

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Separationsångesttestets användbarhet i kliniskt arbete  
för att mäta anknytning hos barn**

Christina Thinsz

Examensarbete 30 hp  
Psykologprogrammet  
Vårterminen 2015

Handledare: Anders Broberg



# Separationsångesttestets användbarhet i kliniskt arbete för att mäta anknytning hos barn

Christina Thinsz

*Sammanfattning.* Trots att anknytning är en viktig faktor i utvecklandet av psykisk ohälsa undersöks sällan anknytningsmönster under kliniska bedömningar. Separationsångesttestet (SÅT) är en semistrukturerad intervju som avser mäta barns inre anknytningsrepresentationer. I denna genomförbarhetsstudie undersöks den kliniska användbarheten av SÅT i arbetet med barn mellan 5 och 8 år. Studien baseras på 16 testningar samt intervjuer med de 8 kliniker som utförde dem. Resultaten visar att SÅT kan användas i kliniskt arbete med barn och bidra med information om barns anknytningsmönster och anknytningsrelaterade svårigheter. I studien framgår också vilka modifieringar som kan behövas för att öka användbarheten av SÅT i kliniska verksamheter.

Barn söker sig reflexmässigt till sina omsorgspersoner när de upplever hot eller fara. Alla tidiga erfarenheter av sådana situationer formar inre representationer, som utgör grund för hur individen hanterar svåra situationer i relation till andra. Förväntar man sig att bli lugnad, tröstad, avvisad, missförstådd, hånad, eller till och med slagen? Utifrån sina förväntningar kommer man agera på olika sätt och kan således ha ett anknytningsmönster som är tryggt, undvikande, ambivalent eller desorganiserat. Anknytningsrelaterade inre processer och arbetsmodeller är inte bara en spegling av relationer och relaterande, utan skapar även förutsättningar för hur man utvecklar nära känslomässiga relationer till andra. Eftersom nära relationer är grundläggande för välbefinnandet är anknytning en betydelsefull risk- eller skyddsfaktor i utvecklandet av psykisk ohälsa.

Idag finns ett flertal mätinstrument för att bedöma anknytningsmönster hos barn, men de används främst inom forskning. Inom kliniska verksamheter finns det ofta för knappa resurser för att utveckla och pröva olika mätmetoders lämplighet och att implementera dessa i bedömnings- och behandlingsinsatser. Trots begränsade resurser är det viktigt att göra noggranna bedömningar för att kunna planera och genomföra behandling. Att mäta barns anknytning, och i förlängningen också bedöma föräldrars omsorgsförmåga, är en svår uppgift som inte kan reduceras till ett enkelt frågeformulär eller en kort anamnestisk intervju (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2009). Det kan således finnas anledning att implementera valida anknytningsmätningar inom ramen för både bedömning och behandling. Ett tänkbart användningsområde kan vara att mäta inre representationer före och efter psykoterapi för att bedöma förändring.

Syftet med föreliggande studie är att undersöka användbarheten av Separationsångesttestet (SÅT) i kliniskt arbete med barn i åldern 5 till 8 år. SÅT är en semistrukturerad intervju som avser mäta barns anknytningsrepresentationer, men metoden har hittills inte prövats i kliniska sammanhang. Studien inleds med en kort beskrivning av anknytningsteorin och anknytningens utveckling och därefter beskrivs olika anknytningsmätningar, och SÅT mer specifikt, innan studiens frågeställningar presenteras. Studien är en kvalitativ genomförbarhetsstudie som baseras på anamnestisk

information om de sexton testade barnen, data från testningarna och åtta klinikers reflektioner om metodens användbarhet. Resultaten från testningar och intervjuer redovisas och diskuteras och därefter presenteras förslag till vidare forskning och avslutningsvis studiens slutsatser.

## **Anknytning**

Anknytningsteorin har sin grund i studier av barns reaktioner på separationer och förluster. Bowlby ville förstå varför separationer utlöser så kraftiga reaktioner hos barn och varför de känslomässiga banden mellan ett barn och dess omsorgspersoner är så starka (Wennerberg, 2011). Begreppet omsorgsperson/er används genomgående i detta arbete och syftar på barnets föräldrar eller andra vårdnadshavare. Bowlby (1980) och hans kollegor uppmärksammade en intensiv oro hos barn som blivit separerade från sina mödrar vid vistelse på sjukhus eller barnhem. Barnens reaktioner påminde om vuxnas sorgereaktioner när en nära anhörig avlidit. Dessa starka reaktioner fyller en viktig funktion. Att spädbarn upprätthåller närhet till sina omsorgspersoner är kritiskt för deras överlevnad och genom anknytningssystemet, som är ett säkerhetsreglerande system, tillgodoses barnets behov av fysisk och psykisk trygghet i nära relationer. Systemet aktiveras vid potentiell inre eller yttre fara och slås inte av förrän individen upplever sig lugnad och tryggad av anknytningspersonens närvaro eller agerande (Maysseless, 2005). Bowlby och andra anknytningsforskare har uppmärksammat att separationer kan påverka anknytningsrelationer negativt. Det visar sig framförallt vid återförening efter långvariga separationer, då barnets anknytningsbeteende gentemot omsorgspersonen kan ha förändrats (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Anknytningsrepresentationer anses vara stabila över tid, men de är ändå dynamiska. Det innebär att brister i anknytningsrelationer och eventuella konsekvenser av separationer kan repareras.

Efter spädbarnstiden kännetecknas anknytningssystemet av att barnet behöver känna ”upplevd trygghet”, och omsorgspersonens tillgänglighet, snarare än fysiska närhet. Mycket av det som spädbarn upplever som hotfullt kan äldre barn hantera själva (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Till skillnad från spädbarn är äldre barn tillfreds med längre separationer så länge det finns möjlighet att få kontakt med omsorgspersonen vid behov (Kerns, 2008). Men när kontakten förhindras kan det leda till samma känslor av oro, ilska och sorg som yngre barn upplever vid korta separationer. Vad som aktiverar anknytningssystemet, och hur ofta det aktiveras, förändras således med åldern och likaså förmågan att hantera de reaktioner som följer. Men själva reaktionerna kommer vara likartade under hela livet (Kobak & Madsen, 2008) och likaså betydelsen av anknytningssystemet när det väl aktiveras.

Anknytningen utvecklas mellan barnet och dess omsorgspersoner under de första levnadsåren och resulterar i ett ”mätbart” psykologiskt band dem emellan. Detta band formas utifrån anknytningsrelaterade känslomässiga erfarenheter och utvecklas till en mental representation hos barnet, en så kallad inre arbetsmodell (Broberg et al., 2009). Bowlby menade att inre arbetsmodeller innefattar en individs föreställning om vilka dess anknytningspersoner är, var de kan finnas och hur de kan förväntas svara på anknytningssignaler (Bretherton, 2005). Individen kan med hjälp av inre arbetsmodeller överväga sannolika konsekvenser av ett visst beteende och därefter agera (Wennerberg, 2011). Men inre arbetsmodeller är emotionellt laddade och är mer omedvetna än andra

mentala modeller som vägleder oss, exempelvis kognitiva "scheman" (Nelson, 1999). Olika teoribildningar har skilda beskrivningar av hur inre representationer formas och hur de påverkar oss. Inom psykoanalytisk teori är förhållandet mellan det inre och det yttre en central fråga. Objektrelationsteorin lägger stor vikt vid representationer av självet och viktiga andra, och med objektrelationer avses yttre relationer som existerar i den inre världen (Igra, 1983). Bowlby var i grunden psykoanalytiker och utgick från tidigare teorier om inre representationer men utvecklade dem och föredrog termen "inre arbetsmodeller" för att betona deras föränderlighet och funktionella användbarhet (Bretherton, 1990). Inre arbetsmodeller utvecklas successivt under barndomen och utgör inte bara samlade erfarenheter, utan är aktiva och känslomässiga processer som formar individens sätt att vara i nära relationer (Wennerberg, 2011).

Under de senaste åren har forskning på anknytning i mellanbarndomen ökat markant, men den är fortfarande begränsad (Kerns, 2008). Mellanbarndomen kan definieras som åldern 6 till 12 år och under den tiden förändras barnets inre arbetsmodeller och blir mer utarbetade och organiserade tack vare barnets kognitiva utveckling (Mayselless, 2005). Små barn har relationsspecifika anknytningsrepresentationer, exempelvis av sina respektive föräldrar. Med tiden integreras dessa till en generell representation som speglar erfarenheter av olika anknytningspersoner. Anknytningen blir i större utsträckning en del av personligheten och barnet kommer ha en omedveten förväntan på andras bemötande i anknytningsrelaterade situationer (Broberg, 2006). En intressant fråga, som forskningen ännu inte lyckats besvara, är hur och när detta sker. Kerns (2008) menar att somliga barn har utvecklat generella inre arbetsmodeller framåt slutet av mellanbarndomen, särskilt om deras anknytningsrelaterade upplevelser har varit konsekventa.

I nuläget finns begränsad kunskap om hur barn utvecklar anknytningsrelationer till andra än omsorgspersonerna. Under mellanbarndomen har barn ofta nära relationer utanför familjen. De relationerna kan ha en anknytningsrelaterad dynamik (Mayselless, 2005), dvs. de kan erbjuda den trygghet som barnet behöver för att våga utforska världen och ge stöd när något känns skrämmande. I svåra situationer tycks yngre barn föredra omsorgspersonerna om de finns tillgängliga, men under mellanbarndomen riktas anknytningsbeteende i större utsträckning också mot andra vuxna, syskon och vänner (Kerns, 2008). Att barnet på detta sätt börjar utveckla starka känslomässiga band till andra fyller en viktig funktion i övergången till tonår och vuxenliv, där individen förväntas ha relationer även utanför familjen att förlita sig på (Allen, 2008).

## **Att mäta anknytning**

Eftersom anknytning påverkar alla nära relationer och psykisk hälsa är det av intresse att försöka förstå inre representationer. Idag används anknytningsmätningar främst inom forskning men det kan finnas anledning att mäta anknytning under kliniska bedömningar. Resultaten kan vara vägledande i hur man bör förhålla sig till ett barn och hur eventuell behandling kan planeras. När anknytningen brister finns en mängd olika interventioner att använda (Broberg et al., 2009; Taylor, 2012).

Anknytningen yttrar sig på olika sätt under vår livstid och de metoder som avser mäta anknytning bör således vara anpassade till dessa skilda uttryck (Broberg et al., 2009). Metoderna behöver också utformas utifrån hur anknytningssystemet lämpligast aktiveras i olika åldrar. Som tidigare beskrivits kan anknytningssystemet aktiveras av

separationer. Ainsworth (1978) konstaterade att korta separationer kan upplevas tillräckligt hotfulla för att aktivera spädbarns anknytningssystem och utformade en 20-minuters "främmandesituation" (Strange Situation Procedure) där barnet skiljs från och återförenas med omsorgspersonen i olika sekvenser. Genom att observera förhållandet mellan spädbarnets anknytnings- och utforskandebeteende i relation till omsorgspersonen samt en främmande person kunde Ainsworth klassificera barnets beteende i tre olika mönster: tryggt, undvikande och ambivalent. Reliabiliteten, stabiliteten och den prediktiva validiteten i klassifikationerna av främmandesituationen är väl dokumenterade i amerikanska och västeuropeiska urval. Följaktligen anses metoden vara den gyllene metod som andra jämförs med (Solomon & George, 2008).

