdet för *trygghetsskalan mamma*, 9-10 åringar,  $t(50) = 3,41, p < .01; d = .55$ ; 11-12 åringar,  $t(81) = 3,17, p < .01; d = .37$ ; 13-14 åringar,  $t(99) = 5,02, p < .001; d = .58$  (se tabell 10).

### Resultat för klinisk grupp

*Kön och ålder.* Beräkningen visade inga signifikanta skillnader mellan flickor och pojkar varken för *trygghetsskalan mamma*,  $F(1, 49) = 0,96, p = .33; d = .33$ , eller för *trygghetsskalan pappa*,  $F(1, 44) = 0,87, p = .36; d = .37$ . Det fanns inte heller någon interaktionseffekt för ålder och kön, varken för *trygghetsskalan mamma*,  $F(2, 49) = 0,35, p = .71$ , eller *trygghetsskalan pappa*,  $F(2, 44) = 0,07, p = .93$ .

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan åldersgrupperna för *trygghetsskalan pappa*  $F(2, 44) = 2,69, p = .08$ . Följande signifikansvärden och effektstyrka förelåg för skillnader mellan: 9-10 åringar och 11-12 åringar ( $p = .17; d = .75$ ); 11-12 åringar och 13-14 åringar ( $p = .96; d = .09$ ); 9-10 åringar och 13-14 åringar ( $p = .07; d = .84$ ).

Däremot fanns det en signifikant skillnad för *trygghetsskalan mamma*  $F(2, 49) = 3,35, p < .05$ . Med hjälp av eftertest (Sheffé) visa det sig att 13-14 åringar hade ett signifikant lägre medelvärde än 9-10 åringar ( $p < .05; d = .85$ ). Medan skillnaden var icke-signifikant mellan 9-10 åringarna och 11-12 åringar ( $p = .64; d = .35$ ) och mellan 11-12 åringar och 13-14 åringar ( $p = .31; d = .51$ ) (se tabell 11).

Tabell 11.

*Trygghetsskalan klinisk grupp: antal, medelvärden och standardavvikelser, uppdelat på kön, ålder och samtliga*

Ålder	Flickor		Pojkar		Samtliga	
	n	M(SD)	n	M(SD)	n	M(SD)
Trygghetsskalan mamma						
9-10 år	7	3,36(0,30)	15	3,50(0,48)	22	3,46(0,43)
11-12 år	8	3,30(0,62)	7	3,30(0,30)	15	3,30(0,48)
13-14 år	8	2,88(0,74)	10	3,16(0,37)	18	3,03(0,57)
Samtliga	23	3,17(0,61)	32	3,35(0,43)	55	3,28(0,51)
Trygghetsskalan pappa						
9-10 år	7	3,04(0,40)	13	3,34(0,38)	20	3,23(0,40)
11-12 år	7	2,70(0,82)	6	2,82(0,83)	13	2,76(0,79)
13-14 år	8	2,60(0,87)	9	2,75(0,85)	17	2,68(0,83)
Samtliga	22	2,77(0,73)	28	3,04(0,70)	50	2,92(0,72)

*Boendeförhållande.* Det fanns inga signifikanta skillnader i medelvärden mellan de olika boendeförhållandena, varken för *trygghetsskalan mamma*,  $F(2, 51) = 0,08, p = .97$ , eller för *trygghetsskalan pappa*,  $F(2, 46) = 2,10, p = 0,11$ . Inte heller vid beräkning med icke-parametriskt test visades någon signifikant skillnad, *trygghetsskalan mamma* ( $p = .84$ ), *trygghetsskalan pappa* ( $p = .33$ ) (se tabell 12).

Tabell 12.

*Trygghetsskalan klinisk grupp: antal, medelvärden, standardavvikelser och effektstyrka, uppdelat på boendeförhållande*

	Trygghetsskalan mamma			Trygghetsskalan pappa		
	n	M	SD	n	M	SD
<b>Boendeförhållande</b>						
Mamma och pappa	15	3,23	0.47	14	3,00 <sub>a,c</sub>	0.45
Mamma och pappa växelvis	18	3.30	0.48	18	3.15 <sub>b,d</sub>	0.47
I huvudsak hos mamma	17	3,31	0.65	13	2,71 <sub>a,b</sub>	1,01
Annat	5	3,23	0,32	5	2,40 <sub>c,d</sub>	0,90
Samtliga	55	3,28	0,07	50	2,92	0,72

Parvis redovisning av effektstyrka för trygghetsskalan pappa: a)  $d = .38$ ; b)  $d = .56$ ; c)  $d = .85$ ; d)  $d = 1.05$

*Anknytningstrygghet till mamma respektive pappa.* Medelvärdet för *trygghetsskalan pappa* var signifikant lägre än medelvärdet för *trygghetsskalan mamma*,  $t(49) = 4,03, p < .001$ ;  $d = .60$ . Även när vi jämförde pojkar och flickor var för sig visade sig medelvärdet för *trygghetsskalan pappa* vara signifikant lägre än medelvärdet för *trygghetsskalan mamma*, för flickor,  $t(21) = 3,01, p < .01$ ;  $d = .62$ ; och pojkar,  $t(27) = 2,68, p < .05$ ;  $d = .58$  (se tabell 13).

När vi jämförde åldersgrupperna var för sig var medelvärdet för *trygghetsskalan pappa* signifikant lägre än medelvärdet för *trygghetsskalan mamma* för 9-10 åringar,  $t(19) = 3,41, p < .01$ ;  $d = .61$ ; och 11-12 åringar,  $t(12) = 3,05, p < .05$ ;  $d = .94$ , men inte för 13-14 åringar,  $t(16) = 1,64, p = .12$ ;  $d = .47$ . Resultatet kontrollerades med hjälp av icke-parametriskt test, vilket bekräftade ovanstående; skillnaden var signifikant för 9-10 åringar ( $p < .01$ ) och 11-12 åringar ( $p < .01$ ), men inte för 13-14 åringar ( $p = .12$ ) (se tabell 14).

Tabell 13.

*Trygghetsskalan klinisk grupp: mamma och pappa, antal, medelvärden och standardavvikelser, uppdelat på kön och samtliga*

	n	Trygghetsskalan mamma		Trygghetsskalan pappa	
		M	SD	M	SD
<b>Kön</b>					
Flickor	22	3,19	0.62	2,77	0.73
Pojkar	28	3,37	0.41	3,04	0.70
Samtliga	50	3,29	0,52	2,92	0,71

*Jämförelse mellan olika diagnosgrupper.* Vid en första jämförelse av de fem diagnosgruppernas medelvärden kunde ingen signifikant skillnad påvisas för varken *trygghetsskalan mamma*  $F(4,50) = 0,54, p = .71$ , eller *trygghetsskalan pappa*  $F(4,45) = 1,76, p = .15$  (se tabell 15).

Diagnosgrupperna lades därefter ihop i två grupper Nedstämdhet/Oro och Beteendestörning/Relationsproblem, medan gruppen Under utredning utelämnades. Men inte heller då kunde någon signifikant skillnad påvisas, *trygghetsskalan mamma*  $t(43) = -0,21, p = .98$ ;  $d = .01$ , och *trygghetsskalan pappa*  $t(40) = -1,48, p = .15$ ;  $d =$

.46. Det samma gällde vid beräkning med icke-parametriskt test för *trygghetsskalan mamma* ( $p = .57$ ) och *trygghetsskalan pappa* ( $p = .18$ ).

Tabell 14.

*Trygghetsskalan klinisk grupp: mamma och pappa, antal, medelvärden och standardavvikelser, uppdelat på ålder*

Ålder	n	Trygghetsskalan mamma		Trygghetsskalan pappa	
		M	SD	M	SD
9-10 år	20	3,48	0.39	3,23	0.40
11-12 år	13	3,37	0.48	2,76	0.79
13-14 år	17	3,02	0,58	2,68	0,83

Tabell 15.

