



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykoteraeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2017

**Anknytningsmönster hos föräldrar vars
barn fått diagnosen AD/HD**

**Attachment patterns of parents whose
children have been diagnosed with AD/HD**

Författare:

Leena K Nygren

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Teoretisk bakgrund	1
3	Tidigare forskning	4
3.1	Empiriska vetenskapliga studier.....	4
3.2	Erfarenhetsbaserade studier	5
4	Syfte.....	5
5	Frågeställningar	5
6	Metod.....	5
6.1	Undersökingsdeltagare	6
6.2	Instrument.....	6
6.3	Bearbetningsmetoder.....	7
6.4	Genomförande	9
7	Forskningsetiska frågeställningar	10
8	Resultat	10
9	Diskussion	16
9.1	Metoddiskussion.....	16
9.2	Resultatdiskussion	17
9.3	Förslag till fortsatt forskning	21
	Referensförteckning.....	22
	Bilaga 1.....	27
	Bilaga 2.....	28
	Bilaga 3.....	29
	Bilaga 4.....	30
	Bilaga 5.....	31

Sammanfattning

Inledning: Diagnostisering och behandling av AD/HD sker primärt i enlighet med forskning som beskriver tillståndet som ett neuropsykiatriskt funktionshinder, vilket implicerar biologiska orsaker. Något som fortfarande är underrepresenterat inom forskningen är relationen mellan diagnosen AD/HD och anknytnings- och uppväxtförhållanden. Syftet med denna uppsats är att undersöka fördelningen mellan olika anknytningsmönster hos föräldrar i familjer där barn fått diagnosen AD/HD.

Frågeställningar: Hur ser fördelningen av anknytningsmönster ut hos föräldrar vars barn har fått diagnosen AD/HD? Hur ser samstämmigheten ut mellan parens anknytningsmönster?

Metod: En kvantitativ metod med explorativ ansats har använts för studien. Självskattningsformuläret ASQ har använts för att skapa anknytningsprofiler utifrån en given analysmodell. Informationen har bearbetats och analyserats på tre nivåer för att hitta mönster i deltagarnas och gruppens anknytningsmönster. Resultatet har presenterats med deskriptiv statistik.

Resultat: 97 % av de deltagande föräldrarna uppvisade otrygga anknytningsprofiler. Fördelningen mellan otrygg och trygg anknytning var jämn mellan kön, åldergrupper och utbildningsnivåer. Avseende anknytningsprofiler var det en tydlig övervikt av Undvikande (47 %) och Ambivalent (40 %) anknytningsprofil relativt Ängslan (10 %) och Trygghet (3 %).

Diskussion: Denna studie, ihop med andra studier har visat att det finns en hög grad av otrygga anknytningsmönster i familjer med AD/HD diagnoser. Och trots att studiens resultat inte kan säga något om huruvida otrygga anknytningsmönster orsakar AD/HD symptom, eller AD/HD orsakar otrygga anknytningsmönster, går ändå studiens resultat i linje med att familjeterapeutiska interventioner kan vara klokt att sättas in. I en familjeterapeutisk situation kan stora förändringsarbeten göras i familjesystemet, oavsett skäl till problematiken, vare sig de är biologiskt eller relationellt orsakade.

Nyckelord: ADHD, anknytning, stress, barn, föräldrar.

Abstract

Introduction: Diagnosis and treatment of AD/HD is primarily done in accordance with research describing the state as a neurodevelopmental disorder, which implies biological causes. Still less common within research is the relation between AD/HD and attachment and childhood conditions. The purpose of this thesis is to investigate the distribution of attachment patterns among parents in families where children has been diagnosed with AD/HD

Question formulation: What does the distribution of attachment patterns look like amongst parents whose children have been diagnosed with AD/HD? What are the combinations of attachment patterns amongst the couples?

Method: A quantitative method with an explorative approach has been used for this study. The ASQ self-evaluation questionnaire has been used to generate the attachment profiles from the given analysis model. Information has been processed and analyzed on three levels to find patterns within the attachment patterns of the individuals and the group. The result is presented as descriptive statistics.

Result: 97 % of the participating parents displayed insecure attachment profiles. The distribution between secure and insecure attachments was equal between sexes, age groups and education levels. Amongst attachment profiles there was an overweight towards Avoidance (47 %) and Ambivalence (40 %) in comparison to profiles Anxiety (10 %) and Security (3 %).

Discussion: This study, together with other studies, has shown a high degree of insecure attachment patterns in families with AD/HD diagnosis. And although the study result can't say anything about insecure attachments causing AD/HD symptoms, or AD/HD causing insecure attachment patterns, the study is in line with the fact that family-therapeutic interventions can be wise to use. In a family-therapeutic situation real change work can be done in the family system, regardless if the causes are biologically or relationally induced.

Keywords: ADHD, attachment, stress, children, parents.

1 Inledning

Diagnostisering och behandling av AD/HD (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder) sker primärt i enlighet med forskning som beskriver tillståndet som ett neuropsykiatriskt funktionshinder, vilket implicerar biologiska orsaker såsom ärftliga och genetiska faktorer. Utifrån detta rekommenderas i Sverige behandling med en multimodal behandlingsmodell som inkluderar psykosocial, pedagogisk samt farmakologisk behandling (Läkemedelsverket, 2016; Socialstyrelsen, 2016, 2017). Förstahandsvalet av diagnosverktyg inom psykiatri i Sverige är DSM-5, där diagnosen AD/HD ställs utifrån en symptombild.