Broberg och medarbetare (2006) beskriver de olika anknytningsmönstren i boken *Anknytningsteori* och menar att barn med trygg anknytning kan växla mellan trygghetssökande och utforskandebeteende under främmandesituationen. Barnen kan vara ledsna under separationerna, men också acceptera och interagera med främlingen. Vid återförening söker ett tryggt anknutet barn tydligt kontakt med omsorgspersonen, för att få tröst eller visa att det har det bra. I en normalpopulation är omkring 60-70 % av barnen tryggt anknutna till minst en omsorgsperson (van IJzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008). De barn som har en undvikande anknytning använder inte sin omsorgsperson som en trygg bas, utan undviker kontakt efter separationen. De vågar inte visa sin oro av rädsla för att bli avvisade. En ambivalent anknytning utmärks under främmandesituationen av att barnet blir mycket oroligt under separationerna och visar en stark önskan om kontakt vid återföreningen. Men närhet till omsorgspersonen lugnar inte utan leder till frustration och att barnet söker ytterligare närhet och skydd (Broberg et al., 2006).

En del av barnen i Ainsworths studie kunde inte placeras i någon av de tre kategorierna och därför introducerades begreppet desorganiserad anknytning av Main och Solomon (1990). Desorganiserad anknytning kännetecknas av att barnet inte utvecklat en fungerande strategi för att få anknytningsbehovet tillgodosatt, ofta för att anknytningsrelationen präglats av rädsla. I främmandesituationen visar sig detta genom motsägelsefulla, felriktade och bisarra beteenden, exempelvis att barnet gömmer sig, stelnar till, gungar sig eller dunkar huvudet i golvet när anknytningssystemet är aktiverat (Broberg et al., 2006). Desorganiserad anknytning klassificeras alltid tillsammans med något av de tre organiserade mönstren eftersom barnets vanliga anknytningsbeteende plötsligt kan bryta samman och bli desorganiserat (Broberg et al., 2009). Så många som 15 % av barnen i en normalpopulation utvecklar desorganiserad anknytning till minst en omsorgsperson och i riskgrupper är andelen betydligt högre. En mängd forskning har konstaterat ett samband mellan desorganiserad anknytning och ökad sårbarhet för psykisk ohälsa, framförallt utagerande beteendeproblem (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2015).

Fram till mitten av 80-talet fokuserade anknytningsforskningen nästan enbart på att undersöka anknytningsmönster genom främmandesituationen. Bowlbys tidiga idéer om inre arbetsmodeller blev i stort sett negligerade innan Main och medarbetare (1985) introducerade flera instrument för att mäta anknytning på representationsnivå (Bretherton & Munholland, 2008). I och med detta blev det möjligt att undersöka anknytningsmönster hos äldre barn och vuxna. Framförallt AAI (Adult Attachment Interview) som utvecklades av Main och medarbetare (se t.ex. Main, Hesse & Kaplan, 2005) fick stort genomslag, eftersom metoden påvisade stabilitet i anknytningsmönster både över tid och generationer (Bretherton & Munholland, 2008).

Idag finns ett flertal tekniker och metoder för att mäta anknytning hos barn, men dessvärre är de flesta inte tillräckligt validerade (Kerns, 2008). En del mätmetoder avser undersöka anknytningsbeteende, andra mäter anknytningsrepresentationer och vissa metoder försöker fånga båda delarna. Mätmetoder för små barn avser undersöka specifika anknytningsrelationer medan representationsmetoder och anknytningsintervjuer för äldre barn kan mäta antingen specifika eller generella arbetsmodeller, eller en kombination. De flesta anknytningsmätningar för ungdomar och vuxna försöker identifiera generella inre arbetsmodeller (Maysseless, 2005).

En fördel med att det utvecklats många typer av anknytningsmätningar för barn är att den kollektiva insatsen genererat övergripande kunskap om barns anknytningsbeteende och inre representationer. Oavsett vilken mätmetod som används kan man utgå ifrån att barn med trygg anknytning har ett anknytningsbeteende som är aktivt, enträget och tydligt. Barnen har en öppen kommunikation, en förväntan att bli lugnad, ett sammanhängande och integrerat lekande samt en förmåga att erkänna negativa affekter (Solomon & George, 2008). Nedan följer en kort beskrivning av några vanliga sätt att mäta anknytning hos barn.

ASCT, Attachment-based story completion task (Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990), och MCAST, Manchester Child Attachment Story Task (Green, Stanley, Smith & Goldwyn, 2000), är två docklekstest. Det första används med treåringar och det senare med barn i åldern 4,5 till 8,5 år. Testen mäter anknytning på representationsnivå och utgår från berättelser med anknytningsteman. Berättelserna introduceras av en testledare med hjälp av dockor och när barnets anknytningssystem aktiverats får barnet gestalta hur varje berättelse fortsätter. Därefter kodas barnets svar och beteende och klassificeras i någon av de fyra anknytningskategorierna. MCAST har främst utvecklats för klinisk användning och kodningen är särskilt utformad för att kunna identifiera desorganiserad anknytning. Med dessa metoder undersöks relationsspecifika och inte generella anknytningsrepresentationer.

Sexårsåterföreningssystemet (Main & Cassidy, 1988) är en beteendeobservation, som påminner om främmandesituationen, där barnet och omsorgspersonen skiljs åt under en timme och efter återföreningen observeras barnets verbala och icke-verbala beteende gentemot omsorgspersonen.

Äldre barn kan i större utsträckning än små barn förstå sitt beteende och berättande och agera så som är socialt önskvärt (Broberg et al., 2009). Därför har det utvecklats narrativa metoder som avser fånga omedvetna aspekter av inre arbetsmodeller. AICA, Attachment Interview for Children and Adolescents (Ammaniti et al., 2000, refererad till i Broberg et al., 2009), har använts på barn i åldern 8-13 år och CAI, Child Attachment Interview (Target, Fonagy & Shmueli-Goetz, 2003, refererad till i Broberg et al., 2009), har använts på barn i åldern 10-14 år. Intervjumetoderna har sin grund i AAI (Adult Attachment Interview) och lägger större vikt vid intervjuens helhet och intervjuarens form snarare än innehåll (Broberg et al., 2009). En sammanhängande, konsekvent och nyanserad berättelse som erkänner negativa anknytningserfarenheter, men på ett reflekterat och integrerat sätt, tyder på en trygg inre arbetsmodell. En berättelse som är motsägelsefull, kortfattad, mindre integrerad och koherent tyder på en otrygg inre arbetsmodell (Main et al., 1985).

## Separationsångesttestet

Syftet med detta arbete är att undersöka ifall Separationsångesttestet (SÅT) kan vara kliniskt användbart i arbetet med barn mellan 5 och 8 år och därför beskrivs testet mer ingående, dels här och dels i arbetets metoddel. SÅT är en semistrukturerad intervju som aktiverar barns anknytningssystem genom tecknade bilder på ett barn och dess föräldrar i olika separationssituationer. Under SÅT efterfrågas hur det tecknade barnet kan känna och agera vid separationerna. Hur barn svarar på det är av intresse för att förstå inre representationer av anknytningspersonens tillgänglighet, eftersom skilda anknytningserfarenheter leder till individuella skillnader i tankar och förväntningar avseende separationer (Kaplan, 1987). SÅT undersöker barns förmåga att upprätthålla en balans mellan att söka stöd hos anknytningspersoner och förlita sig på sig själv i svåra stunder (Kaplan, 1985), vilket kan jämföras med anknytnings- och utforskandebeteende i främmandesituationen. Metoden introducerades av Hansburg (1972, refererad till i Broberg, 2009) för att undersöka vad ungdomar känner angående separationer från sina föräldrar. Testet bestod då av tolv bilder med situationer av varierande svårighetsgrad och ungdomarna fick svara på vilka känslor de själva skulle ha i den skildrade situationen. Klagsbrun och Bowlby (1976, refererad till i Broberg, 2009) modifierade testet för att kunna använda det med yngre barn och reducerade antalet bilder till sex. Denna version av SÅT undersökte, utöver barns känslor, också hanterandet av separationer genom att efterfråga vad det tecknade barnet skulle göra i de olika situationerna. Slough och Greenberg (1990) utvecklade en alternativ version av SÅT som skiljer sig från de andra i flera avseenden. Exempelvis bedömdes svårighetsgraden i de skildrade separationerna annorlunda än testets tidiga versioner och det efterfrågades också hur barnen som testades skulle känna om separationerna gällde dem själva. En begränsning med Sloughs och Greenbergs version av SÅT är att kodningssystemet inte klassificerar desorganiserad anknytning, vilket ofta är relevant att kunna göra i kliniska verksamheter.

I denna studie används Kaplans (1985) version av SÅT. Kaplan utgick från de tidigare varianterna av testet och utvecklade en version som tar större hänsyn till barnets beteende under testsituationen. Anknytningsrepresentationer klassificeras i fyra kategorier: ”secure-resourceful”, ”insecure-inactive”, ”insecure-ambivalent” och ”insecure-fearful/disorganized-disoriented”, vilket motsvarar trygg (B), undvikande (A), ambivalent (C) och desorganiserad (D). Klassifikationerna baseras på barnets förmåga att hitta konstruktiva lösningar på separationssituationerna samt barnets emotionella trygghet under hela testningen. Att utöver de verbala svaren också ta hänsyn till barnets beteende var ett viktigt tillägg i Kaplans version. En bedömning av enbart verbala svar kan underskatta komplexiteten i små barns inre arbetsmodeller (Bretherton, 2005). Det är centralt att försöka förstå tillsynes bisarra svar i en större kontext för att förstå barnet bättre (Bretherton & Munholland, 2008) och kunna identifiera desorganiserad anknytning.