*Trygghetsskalan klinisk grupp: antal, medelvärden och standardavvikelser, uppdelat på diagnosgrupper*

Diagnos	Trygghetsskalan mamma			Trygghetsskalan pappa		
	n	M	SD	n	M	SD
Beteendestörning	14	3,33	0.34	11	2,69	0.90
Relationsproblem	10	3,12	0,45	10	2,63	0.71
Nedstämdhet	9	3,29	0,52	9	2,99	0,62
Oro/Ångest	12	3,20	0,78	12	3,00	0,71
Under utredning	10	3,44	0,42	8	3,40	0,25

*Korrelation mellan Trygghetsskalan och SDQ.* När korrelationen mellan Trygghetsskalan och SDQ-TS beräknades kunde ingen signifikant korrelation påvisas varken för *trygghetsskalan mamma*  $r(42) = -0,24$ ,  $p = .11$  eller *trygghetsskalan pappa*  $r(40) = -0,10$ ,  $p = .53$ . Inte heller med icke-parametriskt test kunde någon korrelation påvisas, *trygghetsskalan mamma*  $rs(42) = -0,27$ ,  $p = .08$ , och *trygghetsskalan pappa*  $rs(40) = -0,06$ ,  $p = .70$ .

Vid icke-parametrisk beräkning för korrelationen mellan SDQ-PB och Trygghetsskalan fanns det en positiv sådan för *trygghetsskalan mamma*,  $rs(39) = .35$ ,  $p < .05$ , men inte för *trygghetsskalan pappa*,  $rs(36) = .11$ ,  $p = .50$ .

### *Resultat vid jämförelse mellan normalgrupp och klinisk grupp*

*Jämförelse av gruppernas medelvärden.* Den kliniska gruppens medelvärde var signifikant lägre än normalgruppens, både vad det gäller *trygghetsskalan mamma*  $F(1, 301) = 11,18$ ,  $p < .01$ ;  $d = .41$ , och *trygghetsskalan pappa*  $F(1, 284) = 14,63$ ,  $p < .001$ ;  $d = .46$  (se tabell 16).

Vid efterföljande beräkning med uppdelning på ålder och kön var det enbart för grupperna 13-14 åringar och flickor som medelvärdet på *trygghetsskalan mamma* var signifikant lägre för den kliniska gruppen jämfört med normalgruppen. Medan det för

*trygghetsskalan pappa* fanns ett signifikant lägre värde för den kliniska gruppen jämfört med normalgruppen för 11-12 åringar och både flickor och pojkar (se tabell 17).

Tabell 16.

*Trygghetsskalan: jämförelse mellan normalgrupp och klinisk grupp, antal, medelvärden och standardavvikelser*

Grupp	Trygghetsskalan mamma			Trygghetsskalan pappa		
	n	M	SD	n	M	SD
Normal	248	3,47	0,47	236	3,23	0,59
Klinisk	55	3,28	0,52	50	2,92	0,72

Tabell 17.

*Trygghetsskalan: jämförelse mellan normalgrupp och klinisk grupp; antal, medelvärden, standardavvikelser, t-värden, frihetsgrader, signifikansvärden och effektstyrka*

	Normal		Klinisk		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	n	M (SD)	n	M (SD)				
Trygghetsskalan mamma								
9-10 år	54	3,60 (0,29)	22	3,46 (0,43)	1,41	29,10	.17	.38
11-12 år	89	3,50 (0,51)	15	3,30 (0,48)	1,44	102	.15	.41
13-14 år	105	3,39 (0,50)	18	3,03 (0,57)	2,75	121	.01	.67
Flickor	120	3,45 (0,53)	23	3,17 (0,61)	2,22	141	.05	.48
Pojkar	120	3,49 (0,41)	32	3,35 (0,43)	1,71	150	.09	.34
Trygghetsskalan pappa								
9-10 år	53	3,40 (0,46)	20	3,23 (0,40)	1,46	71	.15	.40
11-12 år	82	3,31 (0,63)	13	2,76 (0,79)	2,81	93	.01	.77
13-14 år	101	3,06 (0,58)	17	2,68 (0,83)	1,82	18,65	.09	.53
Flickor	113	3,14 (0,64)	22	2,77 (0,73)	2,40	142	.05	.53
Pojkar	116	3,31 (0,53)	28	3,04 (0,70)	2,30	133	.05	.44

### *Gränsvärde för otrygg anknytning*

Vid beräkning av gränsvärde för otrygg anknytning använde vi den kategorisering som Kerns m.fl. (1996) förespråkar, dvs. att den undre tredjedelen anses ha otrygg anknytning. För normalgruppen som helhet innebär detta att en tredjedel (33:e percentilen) av undersökningsdeltagarna hade ett medelvärde på 3,36 eller lägre på *trygghetsskalan mamma* och motsvarande 3,07 för *trygghetsskalan pappan*.

Ett alternativ skulle kunna vara att använda formulärets kodning som grund för gränsvärdet, vilket innebär att alla värden under 3,00 indikerar otrygg anknytning. Med denna gräns har 14,1 % av deltagarna i normalgruppen otrygg anknytning till mamma

medan 31,8 % har det till pappa. Vi har dock valt att använda 33:e percentilens medelvärde i normalgruppen som gränsvärde.

När den kliniska gruppen jämfördes mot normalgruppens gränsvärde visade det sig att för *trygghetsskalan mamma* hade 56,4 % ett medelvärde på 3,36 eller lägre och för *trygghetsskalan pappa* hade 50 % ett medelvärde på 3,07 eller lägre.

Med tanke på att vår studie har visat på signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna finner vi det dock mest ändamålsenligt att ge ett gränsvärde för varje åldersgrupp, detta ligger även i linje med tidigare forskning som visat på åldersrelaterade förändringar under mellanbarndomen (se tabell 18).

Tabell 18.

*Normering av Trygghetsskalan: Gränsvärde (33:e percentilen i normalgruppen) samt medelvärden och antal för normalgrupp och klinisk grupp*

Ålder	Gränsvärde	Normal M (n)	Klinisk M (n)
Trygghetsskalan mamma			
9-10 år	3,50	3,60 (54)	3,46 (22)
11-12 år	3,36	3,50 (89)	3,30 (15)
13-14 år	3,21	3,39 (105)	3,03 (18)
Samtliga	3,36	3,48 (248)	3,28 (55)
Trygghetsskalan pappa			
9-10 år	3,36	3,40 (53)	3,23 (20)
11-12 år	3,29	3,31 (82)	2,76 (13)
13-14 år	2,93	3,06 (101)	2,68 (17)
Samtliga	3,07	3,23 (236)	2,92 (50)

## Diskussion

### *Sammanfattning av studien*

Studiens huvudsyften har varit att normera Trygghetsskalan efter svenska förhållanden samt att jämföra upplevd anknytning hos barn i en normalgrupp och i en klinisk grupp. Som gränsvärde för otrygg anknytning ansåg vi att det var mest rimligt att använda medelvärdet för den 33:e percentilen i normalgruppen eftersom flertalet andra studier funnit att den nedre tredjedelen i populationen kan betraktas ha en otrygg anknytning. Gränsvärde för de olika åldersgrupperna och för normalgruppen som helhet har presenterats i tabell 18. I likhet med en mängd andra studier kunde vi visa på ett lägre medelvärde för den kliniska gruppen jämfört med normalgruppen, vilket talar för att en otrygg anknytning kan vara en riskfaktor vid utvecklande av psykisk ohälsa.

Utöver detta fann vi att anknytningstryggheten till föräldrarna minskar med åldern, vilket går i linje med tidigare anknytningsteoretisk forskning. Likaså bekräftas tidigare forskning om att anknytningen är könsneutral då vår studie inte påvisade några skillnader mellan pojkar och flickor.

Studien visade även att undersökningsdeltagarna hade en lägre grad av trygg anknytning till pappa jämfört med mamma. Och det fanns signifikanta skillnader mellan boendeförhållanden, där gruppen med barn som bara bodde med sin mamma hade lägre grad av trygg anknytning till pappa jämfört med gruppen med barn som bodde med både mamma och pappa respektive gruppen med barn som bodde växelvis hos sina föräldrar.

Det framkom inga signifikanta skillnader mellan diagnosgrupperna, däremot visade resultatet att föräldraskattat kamratbeteende korrelerar med upplevd anknytning till mamma.

Vi kommer att här nedan mer ingående presentera studiens resultat och relatera dessa till tidigare forskning. Där vi ansett det relevant har vi tolkat och utvecklat resultaten. Vi har även diskuterat de brister som finns i vår studie och i tidigare forskning samt gett förslag på framtida forskning. Därefter tar vi upp hur Trygghetsskalan blev bemött av elever, patienter, föräldrar och behandlare. Slutligen ges en avslutande diskussion där vi som författare vill framhålla vikten av att belysa anknytningen när barn söker hjälp för psykisk ohälsa, och då inte bara anknytningen till mamma utan till båda föräldrarna.

### *Diskussion av resultaten*

*Jämförelse mellan klinisk grupp och normalgrupp.* Vår studie kunde påvisa att den kliniska gruppen hade signifikanta lägre medelvärde än normalgruppen med avseende på anknytningstrygghet (se tabell 16), vilket överensstämmer med tidigare studier som visat att otrygg anknytning kan utgöra en riskfaktor för psykisk ohälsa (Kerns, 2008).

När de båda gruppernas medelvärden jämfördes uppdelade på ålder respektive kön var inte alla skillnader signifikanta (se tabell 17). Det finns dock skäl att anta att dessa resultat möjligtvis skulle ha varit signifikanta med större undersökningsgrupper, detta då effektstyrkan ligger runt  $d = .40$  samtidigt som flera av grupperna är små, olika stora och med stor standardavvikelse.

Samtidigt bör vissa omständigheter nämnas som kan ha förstärkt skillnaden mellan undersökningsgrupperna. Under insamling av data i normalgruppen var det alltid några deltagare som valde att inte fylla i formuläret. Bland dessa kan det troligtvis ha funnits barn med otrygg anknytning som upplevde frågorna som obekväma och därför valde att inte fylla frågeformuläret. Det fanns även barn som inte klarade av att koncentrera sig på formuläret utan istället lekte eller störde de andra barnen. Detta kan ha gjort att medelvärdet för normalgruppen är högre än vad det borde vara och därför inte representativt för populationen.

Ytterligare invändningar som kan göras mot resultatet är att deltagarna fyllde i formulären under olika former. I normalgruppen fylldes formuläret i klassvis medan deltagarna i den kliniska gruppen fyllde i formuläret tillsammans med en behandlare. Hur denna skillnad kan ha påverkat resultatet vet vi inte men det är rimligt att anta att situationen har påverkat deltagarna då utvecklingspsykologisk forskning har visat att barn är väldigt kontextberoende och påverkas av den omgivande miljön (Smedler & Tideman, 2009). Därför bör man vara mycket försiktig när man drar slutsatser utifrån

barns testresultat, framförallt som i det här fallet där deltagarna har fyllt i formulären under olika omständigheter.

*Gränsvärde för otrygg anknytning.* Vid beräkning av gränsvärde för otrygg anknytning valde vi den kategorisering som Kerns m.fl. (1996) förespråkar, dvs. att de barn vars medelvärden befinner sig i den nedre tredjedelen av fördelningen har en otrygg anknytning. Detta gränsvärde är valt därför att studier gjorda med Främmandesituationen (Strange Situation) återkommande visar att en tredjedel av ifrån medelklassen i västvärlden har en otrygg anknytning. Vi valde dock inte som Kerns, m.fl. (1996) att dela upp gränsvärdet på kön eftersom vår studie inte visar på några könsskillnader. Istället beräknade vi specifika gränsvärden för åldersgrupperna då vår studie visar på signifikanta skillnader dem emellan (se tabell 18).

När vi jämförde den kliniska gruppen mot normalgruppens gränsvärde visade det sig att ungefär hälften i den kliniska gruppen hade en otrygg anknytning; 56,4 % för *trygghetsskalan mamma* och 50 % för *trygghetsskalan pappa*, vilket ligger i linje med andra studier som visat att otrygg anknytning är vanligare i kliniska grupper (Kerns, 2008).

I resultatavsnittet presenterades även ett alternativt gränsvärde som grundade sig på formulärets kodning, där alla medelvärden under 3,00 indikerar otrygg anknytning. Med denna gräns hade 14,1 % av deltagarna i normalgruppen otrygg anknytning till mamma medan 31,8 % hade det till pappa. För anknytningen till pappa överensstämmer detta gränsvärde ungefär med det som sattes vid 33:e percentilen; grupperna med otrygg anknytning blir ungefär lika stora. Medan det för anknytningen till mamma innebär att gruppen med otrygg anknytning blir ungefär hälften så stor om gränsvärdet sätts vid ett medelvärde på 3,00 i stället för 3,36. Men med stöd i tidigare forskning tycker vi att det verkar mest rimligt att använda medelvärdet för den 33:e percentilen som gränsvärde (Kerns m.fl., 1996). Flertalet studier med olika metoder har visat att ungefär så många barn har en otrygg anknytning (Broberg, 1996).

I kliniska sammanhang bör gränsvärdet användas med försiktighet då det inte nödvändigtvis har giltighet i det individuella fallet. Som tidigare nämnts är barn starkt kontextberoende, vilket innebär att ett resultat på Trygghetsskalan kan påverkas av en mängd olika faktorer som inte är relaterade till anknytning. En ytterligare brist hos Trygghetsskalan är att instrumentet inte är konstruerat för att fånga in de omedvetna aspekterna av anknytningssystemet.

Samtidigt har de flesta behandlare som deltagit i studien varit positiva till frågeformuläret. De tyckte att det framkom information som var relevant och användbar i behandlingen. Och en del upplevde att formuläret även fångade in omedvetna anknytningsaspekter och att resultatet överensstämde med andra mer projektiva test.

Vår rekommendation är att resultatet på Trygghetsskalan används som en hypotes om hur barnet upplever sina nära relationer, vilket tillsammans med information från andra delar av utredningen kan utgöra underlag vid behandling.

*Åldersrelaterade skillnader i anknytningstrygghet.* I normalgruppen var 13-14 åringarnas medelvärden signifikant lägre än 9-10 åringarnas för både *trygghetsskalan mamma* och *trygghetsskalan pappa*. När det gäller *trygghetsskalan pappa* var 13-14 åringarnas medelvärde även signifikant lägre än 11-12 åringarnas (se tabell 7).

I den kliniska gruppen var 13-14 åringarnas medelvärde signifikant lägre än 9-10 åringarna för *trygghetsskalan mamma*. För *trygghetsskalan pappa* var skillnaden inte

signifikant men med tanke på den stora effektstyrkan  $d = .84$  finns det skäl att anta att den blivit det med större undersökningsgrupper (se tabell 11).

Tidigare studier har visat på motstridiga resultat vad det gäller anknytningstrygghetens kontinuitet under mellanbarndomen. I en del studier har den upplevda anknytningen varit konstant medan den i andra har minskat och i en del till och med ökat (Kerns, 2008). Bland annat visade en studie där Trygghetsskalan delades upp i två dimensioner att barns upplevelse av att vara beroende av anknytningspersonerna minskar under mellanbarndomen, medan deras upplevelse av anknytningspersonernas tillgänglighet var konstant (Kerns m.fl., 2006). Huruvida denna skillnad i beroende och tillgänglighet föreligger i vår undersökning kan vi inte uttala oss om då vi inte gjort någon sådan uppdelning av Trygghetsskalan utan jämfört anknytningstryggheten i sin helhet. I en framtida studie skulle det vara intressant att undersöka om de två dimensionerna har stöd i våra data och hur de i så fall förändras med åldern.

En annan viktig skillnad mellan vår studie och andra studier som utförts med Trygghetsskalan är att vi har med barn i 13-14 årsåldern medan andra studier oftast inte har med barn som är äldre än 12 år. Tidigare nämnda studier som t.ex. Kerns m.fl., (1996; 2000; 2001; 2006) och Verschuren och Marcoen (2005) har jämfört barn i tredje klass med barn i sjätte klass. Medan vi i vår studie har jämfört barn i tredje, femte och sjunde klass. Detta gör att resultaten från deras studier blir svåra att jämföra med våra resultat, dels för att deras jämförelse gäller en åldersskillnad på tre år medan våra gäller två eller fyra år, dels för att vi har med barn som är ett år äldre.

Det är dessutom så att vi plockade bort en av de 15 frågorna i Trygghetsskalan vid den statistiska analysen eftersom denna avvek allt för mycket vid beräkning av den interna reliabiliteten.

För att undersöka hur anknytningssystemet utvecklas med åldern bör man främst använda sig av longitudinella studier där samma barn jämförs vid olika åldrar. Så har skett i studierna av Verschuren & Marcoen (2005) och Kerns m.fl. (2000; 2001; 2006), vilket innebär att vår studie avviker även på denna punkt.