SÅT har främst använts inom forskning och samband har påvisats mellan anknytning i främmandesituationen, anknytningsmönster enligt SÅT samt anknytning så som den tar sig uttryck i AAI (Bretherton & Munholland, 2008; Grossman et al., 2002; Main, Hesse & Kaplan, 2005). Shouldices och Stevenson-Hindes (1992) studie stöder validiteten i SÅT, men enligt Solomon och George (2008) är de representationsmetoder som används för att mäta anknytning hos barn inte tillräckligt validerade. Studier som utgått från Klagsbruns och Bowlbys version och Sloughs och



Greenbergs kodningssystem har visat samband mellan anknytningsmönster enligt SÅT och mentaliseringsförmåga (Fonagy, Redfern & Charman, 1997) samt mellan otrygg anknytning och ADHD (Clarke, Ungerer, Chahoud, Johnson & Stiefel, 2002). Med Kaplans version av SÅT har man funnit samband mellan fostermödrars acceptans för sina fosterbarn och barnens självkänsla och förmåga att hantera separationer (Ackerman & Dozier, 2005). I en annan studie påvisades samband mellan barns lösningsförmåga och emotionella trygghet enligt SÅT och hur lätt det var för barnen att beskriva sig själva, vilket i sin tur hade samband med i vilken utsträckning barnen uppvisade beteendeproblematik hemma och i skolan (Easterbrook & Abeles, 2010). I Sverige har Granqvist, Forslund, Fransson, Springer och Lindberg (2014) med Kaplans version av SÅT undersökt anknytningsrepresentationer hos barn till mödrar med intellektuella funktionshinder. Studien visade att en minoritet av barnen hade trygga anknytningsrepresentationer och att det var de barn vars mammor hade varit utsatta för traumatiska erfarenheter som i större utsträckning hade otrygga eller desorganiserade anknytningsrepresentationer. Dessa studier verkar styrka att användandet av SÅT kan ge meningsfulla resultat, men det finns ännu inga studier som undersöker hur Kaplans version av SÅT fungerar i kliniska sammanhang.

## **Genomförbarhetsstudier**

Föreliggande studie är en så kallad genomförbarhetsstudie (feasibility study). Bowen och medarbetare (2009) beskriver att genomförbarhetsstudier kan användas för att undersöka huruvida metoder, instrument eller interventioner kan förväntas vara användbara i ett visst sammanhang. Resultaten kan ge anvisningar om vad i en metod som kan behöva modifieras samt hur förbättringar kan utformas. Därefter kan metodens användbarhet testas ytterligare genom effektivitetsstudier. Genomförbarhetsstudier anses lämpliga när det finns relativt lite forskning på ett område eller då användandet av liknande metoder inte varit helt tillfredsställande, medan den metod som undersöks kan förväntas vara bättre. Genomförbarhetsstudier baseras ofta på ett litet urval och har begränsad statistisk styrka (Bowen et al., 2009), vilket gäller även denna studie.

## **Syfte och frågeställningar**

Uppsatsens syfte är att undersöka användbarheten av SÅT i kliniskt arbete med barn i åldern 5 till 8 år och följande frågeställningar undersöks:

- Bidrar SÅT med kliniskt användbar information gällande barns anknytningsmönster och anknytningsrelaterade svårigheter?
- Är det praktiskt genomförbart att använda SÅT i kliniskt arbete med barn, med avseende på tidsåtgång, inspelningsmöjligheter och barnens acceptans för metoden?
- Vilka modifieringar av SÅT kan tänkas behövas för att öka användbarheten av testet i svenska kliniska verksamheter?

## Metod

För att pröva den kliniska användbarheten av SÅT startades ett samarbete mellan Göteborgs universitet, Uppsala universitet, BUP i Västra Götalandsregionen och Ericastiftelsen i Stockholm, för att utbilda kliniker i användandet av metoden. Jag deltog också i utbildningen och för att kunna koda de testningar som genomfördes under kursens gång fick jag lära mig kodningsförfarandet i ett tidigt skede. Tommie Forslund, som är doktorand i psykologi på Uppsala universitet och auktoriserad i att lära ut Kaplans version av SÅT, höll i utbildningen. Den omfattade tre heldagar där deltagarna lärde sig använda SÅT och koda testresultaten. I forskningssammanhang används SÅT med barn mellan 5 till 7 år, men för att en metod ska kunna användas kliniskt behöver den kunna tillämpas inom ett större åldersspann. Det bestämdes att det kunde vara rimligt att pröva testa barn som fyllt fem, men ännu inte nio år.

Studien är en genomförbarhetsstudie (Bowen et al., 2009), gjord med hjälp av deduktiv tematisk analys (Langemar, 2008). Klinikernas reflektioner och intervjuvar gällande testningarna, samt barnens testresultat, sammanställs och beskrivs med utgångspunkt i studiens frågeställningar.

## Deltagare

Deltagarna valdes genom så kallat tillgänglighetsurval och omfattar dels de kliniker som deltog i SÅT-utbildningen på Göteborgs Universitet under våren 2015 och dels de barn som klinikerna testade under utbildningen inom sina respektive verksamheter. Av klinikerna var en utbildad socionom och övriga var legitimerade psykologer. Hälften var även legitimerade psykoterapeuter. De hade olika lång erfarenhet av kliniskt arbete med barn, som minst tre och som mest över tjugo år. En av dem hade tidigare använt SÅT, men utifrån Sloughs och Greenbergs (1990) kodningsmanual. Övriga kliniker använde inga specifika anknytningsmätningar, utan bedömningsinstrument som exempelvis WISC, ADOS, CAT, Kälvesten, Ericametoden, Jag tycker jag är, trygghetsskalan och samspelsbedömningar. Klinikerna testade mellan 1 och 3 barn vardera.

De 16 barn som testades, 12 pojkar och 4 flickor, var mellan 5 år och 3 månader och 10 år och 9 månader gamla. Som förklarats tidigare var ambitionen att testa barn mellan 5 och 8 år men för att få så stort deltagarantal som möjligt och av intresse för metodens användbarhet, testades också två barn som var över 9 år. 7 barn hade växelvis boende, 6 barn bodde med båda föräldrarna och 3 barn med ensamstående föräldrar. Barnens föräldrar informerades om SÅT och hade inga invändningar mot att testningarna genomfördes.

## Instrument

**Separationsångesttestet.** Kaplans (1987) version av Separationsångesttestet användes för att mäta inre representationer av anknytning hos barn i åldern 5 till 8 år. Testets instruktioner och de 15 följdfrågorna var översatta till svenska av Broberg, Wiberg och Karlsson (2000) och även de sex bilderna som användes var tagna från

deras studie. Bilderna föreställer könsneutralt tecknade barn tillsammans med sin mamma och pappa. Både barn och föräldrar har neutrala ansiktsuttryck. Bilderna föreställer separationssituationer av olika svårighetsgrad. De svåra separationerna skildrar att föräldrarna går ut på kvällen och lämnar barnet hemma, föräldrarna åker bort över helgen och lämnar barnet hos släktingar och föräldrarna åker på semester i två veckor och ger barnet en present. De milda separationerna skildrar att barnet lämnas i skolan för sin första skoldag, att föräldrarna vill prata ensamma en stund och ber barnet gå och leka och att föräldrarna säger god natt och lämnar barnet i sitt rum. Testledaren berättade vad bilden föreställde och frågade vad barnet på bilden känner, varför barnet känner så och vad barnet gör. Om barnet var tyst eller svarade "jag vet inte" uppmuntrades barnet att svara vidare genom promptningar som "Kan du gissa?" eller "Vad tror du?". Efter fyra av bilderna presenterades 15 följdfrågor med förslag på vad barnet på bilden kan känna, exempelvis "Känner han/hon sig arg?", "Mår han/hon bra?", "Känner han/hon sig ledsen?". Testningarna dokumenterades med ljudupptagning och/eller videoupptagning och transkriberades i helhet med pauser och noteringar om beteende. Materialet kodades därefter enligt Kaplans manual (1985). Först kodades två 9-gradiga skalor; *konstruktiva lösningar* på vad det tecknade barnet gör vid separationerna samt *emotionell trygghet* under hela testsituationen. Lösningar som återskapade kontakt med föräldern eller beskrev positiva aktiviteter gav höga poäng på lösningsskalan, medan lösningar som var passiva, motsägelsefulla eller destruktiva gav låga poäng. Om barnet hade lätt för att verbalisera och motivera känslor och tankar under testningen utan större motstånd gavs höga poäng på skalan för emotionell trygghet. Låga poäng på skalan för emotionell trygghet gavs då barnet hade svårt att svara på frågorna och visade motstånd mot uppgiften eller orimlig oro. Utifrån den information som skalorna baseras på samt en övergripande bedömning klassificerades anknytning i en av de fyra kategorierna (A, B, C eller D) eller i kategorin för icke klassificerbara resultat (C.S: cannot score). Desorganiserad anknytning (D) klassificerades tillsammans med någon av de andra kategorierna. Något förenklat bedömdes trygg anknytning då svaren innehöll erkännande av sårbara känslor som ilska, sorg, oro etc., konstruktiva lösningar på vad det tecknade barnet gör, utvecklade svar samt kopplingar till egen person. Undvikande anknytning bedömdes då svaren innehöll erkännande av sårbara känslor men en oförmåga att föreslå konstruktiva lösningar. Ambivalent anknytning bedömdes då svaren beskrev aggressivt beteende, motstridiga lösningsförslag eller överdrivet omhändertagande beteende. Desorganiserad anknytning bedömdes då svaren innehöll oförklarlig rädsla, fantasier om katastrofer, en oförmåga att agera eller desorganiserat beteende under testningen. (För vidare beskrivning av kodningsförfarandet se Kaplan, 1985.)

**Intervjuguide.** En semistrukturerad intervjuguide utformades utifrån studiens syfte och mina förkunskaper om SÅT för att fånga klinikernas uppfattning om testets användbarhet. Frågorna var halvöppna för att möjliggöra både riktade svar och att nya oväntade aspekter skulle upptäckas. Intervjuguiden bestod av två delar varav den första besvarades skriftligt efter varje testning och den andra i intervjuer efter att samtliga testningar var gjorda. Den andra delen bestod av sammanfattande frågor och följdfrågor som formulerats utifrån de skriftliga svaren, för att fördjupa och förtydliga det som framkommit, se bilaga 3.

## Tillvägagångssätt

I samarbete med de kliniker som deltog i SÅT-utbildningen samlades data in från sammanlagt 16 testningar. Information om kontaktorsak och anamnestisk information rörande barnens kön, ålder och familjeförhållanden samlades in, se bilaga 1 och 2. De två bilagorna är modifierade versioner av de formulär som användes vid ett första försök att introducera SÅT i klinisk verksamhet i Sverige (Broberg, Wiberg & Karlsson, 2000). En del bakgrundsinformation, exempelvis om barnets separationserfarenheter, dagliga tillsyn och antal syskon, kunde visat sig vara relevant för testets användbarhet. Men eftersom det krävs ett större deltagarantal än vad denna studie kom att baseras på för att uttala sig om detta, uteslöts den informationen.

Efter varje testning svarade klinikerna skriftligt på ett antal reflektionsfrågor och efter samtliga testningar kontaktades klinikerna per telefon eller på Psykologiska Institutionen i Göteborg för sammanfattande och uppföljande intervjufrågor. En intervju besvarades skriftligt på grund av förhinder vid intervjutillfället. De andra intervjuerna spelades in och relevant information transkriberades. Alla svar från reflektionsformulär och intervjuer sammanställdes och bearbetades fråga per fråga. Klinikernas delade och skilda uppfattningar om olika aspekter av testets användbarhet markerades i textmaterialet och sammanfattades sedan för att besvara studiens frågeställningar.

När intervjuerna genomfördes var klinikerna introducerade i kodningsförfarandet och hade börjat koda, men ännu inte fullföljt utbildningen. Därför kodades testningarna av mig, efter genomförd utbildning, i samarbete med Tommie Forslund.

## Resultat

Studiens resultat presenteras i två delar, först redogörs för testningarnas tidsåtgång, kodningsförfarandet samt de testade barnens kontaktorsak, testresultat och anknytningsklassifikationer. I del två redovisas klinikernas (benämns testledare i resultatdelen) reflektioner och intervjusvar.

För att svara på huruvida SÅT är kliniskt användbart är det relevant att redogöra för tidsåtgången. Testningarna tog mellan 10 och 35 minuter att genomföra, med en genomsnittlig tid på 24 minuter. Enligt Tommie Forslund (personlig kommunikation, 17 april, 2015) tar transkribering omkring en timme och kodning ungefär en kvart när det är tydliga klassificeringar men över en timme i vissa svårare fall. Eftersom jag inte är en van kodare tog det ofta en halvtimme och ibland längre tid för mig att koda varje transkript. En hel testning tar sålunda omkring två timmar att genomföra, inklusive transkribering och kodning.

I tabell 1 presenteras de testade barnen med avseende på kön, ålder och kontaktorsak. Även deras testresultat presenteras, utifrån de två 9-gradiga skalorna och anknytningsklassificering A (undvikande), B (trygg), eller D (desorganiserad) med aktuell underkategori. Ingen testning kodades som C (ambivalent). Då viss information saknades var det inte möjligt att koda två testningar, dessa har markerats med C.S. (cannot score) och en kommentar i tabell 1. Flera testledare missade ibland att fråga vad barnet på bilderna gör, vilket ligger till grund för lösningsskalan. I de flesta fall fanns tillräcklig information för att koda lösningsskalan ändå, men i ett fall saknades alla svar på lösningar och testningen kunde därmed inte kodas alls. Under en annan testning missade testledaren att följa upp svaren tillräckligt för att ge barnet tillfälle att elaborera

dem, och den testningen kunde inte heller kodas. Under en del andra testningar följdes inte testmanualen helt korrekt, men dessa gick ändå att koda.

Tabell 1

*Sammanställning av de testade barnens kön, ålder, kontaktorsak, testresultat och anknytningsklassifikation.*

Kön	År: mån	Kontaktorsak	Lösningsskala*	Emotionell trygghetsskala*	Klassifikation
Pojke	5:3	Oro, utagerande	7	7	B
Pojke	5:6	Familjerelationer, beteendeproblem	9	7	B
Pojke	5:11	Samspelssvårigheter	9	7	B
Pojke	7:4	Familjerelationer, oro	9	8	B
Pojke	7:11	Separationsångest, nedstämdhet	8	6	B
Pojke	7:11	Traumatiska upplevelser	8	8	B
Flicka	8:6	ADHD, autismspektrum	8	7	B
Pojke	9:6	Traumatiska upplevelser	8	7	B
Flicka	5:6	Familjerelationer, beteendeproblem	6	3	A
Pojke	5:6	Oro	4	5	A
Flicka	6:10	Oro, ångest, fobi	7	5	A
Pojke	7:10	Neuropsykiatrisk frågeställning	4	5	A
Pojke	8:9	Familjerelationer	4	4	A
Pojke	8:7	Misstanke om trauma och ADHD	2	1	D/A
Pojke	7:11	Utagerande, beteendeproblem (Testledaren missade att följa upp svaren ordentligt.)	-	-	C.S.
Flicka	10:9	Oro, ångest (Testledaren missade att fråga efter lösningar.)	-	-	C.S.

*\*De två skalorna graderas 1-9.*

Som framgår av tabell 1 fanns en spridning gällande barnens anknytningsklassifikationer. Hälften av de testade barnens SÅT-resultat bedömdes som trygga, fem

som undvikande och ett som desorganiserat/undvikande. Inget testresultat kodades som ambivalent anknytning. Det som går att utläsa från tabellen är att kontaktorsakerna var mycket varierade, men antalet testningar var inte stort nog för att statistiskt kunna säga något om samband mellan anknytningsmönster och kön, ålder eller kontaktorsak.

I en annan svensk studie (Granqvist et al., 2014) där SÅT använts med barn vars mödrar har intellektuella funktionshinder (högriskpopulation) och en jämförelsegrupp (mild riskpopulation) testades nästan femtio barn. I jämförelse med anknytningsklassifikationerna i Granqvists och medarbetares (2014) studie, var det i föreliggande studie fler barn vars testresultat klassificerades med trygg anknytning (främst jämfört med högriskpopulationen) och ungefär lika många som klassificerades med undvikande anknytning. Men klassificeringar av ambivalent och desorganiserad anknytning var ovanligare än i Granqvists och medarbetares (2014) studie (se tabell 2). De två testningar som inte kunde koda är inte medräknade i tabell 2.

Tabell 2

*Jämförande fördelning av hur barns testresultat klassificerats i svenska populationer.*

	Trygg	Undvikande	Ambivalent	Desorganiserad	Totalt
Klinisk population (Denna studie)	8 (57%)	5 (36%)	0 (0%)	1 (7%)	14 (100%)
Högriskpopulation (Granqvist et al., 2014)	8 (35%)	7 (30%)	4 (17%)	4 (17%)	23 (100%)
Mild riskpopulation (Granqvist et al., 2014)	13 (52%)	8 (32%)	1 (4%)	3 (12%)	25 (100%)

### **Bidrar SÅT med kliniskt användbar information gällande barns anknytningsmönster och anknytningsrelaterade svårigheter?**

I testledarnas reflektioner och intervjusvar framkom att SÅT kan bidra med användbar information rörande barns anknytning, exempelvis gällande hur barnet upplever sig själv och sina närstående, separationer, utsatthet och känsla av agens. En av testledarna uttryckte att det är positivt att få med ”barnets röst” i anknytningsbedömningen, efter att tidigare utgått främst från observationer och föräldrasamtal. Några testledare ansåg att SÅT fyller ett tomrum, då de tidigare inte haft möjlighet att mäta anknytning och att SÅT i några fall bidrog med information som var oväntad.

*”Jag tycker verkligen att jag har saknat nåt instrument där jag kan titta mer på anknytning så jag tycker det har varit jättebra. Jag är glad för ett nytt verktyg /---/ det fyller ett tomrum.”*

*”I ett ärende tänkte jag att det var en pojke som inte alls var så trygg men som faktiskt visade att han hade väldigt många olika strategier.”*

Andra menade att testet snarare stärkte de hypoteser och den information som fanns om barnet sedan tidigare.

*”Det stämde ganska bra med det jag fått fram redan, men jag tänker att det blir mer innehållsrikt med SÅT.”*

*”Det ger mig bättre instrument för de bedömningar som jag redan gör /---/ att jag får mer säker information.”*

*”Jag har nog tänkt att detta är en pojke med ganska trygg anknytning och det ska bli spännande att se ifall SÅT bekräftar min känsla.”*

Omkring hälften av testledarna ansåg att en styrka med SÅT är att testresultaten kodalas och några betonade att kodningen är en nödvändig del av testningen. Det sågs som en fördel att se till hela materialet efter transkriberingen och att det fördjupade arbetet med kodningen gav mer tillförlitlig information och tyngd till bedömningen.

*”Man får kunskap om anknytningsmönster som inte bara är på känn /---/ det är mer mätbart.”*

*”Man går igenom materialet och får en annan helhetsbild och det blir mer knutet till teori på något sätt”. ”Jag har ju använt SÅT tidigare, men med ett annat kodningssystem och märker att detta är betydligt bättre. Det ger en mer genomarbetad information som jag tror är betydligt mer användbar vid kliniska bedömningar.”*

*”I testsituationen kan jag inte riktigt kliniskt värdera vad som framkommer /---/ det är egentligen själva transkriberingen som har gett mig så otroligt mycket, när jag verkligen jobbar med texten, när det blir en text som jag får koda.”*

Vad gäller implikationer för vidare handläggning och behandling menade några av testledarna att SÅT inte förändrar sättet man arbetar på och att man eventuellt skulle gå vidare på samma sätt utan testresultaten. Men samtidigt ansåg de flesta att testningen gav tillförlitlig information om anknytning, som kan vara betydelsefull under behandling.

*”[SÅT] kan definitivt bidra med information om anknytning och ger ju därigenom många implikationer för hur behandling kommer att te sig.”*

*”Rent kliniskt har det ett jättestort värde att jag förstår vad barnet har för anknytning, för det har ju med prognosen i behandlingen att göra /---/ när man träffar ett barn och förstår att det barnet har en desorganiserad anknytning eller en otrygg av något slag så förstår man att det här blir ju en annorlunda terapi och en mycket längre terapi och man får fokusera /---/ på andra saker i terapin som har mycket med relationen att göra och som är viktig. Jag tycker det ger mig en ny dimension i mina behandlingar att jag förstår vad barnet har för anknytningsmönster.”*

Många av testledarna lyfte vikten av att få en bred bild av barnet under en bedömning och att SÅT kan bidra till det.

*”Jag tänker alltid så när jag gör utredningar, att det är bra att göra olika saker så att man får lite olika information som man kan lägga ihop och göra slutsatser ifrån. Det är inget test som står för sig själv helt och hållet utan de behöver vägas mot varandra och sen är det alltid en unik situation varje gång man möter ett barn.”*

## **Är det praktiskt genomförbart att använda SÅT i kliniskt arbete med barn, med avseende på tidsåtgång, inspelningsmöjligheter och barnens acceptans för metoden?**

**Tidsaspekten.** Testningarna tog, som framgick ovan, omkring en halvtimme att genomföra. Detta tyckte många av testledarna var en rimlig tidsåtgång. Några av testledarna uttryckte att de med tiden transkriberade mer effektivt, på ett sätt som ändå inte förbisåg någon information, men de flesta var överens om att transkribering och kodning var mycket tidskrävande. En av dem menade att det därför är svårt att använda SÅT i kliniskt arbete.

*”... man kan ha goda ambitioner och tycka att det måste få ta den tid det tar och så, men jag vet att i den kliniska verklighet som vi befinner oss i så är det inte så, jag tycker inte att det är rimligt eller genomförbart även om man tänker att det hade varit bra.”*

Men andra menade att det finns anledning att använda testet trots att det är tidskrävande, för att få fram viktig information.

*”Ser man att det finns ett behov av att använda det här testet så behöver man avsätta den tiden för jag tycker det är så pass bra.”*

Några av testledarna hade möjlighet att få sina testningar transkriberade av sekreterare och menade att det var en bra hjälp som underlättade användandet av SÅT, eftersom de inte behövde avsätta lika mycket tid.