Det vi kan säga, med stöd i vår studie, är att den upplevda anknytningstryggheten till både mamma och pappa verkar minska med åldern. I vår undersökning skattade 13-14 åringarna sin anknytningstrygghet som lägre jämfört med 9-10 åringarna. Detta är ett resultat som fått stöd i andra studier där barn i den sena mellanbarndomen och tidiga adolescensen visat sig mindre beroende av sina anknytningspersoner (Kerns, 2008). Och det överensstämmer även med den utvecklingsteori som anknytningsforskningen vilar på, dvs. att den normala utvecklingen bör förändra relationen till anknytningspersonerna (Kerns & Seibert, 2010). För att förstå hur denna utveckling av anknytningssystemet ser ut i mellanbarndomen krävs det ytterligare studier, och då framförallt longitudinella sådana.

*Flickor och pojkars anknytning.* I vår studie kunde vi inte påvisa några signifikanta skillnader mellan pojkars och flickors anknytning till sina föräldrar, varken för normalgruppen eller den kliniska gruppen (se tabell 7 och tabell 11). I en del tidigare studier med Trygghetsskalan har man funnit könsskillnader (Kerns m.fl., 1996; Verschuren & Marcoen, 2005). Samtidigt har de flesta övriga studier inte kunnat visa på några könsskillnader hos barn. Med tanke på anknytningsteorins evolutionsbiologiska rötter är denna avsaknad av könsskillnader inte oväntad eftersom situationer som

aktiverar anknytningssystemet bör ha varit de samma för barn av båda könen under människans utveckling (Grossmann, Grossmann, Kindler & Zimmermann, 2008).

*Skillnader mellan upplevd anknytning till mamma och pappa.* Studien visade att den upplevda anknytningstryggheten var signifikant lägre till pappa än till mamma. Detta resultat gällde för både normalgruppen och den kliniska gruppen i sin helhet och uppdelat på kön och ålder. Den enda skillnad som inte var signifikant var för 13-14 åringar i den kliniska gruppen, men med tanke på den höga effektstyrkan ( $d = .47$ ) hade den möjligen varit det med större undersökningsgrupper (se tabell 9 och 10). Resultatet överensstämmer med tidigare studier utförda med Trygghetsskalan (Kerns m.fl., 2000; Verschuren & Marcoen, 2005) men även med andra studier som visar att de flesta barn i mellanbarndomen föredrar mamma framför pappa i situationer som aktiverar anknytningssystemet (Kobak, Rosenthal & Serwik, 2005). Vi återkommer till detta ämne i den avslutande diskussionen.

*Relationen mellan boendeförhållande och anknytningstrygghet.* När vi inom normalgruppen jämförde barn som bodde med båda sina föräldrar med barn som bodde varannan vecka hos respektive förälder hittade vi inga signifikanta skillnader i anknytningstrygghet. Däremot hade barn som enbart bodde hos mamman ett signifikant lägre medelvärde jämfört med båda de ovan nämnda grupperna med avseende på anknytningstrygghet till pappan (se Tabell 8). Samma tendens infann sig även i den kliniska gruppen även om den inte visade sig vara signifikant. Med tanke på den måttliga effektstyrkan kan man anta att skillnaden möjligtvis skulle vara signifikant med större undersökningsgrupper (se Tabell 12).

I en studie där de använde Trygghetsskalan kunde Kerns m.fl. (1996) visa att barn med skilda föräldrar upplevde lägre grad av trygg anknytning till mamma än barn med sammanboende föräldrar. Någon sådan skillnad kunde vi inte påvisa i vår studie. Den skillnad som vi kunde påvisa gällde upplevd anknytningstrygghet till pappa och var inte huvudsakligen relaterad till skilsmässa utan till boendeförhållanden.

Vi vet dock inte om det är boendeförhållandet som orsakar den lägre graden av anknytningstrygghet eller om det förhåller sig så att pappan och barnet redan innan skilsmässan hade en lägre grad av trygg anknytning och därför valt att inte bo ihop. Det kan även röra sig om en kombination av ovan nämnda möjligheter, dvs. att en redan otrygg anknytning blir ännu mer otrygg efter skilsmässan p.g.a. att barnet sällan träffar sin pappa.

*Jämförelse mellan olika diagnosgrupper.* Vi kunde inte påvisa någon signifikant skillnad i anknytning mellan de olika diagnosgrupperna. Det kan dock vara värt att notera att det för *trygghetsskalan pappa* fanns en medelstor effektstyrka ( $d = .46$ ) vid uppdelning i två grupper; Beteendestörning/Relationsproblem och Nedstämdhet/Oro. Möjligtvis hade skillnaden varit signifikant med större undersökningsgrupper.

Bland de diagnosgrupper vi jämfört har tidigare studier visat på starkast samband mellan beteendestörning och otrygg anknytning, framförallt desorganiserad sådan. Samtidigt har en del studier kunnat visa på samband mellan otrygg anknytning och depression, men även ångestsyndrom (Deklyen & Greenberg, 2008). Överlag finns det ett behov av mer forskning kring relationen mellan anknytning och psykopatologi och då utifrån en transaktionell modell där både miljöfaktorer och biologiska faktorer beaktas (Broberg m.fl., 2008).

*Korrelation mellan Trygghetsskalan och SDQ.* Ingen signifikant korrelation kunde påvisas mellan Trygghetsskalan och SDQ-TS. Men det kan vara värt att notera den medelstora negativa korrelationen ( $r = -.27$ ) på trendnivå ( $p = .08$ ) mellan SDQ-TS och trygghetsskalan mamma.

För SDQ-PB och Trygghetsskalan fanns det däremot en signifikant positiv korrelation för *trygghetsskalan mamma* på en medelstor nivå ( $r = .35$ ). Detta är ett resultat som överrensstämmer med flera tidigare studier där trygg anknytning till mamma har visat sig ha samband med förmågan att vidmakthålla goda kamratrelationer (Kerns m.fl., 1996). Bland annat har man kunnat visa att upplevd anknytning till mamma mätt med Trygghetsskalan har medelstark korrelation med lärarskattade, kamratskattade, självskattade och observerade kamratrelationer (Kerns & Seibert, 2010). Vår studie visar att även föräldraskattat kamratbeteende korrelerar med upplevd anknytning till mamma.

### *Mottagandet av Trygghetsskalan*

*Normalgruppen.* Samtliga barn fick godkänt av sina föräldrar till att delta i studien och endast ett fåtal av eleverna avstod ifrån att fylla i frågeformuläret. De flesta barnen hade inga problem med att förstå innebörden i frågorna, förutom fråga nummer två: *"En del barn tycker att deras pappa/mamma lägger sig i när de gör saker MEN andra barn tycker att deras pappa/mamma låter dem göra saker på egen hand"*. Tanken med frågan är att det är positivt om barn får göra saker på egen hand med uppmuntran från föräldrarna (A. Broberg, personlig kommunikation, 14 april, 2010) men en del barn kunde uppfatta detta svarsalternativ som negativt då de tolkade det som att föräldrarna inte bryr sig. Vid beräkning av den interna reliabiliteten visade det sig att denna fråga avvek och av denna anledning plockades frågan bort. Då oklarheter uppstod kring denna fråga i klassrummet omformulerades den muntligt till: *"En del barn tycker att deras pappa/mamma kontrollerar/bestämmer när de gör saker MEN en del barn låter dem göra saker på egen hand"*. Efter omformuleringen uppfattade artikelförfattarna det som om barnet svarade på ett sätt som överrensstämde med frågans betydelse. Till en framtida studie med Trygghetsskalan föreslår författarna att denna fråga bör omformuleras.

Vid enstaka tillfällen och då enbart från elever i årskurs tre uppstod oklarhet kring vad ordet *"behov"* i fråga nummer sex betyder. Då barnen fick förklaringen att det är samma sak som *"behöver"* verkade barnen förstå frågan bättre. Utöver detta uppfattade författarna det som om barnen inte hade några problem med att genomföra frågeformuläret, vilket styrkts av en hög intern konsistens.

Vid ett tillfälle uppfattade författarna att en elev i årskurs 3 blev ledsen när denne fyllde i formuläret, medan en annan elev i årskurs 5 besvarades av en viss fråga och därför bad om att inte behöva fylla i den. Med tanke på att frågorna berör känsliga områden i ett barns liv kan man tänka sig att fler barn blev illa berörda av frågorna, t.ex. en del av dem som valde att inte fylla i frågeformuläret. Under insamlandet av data upplevde vi det som problematiskt att sätta igång sådana känslomässiga processer och sedan när formulären var insamlade lämna barnen.

*Den kliniska gruppen.* Eftersom barnen i den kliniska gruppen fyllde i Trygghetsskalan tillsammans med sina behandlare bygger vår beskrivning av mottagandet på intervjuer med dessa. Alla tillfrågade föräldrar godkände sina barns medverkan och inget barn nekade till att fylla i formuläret.