*”Avtal med sekreterarna, att de hjälper med transkriberingarna, skulle underlätta jättemycket. Om man får diskutera det med ledningen och be om den hjälpen så tror jag det skulle vara ok, för det är så pass värdefullt det man får fram.”*

Eftersom transkribering och kodning är tidskrävande ansåg några av testledarna att SÅT främst bör användas när det finns en frågeställning som rör anknytningsproblematik.

*SÅT kan användas ”om frågeställningen är riktad mot det här området och man behöver söka mer information /---/ man skulle kanske använda det oftare för det är ju alltid viktigt tänker jag, den här grunden. Men man kanske inte kan använda det lika ofta om det kräver så mycket arbete, för då är det ju något annat som får stå tillbaka”*



*”Har svårt att se att kodningen fullt ut kommer kunna ingå som standard, det är för tidskrävande. Kan ju dock göras i särskilda ärenden där det kan vara befogat.”*

Andra menade att barnets anknytning ofta är en viktig aspekt av bedömningen oavsett frågeställning och talade för att SÅT bör användas i den ”kliniska vardagen”.

*”... jobbar man i en barnpsykiatrisk verksamhet så tycker jag att det [anknytning] är en väldigt central aspekt /---/ även om man kommit fram till att barnet har en neuropsykiatrisk diagnos så är det viktigt, anknytningsmönster och den typen av information är också viktig för de barnen för att man ska bemöta på bästa sätt. Jag tycker det är jätteviktig information egentligen oavsett vad det är för frågeställning /---/ Det är inte ett svåradministrerat test utan det är ju ganska enkelt.”*

**Ett lämpligt testrum.** I intervjuerna framkom att det kan vara problematiskt att hitta ett lämpligt rum för testningen, då rummet helst ska ha en videokamera installerad, med fördel inte vara för inbjudande till andra aktiviteter, men inte heller vara för kallt och trist. Alla testledarna hade möjlighet att spela in ljudfiler från testningarna, men några av dem ansåg att man också bör filma testningarna för att fånga barnens beteende och att det kan vara svårt att genomföra. Många mottagningar har videokameror, men inte alla.

*”Ljudinspelningen räcker långt för att klara av att koda, men sen tänker jag att filmen är bra i de fall när barnet har ett desorganiserat beteende under testsituationen, då vill man gärna ha en film för att se hur barnet uppför sig.”*

**Barnens reaktioner.** Testledarna beskrev att barnen upplevde testningen på olika sätt, vissa tyckte den var jobbig eller tråkig och andra att den var rolig och spännande. Några testledare uttryckte att SÅT gav barnen en bra struktur som hjälpte dem beskriva sina känslor, och att det var positivt att man inte pratade om barnets egna upplevelser utan om barnen på bilderna.

*”När det är så här pass små barn är strukturen, just att ha frågor och bilder, ett stöd för barnet att kunna berätta. Så jag tycker det har varit väldigt bra.”*

Ingen av testledarna behövde avbryta någon testning. De flesta beskrev att barnen var rastlösa och hade svårt att behålla koncentrationen.

*”Jobbigt med så många frågor och att sitta stilla.”*

*”Verkar tycka det är roligt inledningsvis, blir något uttråkad i slutet.”*

*”Verkade inte direkt ångestfylld, men var väldigt otålig att få leka istället.”*

En av testledarna uttryckte att barnens reaktioner under testsituationen var rimliga eftersom bilderna kan väcka känslor som påverkar beteendet.

*”Jag tycker att barnen reagerat som förväntat, jag förväntar mig inte att de ska sitta helt lugna och konversera och så.”*

Huruvida barnens beteende under testsituationen kan förstås utifrån att anknytningssystemet aktiverats eller utifrån barnets temperament eller svårigheter var någonting som diskuterades.

*”Gör han det här för att hantera ångest eller avleda, försöker han dra min uppmärksamhet till grävskopan för att det är hotande med de här frågorna eller handlar det snarare om att det här är hans intresse, hans värld?”*

Några kliniker uttryckte att man behöver jämföra beteendet under testningen med hur barnet agerar i andra situationer.

*”Hon kan vara rätt glad i många andra sammanhang, men hon blev lite tyngd av testet.”*

*”Man behöver flera metoder och flera situationer för att se om det kommer igen och det är svårigheter som syns i flera modaliteter.”*

*”Jag tror man kan ha användning av hela utredningen för att förstå barnets beteende just vid SÅT.”*

## **Vilka modifieringar av SÅT kan tänkas behövas för att öka användbarheten av testet i svenska kliniska verksamheter?**

**Följdfrågorna.** De femton följdfrågorna i SÅT var upprepande och enformiga enligt samtliga testledare i studien och några av dem tyckte att man kunde minska antalet. Testledarna beskrev att det ibland var svårt för barnen att behålla koncentrationen och fokusera på uppgiften när de blev uttråkade. Men nästan alla testledare uttryckte att följdfrågorna också fyller en funktion och leder till mer information. Följdfrågorna innebär en slags stress för barnen och det kan vara av intresse att se hur barnen hanterar den. Och genom att erbjuda barnen förslag på känslor som sedan kan utvecklas vidare utgör följdfrågorna en bra struktur och ett positivt stöd för barnen.

*”... som ett stöd för barnets kognitiva funktion. Man kanske känner en massa känslor men att sortera och formulera det när man är i den här åldern kanske inte alltid är så enkelt. /.../ Och man lägger det inte i munnen på barnet för man orienterar sig på alla möjliga olika känslor, så det är inte att de konfronteras heller. De upprepas och är inte riktade i stunden, för /.../ man frågar om och om igen.”*

Det framkom att formuleringarna på vissa följdfrågor var besvärliga och många av testledarna tyckte det var svårt att veta om barnen uppfattade frågorna på rätt sätt. ”Känns det som att det egentligen inte händer på riktigt?” och ”Känner han/hon det som att han/hon inte bryr sig?” var exempel på besvärliga frågor eftersom negationerna gör det svårt att veta om barnen håller med eller inte när de svarar.

**Bilderna.** Under utbildningen diskuterades bilderna i SÅT och huruvida barnen påverkas av att båda föräldrarna är med på bilderna. Trots att majoriteten av de testade barnen lever med separerade eller ensamstående föräldrar, och att några av dem har utlandsfödda föräldrar, kommenterade ingen av dem bilderna under testningarna. Flera av testledarna menade att barn kan identifiera sig med bilderna ändå.

*”De [bilderna] var så pass neutrala så jag tror inte det gör nån skillnad egentligen, det är nog mer vi vuxna som problematiserar och lägger lite för mycket värderingar i det tänker jag, barn reflekterar nog inte så mycket över det.”*

Däremot ifrågasatte ett barn huruvida det tecknade barnet var en pojke eller flicka.

*”En pojke, han var helt övertygad om att det var en flicka på bilderna. De blev inte så neutrala för honom då.”*

Några testledare tyckte att det kan vara bra att ha olika uppsättningar bilder beroende på vilket barn man testat, med avseende på om barnet har separerade, samkönade eller utländska föräldrar.

*”Jag tycker alltid det är bra att förhålla sig normkritiskt, man kan fundera över ifall det är nånting man kan förändra i det här för att saker inte ska fortsätta i samma fälla liksom. Skulle man göra en stor satsning tycker jag absolut att det hade varit värt att göra andra bilder också.”*

**Åldersnormering.** En av testledarna påpekade att man bedömer både de yngre och de äldre barnen utifrån samma kodningssystem i SÅT till skillnad från test som är åldersnormerade.

*”Det kan man ju tänka sig, att det är en skillnad om barnet är åtta eller fem, sen hur mycket det i slutändan får betydelse för anknytningsklassifikationen och så, det är jag inte säker på /---/ däremot om man ska förstå ännu mer av barnet kan det vara bra att jämföra mer utifrån barnets ålder.”*

Många av testledarna ansåg att de inte testat tillräckligt många barn för att kunna bedöma huruvida ålder eller verbal förmåga påverkat testresultaten. Men en testledare, som testat ett av de äldre barnen i studien, lyfte att äldre barn kan förväntas hantera testsituationen bättre då bilderna inte aktiverar anknytningsystemet på samma sätt när man har många erfarenheter av separationer.

*”När man är äldre kanske man klarar det bättre och ångesten tar sig andra uttryck istället, då tror jag att ett SÅT-test kan ge för bra resultat /---/ hon har fler erfarenheter av att det gått bra, hon är större.”*

Och en annan testledare uttryckte att yngre barn kan vara mer konkreta och ha svårare med mentalisering, vilket kan påverka testresultaten.

*”Ju yngre de är desto mer konkreta blir de ju, att mentalisera och tänka runt sig själv eller nån annan, hur de skulle känna och göra och så.”*

## Övriga tankar från testledarna

En av testledarna problematiserade när under en utredning SÅT bör göras, då testningen helst ska ske tidigt så att barnets anknytningsystem aktiveras av den främmande situationen, samtidigt som en tidig testning kan påverka barnets fria lek under resten av bedömningsfasen på ett sätt som gör den svårare att tolka. En annan aspekt som framkom var vikten av att samla in information om barnets erfarenheter av separationer och trauma för att kunna förstå barnets testresultat bättre.

**Återkoppling till föräldrarna.** Hälften av testledarna lyfte fram vikten av att återkoppla testresultaten till föräldrarna på ett sätt som blir meningsfullt för dem och barnet, om testet ska användas kliniskt.

[Återkoppling kan vara] *”lätt vid trygg anknytning, men svårare om ett barn har otrygg anknytning, ifall föräldrarna tar det som kritik. /---/ En viktig diskussion bland de som jobbar med det här nu, hur presenterar man de här resultaten på ett bra sätt, hitta ett bra sätt där man kan förklara anknytning och anknytningsteori för föräldrarna så det blir begripligt och hjälpsamt, att kommunicera med föräldrarna så det får en positiv funktion även för dem. Där behöver jag hjälp och där kan man kanske hjälpa varandra med erfarenheter.”*

**Kollegialt stöd i användandet.** Att vara flera som kan SÅT på en mottagning sågs av några testledare som en positiv förutsättning för att använda testet på bästa sätt.

*”Det vore bra om man var fler på samma ställe för att kunna reliabilitets-testa och bolla med varandra.”*

## Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka användbarheten av SÅT i kliniskt arbete med barn i åldern 5 till 8 år. De frågeställningar som undersöktes var huruvida SÅT bidrar med kliniskt användbar information om barns anknytningsmönster och anknytningsrelaterade svårigheter, huruvida metoden är praktiskt genomförbar med avseende på tidsåtgång, inspelningsmöjligheter och barnens acceptans för metoden, samt vilka modifieringar som kan tänkas behövas för att öka den kliniska användbarheten. Här följer en diskussion om studiens resultat utifrån frågeställningarna. Därefter diskuteras studiens begränsningar innan förslag till vidare forskning presenteras och studiens slutsatser sammanställs.

### Testets användbarhet i kliniskt arbete med barn

Till att börja med kan jag konstatera att det varit genomförbart att utbilda kliniker i användandet av SÅT och för klinikerna att utföra testningar i sina respektive verksamheter. Klinikerna i studien var överlag positiva till metoden. Resultaten från testningarna och klinikernas reflektioner indikerar att SÅT kan bidra med kliniskt användbar information om barns anknytningsmönster och anknytningsrelaterade

svårigheter. Enligt klinikerna kan SÅT både bidra med ny information om barn, stärka befintliga hypoteser och användas som ett av flera bedömningsinstrument för att skapa en bred förståelse av barns svårigheter. De barn som testades sökte behandling av varierade orsaker, vilket kan anses stödja testets användbarhet. Än så länge saknas normeringsdata för SÅT vid klinisk användning och det är svårt att säga hur de 14 kodade testresultaten står sig i relation till andra barns. I en normalpopulation har cirka 15 % av barnen desorganiserad anknytning och i riskgrupper är andelen betydligt högre (Broberg et al., 2015), så det var ovanligt få av barnen i denna studie vars testresultat klassificerades som desorganiserat. Om jag spekulerar kring skillnaderna mellan denna och Granqvists och medarbetares (2014) studie (se tabell 2), kan de bero på bristande reliabilitet i klassificeringarna till följd av min ovana att koda och klinikernas ovana att testa. Jag kanske inte uppfattade tillfälliga sammanbrott i barnens anknytningsstrategier och klassificerade barn med desorganiserad anknytning med något av de organiserade anknytningsmönstren. Klinikerna följde inte manualen helt korrekt och därmed kanske barnen inte utsattes för tillräcklig påfrestning under testningen och testresultaten klassificerades i för stor utsträckning med trygg anknytning. En annan förklaring skulle kunna vara att klinikerna valde att inte testa barn med svårare problematik, för att de först ville bli bekanta med metoden. Men enligt klinikerna själva testade de alla barn som de fick möjlighet till under den aktuella tidsperioden. En tredje förklaring till varför så många testningar klassificerades med trygg anknytning skulle kunna vara slumpen, eftersom studien baseras på ett litet deltagarantal.

Två testningar gick inte att koda, vilket visar på vikten av att testledarna kan metoden väl för att resultaten ska kunna tolkas ordentligt. En av klinikerna kommenterade under intervjun att SÅT inte är ett svåradministrerat test, så med något mer vana borde testningarna kunna bli kompletta och korrekta. Självklart blir resultaten mer tillförlitliga när testinstruktionerna följs noggrant och resultaten bör användas med extra försiktighet så länge en testledare inte är van vid metoden.

**Inspelningsmöjligheter.** Angående praktiska förutsättningar att använda SÅT kliniskt framkom att alla mottagningar hade tillgång till någon form av inspelningsmöjligheter, men att alla inte hade möjlighet att filma testningarna. Några av klinikerna lyfte detta som ett problem, då en videofilm kan bidra med information om barnets beteende under testsituationen. Om det inte finns möjlighet att filma en testning kan testledaren föra anteckningar, ifall barnet visar desorganiserat beteende under testningen, som kan användas under kodningen.

**Tidsaspekten.** En nackdel med SÅT är att metoden kan anses vara tidskrävande och att tid ofta är en begränsad resurs inom kliniska verksamheter. I studien framkom att en testning tar omkring två timmar att genomföra, inklusive transkribering och kodning. Klinikernas upplevelse av att SÅT är tidskrävande skulle kunna förklaras med att de är ovana vid metoden. De flesta av klinikerna hade inte transkriberat eller kodat fler än enstaka testningar vid intervjutillfället och några av dem konstaterade att de transkriberade mer effektivt med tiden. SÅT tar inte längre tid i anspråk än de begåvningsstest som används i större utsträckning idag, men det tycks finnas en tendens att lägga mer fokus på kognitiva tester än socioemotionella tester. Det vore önskvärt att uppnå en bättre balans då barn i kliniska sammanhang ofta har svårigheter på båda områden. Tidsåtgång och resursfrågor utgör ett dilemma som tycks vanligare inom psykiatriens fält jämfört med det medicinska, där det i större utsträckning används metoder som är kostsamma om de förväntas bidra med viktig information.

**Vid lämplig frågeställning.** Det finns anledning att problematisera när SÅT bör användas, vilket också framkommer i studien. Några kliniker ansåg att information om barnets anknytning alltid kan vara användbar och andra ansåg att det kan vara mer befogat att använda SÅT om det finns en frågeställning som rör anknytningsproblematik. En av klinikerna i studien betonade vikten av att ha information om barnets erfarenheter av separationer och trauma för att bättre förstå barnets testresultat. Anknytningsmönster anses vara relativt stabila över tid, men forskning har visat att förluster, allvarlig sjukdom, fattigdom och skilsmässa kan ligga bakom förändringar i anknytningsklassificering (Bretherton & Munholland, 2008). Därför kan det i vissa fall vara mindre lämpligt att använda metoden, exempelvis om ett barn nyligen varit med om en svår förlust eller separation. Då kan testresultatet påverkas tillfälligt av barnets aktuella situation och inte adekvat återspegla barnets inre representationer av anknytningspersonerna.

**Barnens acceptans för metoden.** Många av barnen i studien tyckte uppleva en del rastlöshet under testningen. Men det var ingen som upplevde testningen så svår att det fanns anledning att avbryta, vilket kan stödja en klinisk användbarhet. Att barn blir påverkade av testet kan ses som en nödvändighet, eftersom anknytningssystemet behöver aktiveras under en anknytningsmätning och att det är informativt att se hur barnet hanterar påfrestningen. Flera av klinikerna i studien uttryckte att det är viktigt att jämföra barnets beteende under testningen med andra situationer för att få bättre förståelse för barnet. Det kan vara svårt att i testsituationen skilja exempelvis ett aktivt barn från ett oroligt, eller ett blygt barn från ett ängsligt. Det är intressant att fundera över hur barns temperament kan påverka testningen och hur man i så fall kan ta hänsyn till det vid kodningen. Det skulle kunna finnas en risk att aktiva barns testresultat i större utsträckning klassificeras med desorganiserad anknytning, om barnen har svårt att hålla sig samman under testsituationen. Och det skulle kunna vara så att blyga barns testresultat i större utsträckning klassificeras med otrygg anknytning om de har svårt att känna sig trygga under testsituationen. Men i en studie som undersökte ifall blyga barn är mer känsliga för separationer framkom att det inte fanns något samband mellan rädsla för det okända och separationsångest (Shouldice & Stevenson-Hinde, 1992), så blyga barn borde inte bli mer påverkade av SÅT än andra. Däremot kan blyga barn behöva mer tid på sig innan testningen inleds, för att hinna skapa kontakt med testledaren.

**Återkoppling till föräldrarna.** SÅT kan ge information om barns anknytning som kan användas i det terapeutiska arbetet med barnen, men informationen behöver också delges vidare. Under intervjuerna tog hälften av klinikerna upp vikten av att återkoppla barnens testresultat på ett sätt som blir meningsfullt för föräldrarna och barnen själva. En anknytningsmätning kan väcka oro hos föräldrar och en känsla av att bli bedömda och vid introduktionen till utbildningen diskuterades eventuella svårigheter med föräldrarnas inställning. Föräldrarna till barnen i studien informerades om SÅT och ingen av dem invände mot att testningen genomfördes. Trots detta kan testningen väcka oro och frågor hos föräldrar, vilket kan vara bra att ha i åtanke.

Ju större plats anknytningsteori och anknytningsforskning får i kliniska sammanhang, desto större blir behovet av lämpliga mätinstrument (Solomon & George, 2008). Om SÅT ska användas i kliniskt arbete är det viktigt att vara medveten om metodens begränsningar och använda testresultaten med försiktighet. Anknytningsmönster ska inte användas som en etikett eller diagnos och man bör inte utifrån ett barns testresultat hävda att barnet har en trygg eller otrygg anknytning. Istället kan resultaten användas som grund för samtal och beskrivningar av barnets anknytningsstrategier.

Syftet med metoden är inte att skuldbelägga utan att öka förståelsen för de barn som testas och skapa möjligheter och uppmuntra till förändringar som kan gynna barnen.

**Kollegialt stöd.** Några av klinikerna kommenterade att det kan vara bra att vara fler på en mottagning som kan SÅT, vilket finner stöd i forskning om implementering av nya metoder. Fixsen, Blase, Naoom och Wallace (2009) konstaterade att när en ny metod implementeras genom teori, diskussioner, övning och feedback fortsätter bara 5 % av de utbildade att använda det de lärt sig. Men om det dessutom finns stöd och vägledning i användandet av metoden på en arbetsplats, fortsätter upp till 95 % att använda och utveckla sina nya färdigheter.

## Möjliga modifieringar

**Följdfrågorna.** Många av klinikerna ansåg att följdfrågorna var upprepande, vilket gjorde att testningen kändes enformig. Men de kommenterade också att frågorna fyller en funktion och leder till mer information om barnet. När testningarna gjordes hade klinikerna ännu inte lärt sig kodningen, och för att till fullo förstå värdet av följdfrågorna är det bra att vara bekant med kodningsförfarandet. Då kan man tolka barnets sätt att svara på följdfrågorna och veta när det är relevant att följa upp ett svar. Klinikerna var kritiska mot antalet frågor och vissa formuleringar. Det är en avvägning att bestämma hur många frågor, eller vilka frågor, som behövs för att testet ska fungera optimalt. Vad gäller frågornas formuleringar finns inget syfte med att de ska vara svåra att förstå, och det kan därför finnas anledning att omformulera och förtydliga de frågor som har dubbla negationer.

**Bilderna.** Bilderna representerar en kärnfamilj, med mamma, pappa och barn, och man kan ifrågasätta hur det påverkar barn som inte lever i en sådan konstellation. Några av klinikerna ansåg att det finns anledning att vara normkritisk och använda olika uppsättningar bilder beroende på det testade barnets familjeförhållanden. Man kan behöva ta hänsyn till att många barn lever med separerade föräldrar eller föräldrar med olika etnicitet, eller samma kön. Bilderna avser vara neutrala, men det är svårt att åstadkomma neutralitet hur man än gör och det kan finnas anledning att istället ha flera uppsättningar bilder. Samtidigt framkom det i intervjuerna att bilderna inte tycktes utgöra något problem för barnens förmåga till identifikation med det tecknade barnet, vilket är rimligt med tanke på att barn ofta kan identifiera sig med exempelvis dockor och djur. Barn behöver identifiera sig med bilderna för att anknytningssystemet ska aktiveras, men samtidigt finns det en poäng med att de talar utifrån det tecknade barnet och inte sig själva. Det kan skapa en distans och en tryggare position att utforska känslor ifrån.