Överlag fick Trygghetsskalan positiva omdömen av de behandlare som använt frågeformuläret. Man menade bland annat att det framkom information som sedan varit relevant och användbart i den fortsatta behandlingen. En terapeut nämnde att formuläret även verkade fånga in vissa omedvetna aspekter och ”krokar tag i något hos barnet” och att det fanns en överrensstämmelse med vad som framkom i projektiva test. Ett par behandlare nämnde att barnens problem alltid har ett samband med anknytningsrelationen. De tyckte därför att det var användbart med ett frågeformulär som fångar in anknytningen, framförallt vid vårdnadstvister. Behandlarna menade att det är oerhört viktigt att ha tillgång till instrument som hjälper till att lyfta fram sådana aspekter. Vissa behandlare använde material från Trygghetsskalan vid återgivning av patienter för bedömning om åtgärder och diagnos.

Det framkom även åsikter om att anknytningens kvalitet kan vara ännu viktigare för barn med neuropsykiatriska diagnoser eftersom sårbarheten inför psykisk ohälsa då kan vara mer påtaglig. Det här är en viktig invändning, som även nämns i t.ex. Deklyen och Greenberg (2008), dvs. att otrygg anknytning i sig inte behöver utgöra en risk utan att det är först i kombination med andra svårigheter (som t.ex. ADHD och autism) som den visat sig utgöra en mer påtaglig fara. I dessa fall kan orsakssambanden ofta vara komplicerade med en mängd riskfaktorer som påverkar varandra. Man kan tänka sig att risken för en otrygg anknytning ökar när det föreligger neuropsykiatriska svårigheterna samtidigt som en otrygg anknytning försvårar relationen mellan barn och föräldrar och på så sätt ytterligare förstärker barnets svårigheter. Därför finns det goda skäl att arbeta med anknytningsaspekten vid behandling av neuropsykiatriska svårigheter, både för anknytningsrelationens egen skull och för att en trygg anknytning underlättar arbetet med de andra svårigheterna. Det kan till och med vara så att anknytningskvaliteten är avgörande i behandlingen. Detta gäller t.ex. i behandlingar där föräldraträningsprogram används, där krävs det en trygg och stabil relation mellan föräldrar och barn för att övriga aspekter av programmet ska fungera (U. Axberg, personlig kommunikation, 8 januari, 2010).

När det gäller den kritik som framkom mot Trygghetsskalan berör den framförallt osäkerheten i tolkningen av fråga nummer två. Denna uppfattning stämmer även med den bild som vi fick under insamlandet av normaldata och frågan togs därför som sagt bort vid de statistiska beräkningarna.

Det framkom även tankar från en del behandlare att Trygghetsskalan kunde uppvisa orealistiska värden då vissa barn med svåra hemförhållanden uppenbarligen idealiserade sina föräldrar och svarade på ett sätt som inte speglade hur det verkligen förhöll sig. Detta är en relevant iakttagelse; omedvetna aspekter av anknytningen kommer inte Trygghetsskalan åt. Den är konstruerad för att fånga in barnets upplevda anknytning, dvs. den gör inga anspråk på att fånga in de omedvetna arbetsmodellerna. För att göra det krävs det andra metoder. Samtidigt som det bör påpekas att resultatet på Trygghetsskalan har visat sig ha samband med andra instrument som mäter mer omedvetna aspekter av anknytning (Verschuren & Marcoen, 2005).

En annan sak som framkom var att det hos ett fåtal behandlare fanns ett visst motstånd mot att använda frågeformuläret, något som enligt dem själva kunde grunda sig i deras egen personliga bakgrund eller att de inte ville att föräldrarna skulle uppleva

att de skuldbelade dem. Bowlby (2006) påpekade att det olyckligtvis ibland funnits uppfattningar om att anknytningsteorin lägger skulden på föräldrarna. Tvärtom bör föräldrarnas inadekvata omsorgsbeteende i de flesta fall ses som en följd av deras egna barndomsupplevelser. Bowlby poängterade att man som behandlare bör acceptera patientens berättelse och undvika moraliska domar kring föräldrarna. Istället bör behandlare hjälpa och stödja föräldrarna att bli fria från negativa biverkningar av sin egen barndom så att ett icke önskvärt socialt arv kan brytas (Bowlby, 2006).

*Summering av mottagandet.* Till övervägande del uppfattade behandlarna på BUP Trygghetsskalan som användbar även om det förekommit viss kritik. Alla tillfrågade föräldrar godkände barnens medverkan och vissa föräldrar tyckte det var positivt att kunna hjälpa andra barn genom att medverka i studien. Förutom fråga nummer två har barnen och ungdomarna i både normalgruppen och den kliniska gruppen haft lätt för att förstå och genomföra uppgiften.

### *Framtida forskning med Trygghetsskalan*

Trygghetsskalan, i likhet med de flesta instrumenten som används för att mäta anknytningstrygghet i mellanbarndomen, har visat sig ha god reliabilitet men saknar fullständig valideringsdata. Inga av instrumenten har validerats mot observation av anknytningsbeteenden (trygg bas/säker hamn). För åldern 6-8 år finns det en utarbetad metod för att göra den här typen av observationer men för äldre barn saknas detta. Det saknas även forskning kring hur de olika mätmetoderna överlappar varandra och korrelerar (Kerns & Seibert, 2010).

Kerns och Seibert (2010) föreslår därför att framtida studier bör innehålla minst två instrument för att undersöka hur instrumenten förhåller sig till varandra. Som ett led i detta föreslår de att man använder Trygghetsskalan i kombination med Story-stem (ett test där barnet kompletterar och avslutar anknytningsrelaterade historier som testledaren berättar) och Autobiographical Narratives (intervjuer som bygger på AAI men som har utvecklats för att passa åldersgruppen).

Den kliniska undersökningsgruppen i denna studie bestod av 55 deltagare vilket emellanåt gav mycket små undergrupper. Med en större klinisk grupp skulle ytterligare forskning med Trygghetsskalan kunna ge mer tillförlitliga resultat.

Det skulle även vara intressant att mer grundligt, t.ex. genom strukturerade intervjuer, undersöka hur behandlare upplever Trygghetsskalan. Frågor som skulle vara intressanta att få svar på är om behandlarna anser att formuläret tillför något i utredningen, på vilket sätt formuläret bäst administreras och hur resultatet kan användas i behandlingen.

### *Avslutande diskussion*

Eftersom flertalet studier i likhet med vår visat att otrygg anknytning utgör en riskfaktor för psykisk ohälsa så anser vi att det finns väl grundade skäl att fokusera på anknytningsrelationer i behandling av barn och ungdomar. Vi vill i detta sammanhang framhålla betydelsen av barnets anknytningsrelation till båda sina föräldrar. Så som många andra studier kunde vi visa att de flesta barn har en lägre grad av trygg

anknytning till sin pappa än till sin mamma. Tyvärr finns det en mängd studier som visar att pappor har sämre relation till sina barn än mammor, bl.a. är många pappor mindre engagerade och tar mindre ansvar för sina barn än mammor (Broberg m.fl., 2006; Duvander & Jans, 2009). Ett exempel på detta är fördelningen av föräldraledighet där svenska pappor tog ut endast 22,3 procent av föräldrapenningdagarna år 2009 (Försäkringskassan, 2010). Att det förhåller sig så här i Sverige trots flera decennier av jämställdhetsarbete finns det troligtvis en mängd olika orsaker till, vilket vi inte har möjlighet att diskutera här.

Vad vi kan säga är att det inom anknytningsforskningen inte finns något stöd för att barn inte skulle kunna skapa en trygg anknytning till sin pappa (Broberg m.fl., 2006). Man har inte heller kunnat påvisa några skillnader i pappors och mammors förutsättningar att ta hand om barn. Båda måste lära sig uppgiften men eftersom mammor oftast tillbringar mer tid med barnet och möjligtvis är mer förberedda p.g.a. graviditet, förlossning och amning så är de också mer lyhörda för barnets signaler och mer inställda på att prioritera barnets behov framför sina egna (Broberg m.fl., 2006).