SÅT avser mäta anknytning på representationsnivå, men vilka anknytningsrepresentationer är det som undersöks? Hos små barn är anknytningen relationsspecifik och barn kan utveckla olika anknytningsmönster till olika omsorgspersoner. Om man utgår ifrån att utvecklingen av generella inre arbetsmodeller börjar under förskoleåldern, så mäter SÅT sannolikt inte en färdig generaliserad arbetsmodell, vilket gör det problematiskt att två föräldrar är med på bilderna. Samtidigt kan det vara viktigt att båda föräldrarna är avtecknade eftersom testet blir för ”lätt” för barnet, om det kan föreställa sig att den andre föräldern finns kvar under separationen. Med ökad ålder antas anknytningen generaliseras, men den processen försvåras ifall ett barn har två mycket olika relationsspecifika inre arbetsmodeller (Bretherton & Munholland, 2008).

Det finns mer att lära när det gäller hur barnet konstruerar inre arbetsmodeller när det befinner sig i flera kvalitativt olika anknytningsrelationer (Bretherton, 2005).

Vilken anknytningsrepresentation är det troligt att SÅT undersöker om barnet inte har utvecklat en generaliserad anknytningsrepresentation? Forskning har visat att barn i allmänhet upplever en tryggare anknytning till sina mammor än till sina pappor (Verschueren & Marcoen, 2005) och barnets anknytningsmönster till mamman har visat sig vara mer predicerande för barnets framtida relaterande än anknytningsmönstret till pappan (Bretherton, 2005). Bowlby spekulerade att under tidig barndom kan anknytningsrelationen till mamman vara mer inflytelserik eftersom mamman ofta är den primära omsorgspersonen (Bretherton & Munholland, 2008). Detta kan tyckas vara ett radikalt påstående i dagens Sverige. Men eftersom mödrar tar ut mer föräldraledighet än fäder (Elvin-Novak, 2011) kan man anta att mödrar är de primära omsorgspersonerna under barns första levnadsår, när anknytningen etableras. Oavsett vilken anknytningsrepresentation som undersöks i SÅT, tänker jag att testet bidrar med viktig information om det identifierar svårigheter i barns anknytning, även om det inte framgår i vilken anknytningsrelation de svårigheterna förekommer.

För att mäta anknytning behöver anknytningssystemet vara aktiverat, så att barnets anknytningsrepresentationer kan bli ”synliga”. Barns olika erfarenheter av separationer kan påverka deras tolerans för separationssituationer (Shouldice & Stevenson-Hinde, 1992) och det kan vara svårt att aktivera anknytningssystemet i ”lagom” utsträckning. Bör bilderna skildra separationer som varar en helg, en vecka eller en månad för att det ska påverka barnet tillräckligt? Något äldre barn kan antas ha mer erfarenhet av separationer från föräldrarna (Mayseless, 2005), vilket också nämndes under en intervju i denna studie, rörande ett av de äldre barnen som testades. Enligt Solomon och George (2008) skulle olika bilder för olika åldrar resultera i mer korrekta anknytningsklassifikationer. Författarna har i en studie påvisat att treåringar reagerade mer på en berättelse om monster under sängen jämfört med mer anknytningsrelaterade berättelser, medan äldre barn reagerade mer på berättelser om att de skadat sig eller varit separerade och återförenas (Solomon & George, 2008). Min tanke är också att olika barn kan ha olika erfarenheter av verkliga separationer. Och beroende på barnens erfarenheter kanske de upplever separationssituationerna som presenteras i SÅT som olika svåra. Det är de svårare separationsbilderna som ligger till grund för kodningen av lösningsskalan, och därmed kan den skalan påverkas av barnets tidigare erfarenheter av exempelvis barnvakter, skola eller lägningsrutiner, snarare än anknytningserfarenheter.

**Normering efter ålder och verbal förmåga.** Jag hade för avsikt att undersöka hur ålder och verbal förmåga kan påverka testresultaten, men eftersom klinikerna testade så få barn kunde de inte dra några slutsatser från sina erfarenheter och uttala sig om eventuella skillnader. Två barn som var över 9 år testades. Det ena barnets testresultat gick inte att koda då testledaren missade att fråga barnet efter konstruktiva lösningar. SÅT tycks ha bidragit med information gällande de äldre barnen också, enligt klinikerna som testade dem. Men man bör uttala sig med större försiktighet gällande deras anknytningsrepresentationer eftersom testet inte är validerat för barn över 9 år. Äldre barn är mer kognitivt utvecklade och kan förstå hur de ”bör” svara. Då riskeras att barnens testresultat i för stor utsträckning klassificeras med trygg anknytning.

En av klinikerna reflekterade över att det saknas åldersnormering vid kodningen. Både yngre och äldre barn bedöms efter samma skalor, men man borde eventuellt ta hänsyn till åldersskillnader och anpassa kodningen utifrån olika ålderskategorier. Det



vore intressant att undersöka ifall åldersnormering kan leda till att SÅT kan användas med barn inom ett bredare åldersspann. Forskning visar att det finns en åldersskillnad i hur elaborerade och koherenta barns svar är under anknytningsmätningar (Green et al., 2000), vilket kan göra det problematiskt att använda samma kodningskriterier för olika åldrar (Bretherton, 2008). Men det vore kanske rimligare att normera utifrån verbal förmåga och inte ålder eftersom barns kognitiva utveckling varierar även bland jämnåriga? Enligt Solomon och George (2008) kan barns kognitiva och verbala utvecklingsnivå påverka kvaliteten på deras svar, men i AAI tycks verbal begåvning inte spela någon stor roll för klassificeringen, trots att metoden är helt beroende av språk. Med normalbegåvning förväntas en individ kunna förmedla sig adekvat men med varierande grad av utvecklade berättelser (Main et al., 1985). Under kodningen tas viss hänsyn till barnets ”stil” och ett fåordigt barn kan ändå svara på ett sätt som tyder på trygga representationer. Men kodningen skulle kunna förbättras med normeringsdata.

## **Studiens begränsningar**

Inför utbildningen kontaktades kliniker som skulle kunna vara intresserade av att lära sig SÅT och de som valde att delta kan antas vara positivt inställda till metoden. Detta tillgänglighetsurval kan ha påverkat studiens resultat. Klinikerna testade de barn som de under utbildningens gång fick möjlighet att testa. Det är svårt att veta huruvida dessa barn var representativa för de barn som kommer till mottagningarna och ifall testet skulle blivit annorlunda med andra barn.

En annan begränsning är att studien genomfördes innan klinikerna fullföljt utbildningen. Det hade varit önskvärt att ta del av klinikernas reflektioner när de var mer vana vid att testa och att koda, men detta var inte möjligt inom studiens tidsram. Vid ett flertal tillfällen följdes inte testmanualen helt korrekt, vilket kan ha påverkat hur testningarna kodades. Både klinikernas och min egen begränsade erfarenhet av att använda och koda SÅT kan ha påverkat studiens resultat.

Under utbildningens gång framgick det att många av klinikerna som deltog har mycket att göra. Det tycks vara svårt för kliniker att avsätta ordentligt med tid för att lära sig en ny metod, vilket kan ha konsekvenser både för studien och för den framtida användningen av SÅT.

Studien baseras på få deltagare och därmed också få testningar och resultaten kan inte anses generaliserbara. Genomförbarhetsstudier har ofta begränsad statistisk styrka, men de är ändå betydelsefulla då de kan fylla glappet mellan forskning och praktik (Bowen et al., 2009).

## **Vidare forskning**

Som beskrivits tidigare finns det begränsad forskning om hur barns anknytningsrepresentationer formas och tar sig uttryck och idag är anknytningsmätningar för barn i förskoleåldern och mellanbarndomen inte tillräckligt validerade. Det finns anledning att i forskningsstudier inkludera olika anknytningsmätningar för att kunna jämföra dem med varandra och undersöka validiteten vidare (Kerns, 2008). I dagsläget har SÅT använts i ett fåtal forskningsstudier i Sverige och med föreliggande studie har metodens användbarhet prövats i kliniskt arbete med barn. I nästa steg behöver man pröva

användbarheten i stor skala på barn i allmänhet för att få normeringsdata att jämföra barns testresultat med. Det bör också undersökas ifall det finns anledning att ha olika uppsättningar bilder beroende på det testade barnets familjeförhållanden.

Redan 1985 skrev Main och medarbetare att ett intressant användningsområde för anknytningsmätningar kan vara att upptäcka förändringar i barns representationer före och efter psykoterapi (Main et al., 1985) och författarna tyckte ha en förhoppning om en större klinisk användning. Bowlby skrev 1988 (svensk utgåva, 1994) att det var beklagligt att kliniker visat sådan tvekan att testa anknytningsteorins användbarhet och 1990 uttryckte Aber och Baker att de hoppades att framtida anknytningsforskning skulle försöka minska klyftan mellan teori och praktik inom verksamheter som vänder sig till barn och deras familjer. De ansåg att ett sätt att uppnå detta är att låta klinisk verksamhet och forskning äga rum i samma miljö och formas genom ett ömsesidigt utbyte (Aber & Baker, 1990). Jag kan bara stämma in i dessa tidiga röster och hoppas att denna studie kan vara ett litet steg på vägen i vidare forskning om hur SÅT och andra anknytningsmätningar kan implementeras i kliniskt arbete med barn.

## Slutsatser

SÅT tycks kunna bidra med information om hur barns inre representationer är organiserade. Klinikerna i studien upplevde att SÅT kan bidra med ny information, stärka befintliga hypoteser samt bidra till bred förståelse för barns svårigheter. En SÅT-testning tar omkring två timmar att genomföra, transkribering och kodning inräknat, när man är van vid metoden. Många av barnen i studien visade en del oro och rastlöshet under testningarna, men det var ingen som upplevde testningen så svår att det fanns anledning att avbryta. Allt detta indikerar att metoden kan vara användbar i kliniskt arbete med barn. Men för att öka användbarheten kan man behöva omformulera otydliga följdfrågor, och eventuellt ta bort några av dem, samt undersöka ifall det finns anledning att åldersnormera för yngre respektive äldre barn. Kliniker med erfarenhet av SÅT skulle också behöva skapa riktlinjer för hur återkoppling av testresultat bör ske för att de ska vara meningsfulla, inte bara för kliniker, utan även för barn och föräldrar.