Dessutom vet vi att trygg anknytning till två föräldrar, oavsett kön, är mer gynnsamt för barnet än bara en (Broberg m.fl., 2006). Bland annat har man i en studie där man jämförde barns inställning till främmande människor och hur de tog sig an nya uppgifter kunnat visa att de barn som hade en trygg anknytning till bägge föräldrarna var säkrast och mest kompetenta. De barn som hade en trygg anknytning till bara en av föräldrarna uppvisade näst bäst resultat medan barnen med otrygg anknytning till bägge föräldrarna var mest osäkra och presterade lägst (Main & Weston, 1981). Detta talar för att behandlingsmetoder vars syfte är att förbättra anknytningsrelationen bör involvera båda föräldrarna, vanligtvis mamma och pappa.

I förebyggande syfte är det dessutom viktigt att pappor tar ett större ansvar för omvårdnaden av sina barn, redan när barnen är små. Här kan offentliga verksamheter såsom t.ex. mödravårdscentraler och barnavårdscentraler spela en viktig roll i arbetet med att göra pappor mer engagerade. Även en mer jämt fördelad föräldraledighet skulle troligtvis ha positiva effekter på anknytningsrelationen mellan pappor och deras barn. I en studie av Duvander och Jans (2009) kunde man påvisa ett positivt samband mellan pappors föräldraledighet och deras fortsatta kontakt med sina barn vid t.ex. skilsmässa; de pappor som var tillgängliga i början av sina barns liv tenderade att vara tillgängliga även under barnets resterande uppväxt. I studien kunde man inte utesluta att de pappor som var föräldralediga var mer engagerade i sina barn redan innan ledigheten och att det därför inte nödvändigtvis var föräldraledigheten som stärkte banden mellan pappor och barn. Utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv anser vi det dock rimligt att anta de pappor som tar ett stort ansvar för omsorgen av sina barn när de är små har större möjligheter att skapa en trygg anknytning till sina barn än de pappor som inte gör detta. Vi tänker oss också att en tidig trygg anknytningsrelation skapar känslomässiga band som gör att pappor och barn fortsätter att ha en nära relation under barnets uppväxt, även om föräldrarna separerar. Tyvärr finns det för få longitudinella studier där den tidiga anknytningstryggheten till pappa har studerats för att vi ska kunna uttala oss med säkerhet om hur det förhåller sig (Broberg m.fl., 2006). Vi ser därför longitudinella studier av barns tidiga anknytningsrelationer till både mamma och pappa och dess betydelse för omvårdnaden under den resterande uppväxten som ett prioriterat område för framtida anknytningsforskning.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV* (andra utgåvan). Danderyd: Pilgrim Press.
- Barn- och ungdomspsykiatriens hemsida (2010). *BUP i siffror*. Hämtad 7 maj, 2010 från <http://www.bup.se/sv/Fakta-om-BUP/BUP-i-siffror/>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber.
- Bowlby, J. (2006). *En trygg bas – Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Broberg, A. (1996). Anknytning – nytt sätt att beskriva känslomässig utveckling. *Psykologtidningen*, 14/96, 4-9.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori – Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken – Tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (red:er). (2008). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Deklyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and Psychopathology in Childhood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Duvander, A-Z., & Jans, A-C. (2009). *Hur länge spelar pappors föräldraledighet roll: En studie av sambandet mellan pappors föräldraledighet och deras kontakt med sina barn*. Socialförsäkringsrapport 2009:1. Försäkringskassan.
- Egidius, H. (2002). *Termlexikon i psykologi, pedagogik och psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Engqvist, U., & Rydelius, P-A. (2007). Child and adolescent psychiatric patients and later criminality. *BMC Public Health*, 7, 1-14.
- Försäkringskassans hemsida (2010). *Föräldrapenning*. Hämtad 26 maj, 2010 från <http://www.forsakringskassan.se/nav/af69960ed498d73f29f1e0c4a1c0b8bc>
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Kindler, H., & Zimmermann, P. (2008). A Wider View of Attachment and Exploration: The Influence of Mothers and Fathers on the Development of Psychological Security from Infancy to Young Adulthood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Hagekull, B. (2008). Det kvinnliga perspektivet behövs. *Psykologtidningen*, 9/08, 14-15.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Hwang, P., & Frisé, A. (2005). Utvecklingspsykologi. I P. Hwang, I. Lundberg, J. Rönnberg, & A-C. Smedler (red:er), *Vår tids psykologi* (ss. 169-220). Stockholm: Natur och Kultur.
- Hwang, P., & Nilsson, B. (2004). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.

- International Classification of Diseases and Related Health Problems, World Health Organisation (2004). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Karlsson, K. (2010). *Anknytning – om att tolka samspelet mellan föräldrar och små barn*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. K. (1996). Peer Relationships and Preadolescents' Perceptions of Security in the Child-Mother Relationship. *Developmental Psychology*, 32, 457-466.
- Kerns, K. A., Tomich, P. L., Aspelmeier, J. E., & Contreas, J. M. (2000). Attachment-Based Assessments of Parent-Child Relationships in Middle Childhood. *Developmental Psychology*, 36, 614-626.
- Kerns, K. A., Aspelmeier, J. E., Gentzler, A. L., & Grabil, C. M. (2001). Parent-Child Attachment and Monitoring in Middle Childhood. *Journal of Family Psychology*, 15, 69-81.
- Kerns, K. A., Tomich, P. L., & Kim, P. (2006). Normative Trends in Children's Perceptions of Availability and Utilization of Attachment Figures in Middle Childhood. *Social Development*. Vol 15(1), 1-22.
- Kerns, K. A. (2008). Attachment in Middle Childhood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Kerns, K. A. & Seibert A. C. (2010). Finding Your Way Through the Thicket: Promising Approaches to Assessing Attachment in Middle Childhood. I E. Waters & B. Vaughn (red:er.) *Measuring Attachment*. Ännu ej publicerad bok.
- Kobak, R., Rosenthal, N., & Serwik, A. (2005). The Attachment Hierarchy in Middle Childhood: Conceptual and Methodological Issues. I K. A. Kerns & R. A. Richardson (red:er.) *Attachment in middle Childhood*. New York: The Guilford Press.
- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: related to conflict behaviour and readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment Style. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships That Work* (ss. 367-382). New York: Oxford University Press.
- Smedler, A-C., & Tideman, E. (2009). *Att testa barn och ungdomar: Om testmetoder i psykologisk forskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Verschuren, K., & Marcoen, A. (2005). Perceived Security of Attachment to Mother and Father: Developmental Differences and Relations to Self-Worth and Peer Relationships at School. I K. A. Kerns & R. A. Richardson (red:er.) *Attachment in middle Childhood*. New York: The Guilford Press.

## Jag och min mamma och min pappa

Vi vill ställa några frågor om Dig och din mamma och din pappa. Vi vill veta lite om hur ni är. Så här fungerar frågorna. Varje fråga beskriver två olika slags barn, och vi vill veta vilket av dem Du är mest lik.

Här följer ett exempel på fråga

Stämmer precis	Stämmer ungefär				Stämmer ungefär	Stämmer precis
_____	_____	En del barn leker helst utomhus när de är lediga	MEN	andra barn tittar hellre på TV när de är lediga	_____	_____

Innan Du kryssar för något, tänk efter om Du är mest lik barnet på **vänstra** sidan som helst vill vara ute och leka, eller om Du är mest lik barnet på **högra** sidan som helst vill titta på TV. Gå till rätt sida om ”Din ” mening och kryssa för om den stämmer precis eller om den stämmer ungefär med hur Du själv är.

Kryssa bara för **ett** svar på varje fråga.

Nu kommer vi att ställa några frågor om Dig och Din mamma och pappa. Om Du både har en mamma och en pappa och en styvmamma eller styvpappa, så skriv här vem Du bor hos. Vi vill att Du tänker på Din ”riktiga” mamma och pappa när Du svarar på frågorna.

Jag bor hos.....

## Jag och min pappa

1.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn har lätt för att lita på sin pappa	MEN	andra barn är inte säkra på om de kan lita på sin pappa	_____	_____
2.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn tycker att deras pappa lägger sig i när de gör saker	MEN	andra barn tycker att deras pappa låter dem göra saker på egen hand	_____	_____
3.	Stämmer Precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn kan räkna med att deras pappa rycker in om de behöver hjälp	MEN	andra barn kan inte lita på att de får hjälp när de behöver det	_____	_____
4.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn tycker att deras pappa har till- räckligt med tid för dem	MEN	andra barn tycker inte att deras pappa har tillräckligt med tid för dem	_____	_____
5.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn tycker inte riktigt om att berätta för sin pappa vad de tänker på och hur de känner sig	MEN	andra barn tycker om att berätta vad de tänker och känner	_____	_____

6.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn tycker inte att de har så stort behov av sin pappa	MEN	andra barn behöver sin pappa i många situationer	_____	_____
7.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn önskar att de hade bättre kon- takt med sin pappa	MEN	andra barn tycker att de har tillräckligt bra kontakt med sin pappa	_____	_____
8.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn undrar om deras pappa verkligen älskar dem	MEN	andra barn är <b>helt</b> säkra på att deras pappa älskar dem	_____	_____
9.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn känner att deras pappa verkligen förstår dem	MEN	andra barn känner att deras pappa inte riktigt förstår dem	_____	_____
10.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis	
	_____	_____	En del barn är helt säkra på att deras pappa inte skulle lämna dem	MEN	andra barn undrar ibland ifall deras pappa kanske skulle kunna lämna dem	_____	_____

11.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn oroar sig över att deras pappa inte finns till hands när de behöver honom	MEN	andra barn är säkra på att deras pappa finns till hands när de behöver honom	_____
12.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn tycker inte att deras pappa lyssnar på dem	MEN	andra barn tycker verkligen att deras pappa lyssnar på dem	_____
13.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn går till sin pappa när de är ledsna eller arga	MEN	andra barn går inte till sin pappa när det har hänt något	_____
14.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn önskar att deras pappa skulle hjälpa dem mer när de har problem	MEN	andra barn tycker att deras pappa hjälper dem tillräckligt	_____
15.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn mår bättre när deras pappa finns i närheten	MEN	andra barn trivs inte bättre när deras pappa finns i närheten	_____

## Jag och min mamma

1.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn har lätt för att lita på sin mamma	MEN	andra barn är inte säkra på om de kan lita på sin mamma	_____
2.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn tycker att deras mamma lägger sig i när de gör saker	MEN	andra barn tycker att deras mamma låter dem göra saker på egen hand	_____
3.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn kan räkna med att deras mamma rycker in om de behöver hjälp	MEN	andra barn kan inte lita på att de får hjälp när de behöver det	_____
4.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn tycker att deras mamma har till- räckligt med tid för dem	MEN	andra barn tycker inte att deras mamma har tillräckligt med tid för dem	_____
5.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn tycker inte riktigt om att berätta för sin mamma vad de tänker på och hur de känner sig	MEN	andra barn tycker om att be- rätta vad de tänker och känner	_____

6.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn tycker inte att de har så stort behov av sin mamma	MEN	andra barn behöver sin mamma i många situationer	_____
7.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn önskar att de hade bättre kon- takt med sin mamma	MEN	andra barn tycker att de har tillräckligt bra kontakt med sin mamma	_____
8.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn undrar om deras mamma verkligen älskar dem	MEN	andra barn är <b>helt</b> säkra på att deras mamma älskar dem	_____
9.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn känner att deras mamma verkligen förstår dem	MEN	andra barn känner att deras mamma inte riktigt förstår dem	_____
10.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn är helt säkra på att deras mamma inte skulle lämna dem	MEN	andra barn undrar ibland ifall deras mamma kanske skulle kunna lämna dem	_____

11.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn oroar sig över att deras mamma inte finns till hands när de be- höver henne	MEN	andra barn är säkra på att deras mamma finns till hands när de behöver henne	_____
12.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn tycker inte att deras mamma lyssnar på dem	MEN	andra barn tycker verkligen att deras mamma lyssnar på dem	_____
13.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn går till sin mamma när de är ledsna eller arga	MEN	andra barn går inte till sin mamma när det har hänt något	_____
14.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn önskar att deras mamma skulle hjälpa dem mer när de har problem	MEN	andra barn tycker att deras mamma hjälper dem tillräckligt	_____
15.	Stämmer precis	Stämmer ungefär			Stämmer ungefär	Stämmer precis
	_____	_____	En del barn mår bättre när deras mamma finns i närheten	MEN	andra barn trivs inte bättre när deras mamma finns i närheten	_____

## INFORMATION OM EN PÅGÅENDE STUDIE

Under perioden november 2009 till februari 2010 utförs en studie på olika skolor som syftar till att belysa barn och ungdomars beskrivning av relationen till sina *anknytningspersoner*, vilket vanligtvis är deras föräldrar, men i vissa fall också styvföräldrar eller familjehemsföräldrar. Undersökningen vänder sig till barn och ungdomar som är 9 till 14 år gamla.

### **Bakgrund och syfte med studien**

Vid Göteborgs universitet arbetar vi, i nära samarbete med Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Västra Götaland, med att utveckla metoder för att beskriva barns och ungdomars hälsa och livssituation. Metoderna används bland annat inom BUP för att öka kunskapen om barnets/ungdomens situation och för att se om de hjälpinsatser som erbjuds har avsedd effekt. För att metoder ska vara användbara för detta syfte krävs att vi också vet hur "vanliga" barn och ungdomar, som inte har kontakt med BUP, besvarar samma formulär. Därför har vi vänt oss till några olika skolor, bland annat den som ditt barn går i, för att be om tillstånd att fråga elever om de vill fylla i ett formulär som handlar om hur man upplever relationen till sina föräldrar. Forskning har visat att anknytningsrelationen är en viktig faktor för barns och ungdomars psykiska hälsa, och för deras sätt att relatera till andra barn och vuxna. Det är därför angeläget att kunna jämföra BUP-patienters beskrivning av sina familjerelationer med "vanliga" barns. Undersökningen genomförs som ett examensarbete på Psykologprogrammet vid Göteborgs universitet av psykologkandidaterna Niklas Pilman och Johan Möller.

### **Genomförande och hantering av data**

Studien sker på flera skolor och BUP-mottagningar där barnet/ungdomen ombeds fylla i ett frågeformulär om relationen till sina föräldrar under cirka 10 minuter. I skolorna går detta till så att Niklas eller Johan kommer till en viss klass under lektionstid. Läraren lämnar under tiden klassrummet. Niklas/Johan presenterar vad undersökningen går ut på och beskriver hur eleverna ska gå till väga. Att fylla i formuläret är naturligtvis frivilligt, men för att ingen elev som inte vill fylla i formuläret ska känna sig utpekad så delas det ut till alla, och alla stannar kvar i klassrummet under tiden som undersökningen pågår. Eleverna skriver inte sitt namn eller personnummer på formuläret, så det går inte att i efterhand spåra vilken elev som besvarat vilket formulär. Niklas/Johan samlar ihop formulären och stoppar dem i ett kuvert som klistras igen medan eleverna ser på. Därefter kommer läraren tillbaka och Niklas/Johan lämnar klassrummet. Resultatet av undersökningen presenteras enbart på gruppnivå (t ex. flickor -- pojkar; barn -- tonåringar; BUP-patienter -- elever), och det kommer inte att framgå vilka skolor som deltagit i undersökningen, vilket ytterligare garanterar att enskilda barns svar inte går att identifiera.

### **Frivilligt att delta**

Deltagande i undersökningen är helt frivilligt och eleven väljer själv om han/hon vill fylla i formuläret.

**Ansvariga**

Ansvarig för studien är professor Anders Broberg vid Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet, och studien genomförs under handledning av honom. Har du/ni några frågor om undersökningen går det bra att ta kontakt med Niklas: [duddas@live.se](mailto:duddas@live.se) telefon 0708-337702 eller Johan: [johanmoller@home.se](mailto:johanmoller@home.se) telefon 0739-282284.

Göteborg 2009-10-15

Anders Broberg  
professor i klinisk psykologi  
Psykologiska institutionen  
Göteborgs universitet  
e-post: Anders.Broberg@psy.gu.se

## BASDATA AVSEENDE BARN SOM TESTAS MED TRYGGHETSSKALAN

På mottagningen, inlåst i journalarkivet, förvaras en lista med basdatabladens löpnummer och det testade barnets personnummer. Den listan ska INTE lämna mottagningen. Den som ansvarar för testningen (TL) med trygghetsskalan och ifyllandet av basdatabladet ansvarar också för att löpnumret och tillhörande personnummer förs upp på denna lista.

Datum då testningen genomfördes: ..... Namn TL: .....