## Referenser

- Ackerman, J., & Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Applied Developmental Psychology, 26*, 507-520. doi:10.1016/j.appdev.2005.06.003
- Ainsworth, M. S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. (2008). I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (ss. 102-127). New York: The Guildford Press.
- Bowen, D., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Patrick Kaplan, C., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine, 36*, 452-457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas: Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bretherton, I. (2005). In pursuit of the internal working model construct and its relevance to attachment relationships. I K. Grossman, K. Grossman & E. Waters (red:er). *Attachment from Infancy to Adulthood*. (ss. 13-47). New York: The Guildford Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (2008). Internal working models in attachment relationships: elaborating a central construct in attachment theory. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (ss. 102-127). New York: The Guildford Press.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. I: M. Greenberg, D. Cicchetti & E Cummings (red:er). *Attachment in the preschool years*, (ss. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.
- 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. (2009). *Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., & Ivarsson, T. (2015). *Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin*. (2:a upplagan). Stockholm: Natur och kultur.
- Broberg, A., Wiberg, C., & Karlsson, S. (2000). Separationsångesttestet: Manual till den svenska upplagan av Seattleversionen. Opublicerat manus.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., & Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 179-198. doi: 10.1177/1359104502007002006
- Easterbrook, M., & Abeles, R. (2000). Windows to the self in 8-year-olds: Bridges to attachment representation and behavioral adjustment. *Attachment and Human Development*, 2, 85-106. doi:10.1080/146167300361336
- Elvin-Novak, Y. (2011). *Finns det några pappor i din mammagrupp? Att prata jämställt föräldraskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Fixsen, L., Blase, K., Naoom, S., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 5, 531-540. doi: 10.1177/1049731509335549
- Fonagy, P., Redfern, S., & Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 51-61. doi: 10.1111/j.2044-835X.1997.tb00724.x
- Granqvist, P., Forslund, T., Fransson, M., Springer, L., & Lindberg, L. (2014). Mothers with intellectual disability, their experiences of maltreatment, and their children's attachment representations: a small-group matched comparison study. *Attachment and Human Development*, 16, 417-436. doi:10.1080/14616734.2014.926946
- Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child

- Attachment Story Task. *Attachment and Human Development*, 2, 48-70. doi:10.1080/146167300361318
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H., & Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development*, 11, 301-337. doi:10.1111/1467-9507.00202
- Igra, L. (1983). *Objektrelationer och psykoterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kaplan, N. (1985). *Procedures for administration of the Hansburg Separation Anxiety Test for younger children adapted from Klagsbrun and Bowlby*. Opublicerat manus.
- Kaplan, N. (1987). *Internal representations of attachment in six-year olds*. Opublicerat manus.
- Kerns, K. (2008). Attachment in middle childhood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. (ss. 366-382). New York: The Guildford Press.
- Kobak, R., & Madsen, S. (2008). Disruptions in attachment bonds: Implications for theory, research, and clinical intervention. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. (ss. 23-47). New York: The Guildford Press.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period [elektronisk version]. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6 and 19 years of age: The Berkeley longitudinal study. I K. Grossman, K. Grossman & E. Waters (red:er). *Attachment from infancy to adulthood*. (ss. 245-304). New York: The Guildford Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. I M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (red:er). *Attachment in the preschool years* (ss. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Mayseless, O. (2005). Ontogeny of attachment in middle childhood. I K. Kerns & R. Richardson (red:er). *Attachment in middle childhood*, (ss. 1-23). New York: The Guildford Press.
- Nelson, K. (1999). Event representations, narrative development and internal working models. *Attachment and Human Development*, 3, 239-252.
- Shouldice, A. E., & Stevenson-Hinde, J. (1992). Coping with security distress: The separation anxiety test and attachment classification at 4.5 years. *Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 331-348. doi:org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00870.x
- Slough, N., & Greenberg, M. (1990). Five-year-old's representations of separation from parents: Responses from perspective of self and other. I I. Bretherton & M.

- Watson (red:er). *New directions in child development*, (ss. 67-84). San Francisco: Jossey-Bass.
- Solomon, J., & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. (ss. 383-435). New York: The Guildford Press.
- Taylor, C. (2012). *Empathic care for children with disorganized attachments: a model for mentalizing, attachment and trauma-informed care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- van IJzendoorn, M., & Sagi-Schwartz, A. (2008). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. (ss. 880-905). New York: The Guildford Press.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi är våra relationer: Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur och kultur.

## Bilaga 1 – Anamnestiska uppgifter

### Typ av ärende

- Nytt (aldrig tidigare varit aktuellt på mottagningen)
- Nygammalt (nybesök i ärende som tidigare varit aktuellt här eller på annan mottagning men avslutats)
- Pågående
- Gammalt (patient som vi haft kontakt med sedan tidigare och nu följer upp)

### Barntillsyn

- Hemma  Ingen tillsyn
- Förskola  Annan tillsyn  Vad? \_\_\_\_\_
- Familjedaghem

### Sysselsättning

- Hemma/förskola/familjedaghem enligt ovan
- Sexårsverksamhet i förskola  Grundskola klass 2
- Grundskola 0-klass  Grundskola klass 3
- Grundskola klass 1  Grundskola särskild grupp

### Vem bor barnet med?

- Biologiska föräldrar
- Växelvis boende
- Adoptivföräldrar
- Ensam med förälder 1
- Med förälder 1 + styvf (sedan minst 6 mån)
- Med förälder 2 + styvf (sedan minst 6 mån)
- Familjehem (sedan minst 6 mån)
- På institution
- På annat sätt, hur? \_\_\_\_\_

### Varifrån kommer familjen?

- Barnet född i Sverige
- eller invandrad ifrån \_\_\_\_\_
- Förälder 1 född i Sverige
- eller invandrad ifrån \_\_\_\_\_
- Förälder 2 född i Sverige
- eller invandrad ifrån \_\_\_\_\_

**Antal helsyskon** (oavsett om de bor i samma familj som barnet eller inte) \_\_\_\_\_

**Övriga syskon** (halv/styv/foster) om de bor i samma familj som barnet) \_\_\_\_\_

**Sysselsättning förälder 1:** \_\_\_\_\_

(OBS ange så precist som möjligt, inte "arbetar på kontor" etc.)

**Ålder:** \_\_\_\_\_

Om föräldern är avliden, hur gammalt var barnet

0-12 mån  1-2 år  3-4 år  5-6 år  mer än 6 år

**Sysselsättning förälder 2:** \_\_\_\_\_

(OBS ange så precist som möjligt, inte "arbetar på kontor" etc.)

**Ålder:** \_\_\_\_\_

Om föräldern är avliden, hur gammalt var barnet

0-12 mån  1-2 år  3-4 år  5-6 år  mer än 6 år

**Har barnet legat på sjukhus någon gång?** Nej  Ja

Om ja, hur många gånger? \_\_\_\_\_

Har barnet legat på sjukhus utan att någon förälder var inlagd tillsammans med barnet?

Nej  Ja

Om ja, hur många gånger? \_\_\_\_\_

Antal dagar barnet var inlagd längsta gången \_\_\_\_\_

Hur länge sedan är det barnet senast var inlagd? \_\_\_\_\_

**Vilken är den längsta separationen barnet haft från båda sina föräldrar samtidigt under hela uppväxten frånsett eventuell sjukhusvistelse?**

Mindre än 1 vecka  1-2 veckor  3-4 veckor  Mer än 4 veckor

Hur många gånger har barnet varit separerad från båda föräldrarna samtidigt i mer än 1 vecka? \_\_\_\_\_

**Vilken är den längsta separationen barnet haft från någon förälder?**

Mindre än 1 vecka  1-2 veckor  3-4 veckor  Mer än 4 veckor

Hur många gånger har barnet varit separerad från någon förälder i mer än två veckor?  
\_\_\_\_\_

**Om föräldrarna har separerat, skedde detta när barnet var**

0-12 mån  1-2 år  3-4 år  5-6 år  mer än 6 år

Föräldrarna har aldrig bott tillsammans

**Om barnet främst bor hos den ena föräldern:**

Vilken är den längsta separationen barnet haft från denna förälder under hela uppväxten?

Mindre än 1 vecka  1-2 veckor  3-4 veckor  Mer än 4 veckor

Hur många gånger har barnet varit separerad från denna förälder i mer än 1 vecka? \_\_\_\_\_

Vilken kontakt har barnet med den andre föräldern?

Ingen  Sporadisk  Regelbunden

**Föräldrarnas kommentar om ifall barnet brukar reagera starkt på att lämnas och hämtas på förskola/fritids eller i andra sammanhang:**

---

---

---

## Bilaga 2 - Rapportblad

Barnets ålder (år:månader) \_\_\_\_\_ Barnets kön: \_\_\_\_\_

Anmälningsorsak 1: \_\_\_\_\_

Anmälningsorsak 2 (ev.): \_\_\_\_\_

Anmälningsorsak 3 (ev.): \_\_\_\_\_

Kommentar anmälningsorsak (ev.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DSM-5 diagnos (ev.): \_\_\_\_\_

Vilken förälder kommer barnet med? \_\_\_\_\_

Har barnets verbala eller allmänna begåvning testats? Om ja, vad var resultatet?

\_\_\_\_\_

Vilka andra undersökningsmetoder har använts i utredningen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

När i undersökningen genomfördes SÅT-testningen? \_\_\_\_\_

Hur lång tid tog SÅT-testningen att genomföra? \_\_\_\_\_

Kommentarer till barnets beteende/reaktioner under SÅT-testningen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Reflektionsfrågor att svara på efter varje testning:**

Hur verkade barnet uppleva SÅT-testningen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Hur upplevde du själv testningen?

---

---

---

Framkom information om barnet som inte framkommit utan SÅT? Beskriv:

---

---

---

Hur verkade föräldrarna uppleva att SÅT-testningen genomfördes?

---

---

---

Skedde återkoppling till föräldrarna specifikt gällande testningen? Hur fungerade den?

---

---

---

Övriga tankar?

---

---

---

## Bilaga 3 – Intervjuguide

### Intervjufrågor efter sista testningen:

1. Anser du att SÅT-testningen är användbar i din kliniska verksamhet?  
Beskriv: (hur, varför...)

Följdfrågor beroende på den första "fria" beskrivningen:

- a. Vilka **fördelar** uppfattar du att metoden har jämfört med de metoder du brukar använda?
  - b. Har SÅT-testningen inneburit att du **tänkt på ett annat sätt** rörande den fortsatta handläggningen eller utformning av behandling gällande något av de ärenden där du använt metoden?
  - c. Vilka **nackdelar** uppfattar du att metoden har jämfört med de metoder du brukar använda?
  - d. Hur uppfattar du den kliniska användbarheten med tanke på **praktiska förutsättningar** som tidsåtgång, inspelningsmöjligheter osv
2. Om du anser att testningen är användbar,
    - a. Tycker du att SÅT är användbar även **om man inte kodar** resultaten?
    - b. **Vad behövs** för att SÅT skulle kunna ingå som en reguljär del i bedömningen av barn i åldern 5 – 8 år på er mottagning?
  3. Hur har barnet och du själv upplevt att båda föräldrarna är med på teckningarna? Har barnen kommenterat det? Har du märkt någon skillnad på de barn som inte lever med båda föräldrarna, mamma och pappa, eller svenska föräldrar? Har du märkt någon skillnad i pojkar/flickor, annat?
  4. Hur var det att använda känslkortet? Någon del av instruktioner eller frågor som du tycker behöver ändras?
  5. Har du någon tanke om ifall barnets verbala förmåga eller ålder spelade in?
  6. Har du någon tanke om ifall barnets beteende under testsituationen var ett uttryck för själva testningen eller för barnets personlighet eller andra svårigheter?
  7. Skedde någon utveckling mellan dina testningar, kring utförande, dina tankar...
  8. Övriga tankar?