1. Barnets ålder (antal jämna år): \_\_\_\_\_ 2. Kön: Flicka ( ) Pojke ( )
2. Barnets boendesituation: M+F+B: ( ) Växelvis M&F ( ) M+B (och ev. St F) ( )  
F+B (och ev. St M) ( ) Annat ( ) vad?.....  
Adoptivföräldrar ( ) Barnets ålder vid adoption .....
3. Barnets kontakt med den förälder som barnet inte bor hos (gäller endast barn som inte bor med båda föräldrarna och inte heller växelvis hos dem)  
.....  
.....
4. Barnets vårdnadssituation (om känd): Gemensam M&F ( ) Ensam M ( ) Ensam F ( )  
Annat ( ) vad:.....
5. Föreligger tvist om vårdnad eller umgänge? Ja ( ) Nej ( ) Vet ej ( )
6. Remiss/anmälningssorsak): .....
7. Diagnos (DSM-IV/ICD)? .....
8. GAF symtom (om detta används på mottagningen) .....
9. GAF funktion (om detta används på mottagningen) .....
10. SDQ finns (om det används på mottagningen) Självsfattning barn ( ) Föräldraskattning ( )

**Kommentarer** (t ex. barnets egna kommentarer rörande trygghetsskalan, beteende under testningen eller kommentarer rörande relationen till föräldrar/styvföräldrar):

.....  
.....

- Löpnummer skrivs även på Trygghetsskalan. Om patienten fyller i mer än två formulär (mer än en mamma och en pappa) behöver dessa särskiljas genom att TL noterar på själva formuläret vilken person det gäller (t ex. biologisk pappa resp. styvpappa)

## INFORMATION TILL FÖRÄLDRAR OCH BARN/UNGDOMAR OM EN PÅGÅENDE STUDIE AV ANKNYTNING

Mellan perioden februari 2009 och april 2010 utförs en studie på BUP som syftar till att belysa barn och ungdomars beskrivning av relationen till sina *anknytningspersoner*, vilket vanligtvis är deras föräldrar, men i vissa fall också styvföräldrar eller familjehemsföräldrar. Undersökningen vänder sig till barn och ungdomar som är 9 till 14 år gamla.

### **Bakgrund och syfte med studien**

Inom anknytningsteorin studeras framförallt barn och ungdomars relation till sina föräldrar. Forskning har visat att anknytningsrelationen är en viktig faktor för barns och ungdomars psykiska hälsa, och för deras sätt att relatera till andra barn och vuxna. Det är därför angeläget att utveckla metoder för att bedöma anknytning som är möjliga att använda i klinisk verksamhet. Niklas Pilmans examensarbete är ett viktigt led i utprövningen av användbara undersökningsmetoder.

### **Genomförande och hantering av data**

Studien sker på flera BUP-mottagningar där barnet/ungdomen ombeds fylla i ett frågeformulär under cirka 10 minuter. Formulären skickas sedan vidare till Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet, för bearbetning UTAN information om namn eller personnummer. Det enskilda barnets/ungdomens svar kommer inte att delges BUP-personalen utan det är bara vi som genomför studien som har tillgång till varje barns svar. Vi har å andra sidan INTE tillgång till namn eller personnummer på de barn som deltagit i undersökningen. På så sätt skyddas barnens och ungdomarnas identitet. Resultatet av undersökningen presenteras enbart på gruppnivå (t ex. flickor -- pojkar; barn -- tonåringar), vilket garanterar att enskilda barns svar inte går att identifiera.

### **Frivilligt att delta**

Deltagande i undersökningen är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring och utan att det påverkar den fortsatta vården vid BUP-mottagningen.

### **Ansvariga**

Ansvarig för studien är professor Anders Broberg vid Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet, och studien genomförs som ett examensarbete på psykologprogrammet av psykologstudent Niklas Pilman under handledning av Anders Broberg. Har du/ni några frågor om undersökningen går det bra att ta kontakt via e-post till Niklas: [duddas@live.se](mailto:duddas@live.se) eller telefon 0708-337702.

Göteborg 2009-02-13

Anders Broberg  
professor i klinisk psykologi  
Psykologiska institutionen  
Göteborgs universitet  
e-post: Anders.Broberg@psy.gu.se

Paul Uvebrant  
professor i barnneurologi  
Verksamhetschef Barn- och Ungdomspsykiatri  
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus

## INFORMATION OM TRYGGHETSSKALAN TILL BEHANDLARE

### Till vem är frågeformuläret utformat?

Formuläret gäller barn och ungdomar som fyllt 9 år men inte fyllt 15 år.

### Basdatatabladet och BUP-mottagningens egen löpnummerlista.

Då det numrerade basdatatabladet är ifyllt sammanhäftas det med Trygghetsskalan. Därefter skriver terapeuten in patientens personnummer samt basdatatabladets ID-nummer på BUP-mottagningens löpnummerlista. Ifyllda formulär samlas i en pärm som förvaras inlåst i journalarkivet åtskild från listan med personnummer och löpnummer.

### Vem bör ej fylla i formuläret?

En förutsättning för att utföra testet är att patienten förstår frågorna. Om det finns avgörande språksvårigheter eller så stora kognitiva svårigheter att testledaren (TL) inte bedömer att patienten uppfattar frågornas innebörd skall formuläret ej användas. Denna bedömning gör TL från fall till fall.

### Vem är "mamma" och "pappa" på formuläret?

Utgångspunkten är att barnets/ungdomens biologiska/adoptiv-föräldrar också är dess primära anknytningspersoner, vilket inte behöver innebära att relationen till dem är god. Om barnet bor i fosterhem eller har en långvarig relation till en styvförälder kan barnet fylla i dubbla formulär, dvs. ge en beskrivning av sin relation både till de biologiska föräldrarna och till styvföräldern eller fosterföräldrarna. Även om testet är utformat enligt principen en 'mamma' (15 frågor) och en 'pappa' (15 frågor), så kan denna grundform ibland behöva justeras, exempelvis kan barnet fylla i:

- enbart ett formulär dvs. en 'mamma' eller en 'pappa' (om föräldern som barnet lever tillsammans med är ensamstående OCH barnet inte har någon kontakt med den andra föräldern och inte heller någon styvförälder som hon/han uppfattar som en anknytningsperson),
- tre formulär en 'mamma' och två 'pappor' (om barnet exempelvis bor hos sin mamma och hennes nya sambo, som av barnet uppfattas som en anknytningsperson, samtidigt som barnet har kontakt med sin biologiska pappa),

Bedömningen om vem/vilka som barnet/ungdomen uppfattar som anknytningspersoner får alltså TL göra från fall till fall grundat på det inledande samtalet.

### Hur presenteras Trygghetsskalan för patienten?

Testningen inleds med att barnet tillfrågas om vilka det bor tillsammans med. Om barnet INTE bor med bägge sina föräldrar, tillfrågas det om vilken kontakt barnet har med den förälder (eller båda) som det INTE bor tillsammans med. Svaren ligger till grund för ifyllandet av basdatatabladet. Barnet tillfrågas däremot inte om vårdnadssituationen eller eventuell vårdnads/umgängestvist. Om sådana uppgifter finns i journalen kompletteras basdatatabladet i efterhand med dessa.

Efter de inledande frågorna går TL igenom första sidan av Trygghetsskalan med patienten och försäkrar sig om att denne förstår innebörden av vad han/hon skall göra. Om patienten kan (och vill) fylla i frågeformuläret själv är det att föredra. Om patienten inte kan (eller inte vill) fylla i själv kan han/hon ha ett formulär framför sig samtidigt som terapeuten läser varje fråga högt, varpå patienten sätter ett kryss där det passar bäst.

Formuläret bör gå ganska snabbt att fylla i (cirka 5 minuter per förälder). TL kan upplysa patienten att han/hon kan svara ganska snabbt efter det att de uppfattat frågan om det är så att patienten tar mycket lång tid på sig.

Tack för hjälpen! Hör gärna av er om ni har några frågor, mvh Niklas Pilman och Johan Möller.

## Jag och min mamma/pappa

Inkodningsmall (svaren på vissa frågor måste ”vändas” innan svaren kan summeras)

Fråga

1. 4 3 2 1
2. 1 2 3 4
3. 4 3 2 1
4. 4 3 2 1
5. 1 2 3 4
6. 1 2 3 4
7. 1 2 3 4
8. 1 2 3 4
9. 4 3 2 1
10. 4 3 2 1
11. 1 2 3 4
12. 1 2 3 4
13. 4 3 2 1
14. 1 2 3 4
15. 4 3 2 1

Omvända items: 1, 3, 4, 9, 10, 13 & 15

Vändes genom formeln  $JoMM\_1R = (5 - JoMM\_1)$  o s v