AD/HD är enligt detta synsätt en utvecklingsrelaterad funktionstörning i de delar av hjärnan som styr uppmärksamhet, aktivitetsreglering och impuls kontroll. I enlighet med denna teori har funktionsstörningen att göra med balansen av vissa signalsubstanser, framför allt dopamin, och att detta styrs av specifika gener (Läkemedelsverket, 2016; Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2016). Ljungberg (2008) beskriver att det är denna obalans farmakologisk behandling önskar återställa trots att det ännu inte gått att nå en vetenskapligt hållbar slutsats om att dopaminsystemets aktivitetsnivå är minskad vid AD/HD, och att problematiken snarare borde ses ur ett stress-och sårbarhetsperspektiv.

I en nyligen publicerad studie om AD/HD (Hoogman et al, 2017) beskrivs en svag signifikant skillnad i hjärnan hos barn med diagnosen AD/HD relativt studiens referensgrupp. Forskarna har endast kunnat se skillnader i hjärnvolum hos barn och ungdomar med AD/HD, inte hos vuxna. Utifrån detta dras slutsatsen att AD/HD är en hjärnförändring orsakad av en utvecklingsförsening i vissa specifika områden av hjärnan som antas växa ikapp i vuxen ålder.

Något som är underrepresenterat inom forskningen är relationen mellan diagnosen AD/HD och anknytnings- och uppväxtförhållanden. Den anknytningsforskning som genom vetenskapliga sökningar hittats har främst fokuserat på anknytningsmönster hos barn och vuxna med diagnosen AD/HD. Endast en publikation gällande mödrars egna anknytningsmönster hittades i vilket resultatet visade att relativt en referensgrupp fanns en överrepresentation av otrygga anknytningsmönster (Kissgen R., Krischer, M., Kummetat, V., Spiess, R., Schleiffer, R., & Sevecke, K., 2009). Här finns frågor kvar att besvara och syftet med denna uppsats är att undersöka fördelningen mellan olika anknytningsmönster hos föräldrar i familjer där barn fått diagnosen AD/HD.

2 Teoretisk bakgrund

2.1 Biologisk teori

Enligt DSM-5 karakteriseras AD/HD av ett ihållande mönster av ouppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som stör funktion eller utveckling (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Det finns många teorier kring orsaken eller orsakerna till AD/HD, eftersom etiologin fortfarande inte är helt kartlagd, men det dominerande perspektivet i Sverige idag är att det ses som neuropsykiatriska funktionshinder som orsakas främst av ärftligt betingade faktorer, skador i nervsystemet eller minskad hjärnstorlek av specifika områden i hjärnan. Det anses att familjesystem, eller andra viktiga system som barn befinner sig i, inte har någon del i utveckling av AD/HD (Gillberg, 2003; Hoogman et al, 2017; Socialstyrelsen; 2017).

2.2 Anknytningsteorin

Anknytningsteorin, som också har kallats bindningsteorin, har sin grund i psykiatriken och psykoanalytikern John Bowlbys arbete, där han använde sig av tvärvetenskapliga sammanhang för att förstå människans komplexa psyke (Broberg, 2008). Anknytningen avspeglar sig bland annat tydligt i barnets tendens att söka närhet till vårdnadshavaren, speciellt vid sjukdom och rädsla. Anknytning är biologiskt och därmed medfött (Bowlby, 2010).

Det tidiga samspelet mellan barnet och anknytningspersonen resulterar i anknytningsmönster, vilka utvecklas till olika typer av inre representationer, det vill säga inre arbetsmodeller av relationer, och påverkar sociala relationer och hälsa från barndomen och in i vuxen ålder. Dessa inre arbetsmodeller resulterar i hur barn relaterar till andra människor samt gentemot sig själv. De båda huvudtyperna av anknytning kallas tryggt respektive otryggt anknytning. Att vara tryggt anknuten innebär att personen känner sig trygg och säker och har positiva förväntningar på relationen. En otryggt anknuten person hyser ofta ambivalenta känslor i relationen, där kärlek och beroende ofta konkurrerar med rädsla och oro för avvisande. Om samspelet med omvårdnadspersonen fungerar väl skapas ett tryggt anknytningsmönster. Barnet har tillgång till anknytningspersonen när det behövs och har då möjlighet att utveckla en förmåga till flexibelt socialt fungerande. Anknytningspersonen hjälper barnet till utveckling genom att vara närvarande, hållande och att bemöta barnet i dess känsla. Genom anknytningsrelationen utvecklar barnet egen förmågan att tolerera stress. Otryggt anknytning kan uppstå vid brister i anknytningspersonens lyhörddhet för barnets signaler eller att anknytningspersonen brister i omsorgen.

Anknytningsteorin beskriver både utifrån socialt relaterande och biologiskt perspektiv hur barn i tidig uppväxt lär sig från sina anknytningspersoner vilka anknytningsbeteende som är verksamma i de individuella relationerna. (Broberg, 2008).

Allan Schore (2000, 2002, 2003) presenterar forskning där han återknyter modern neuropsykologi till Bowlbys teorier. Schore för ett resonemang där han indikerar att det finns en växande mängd studier som visar att spädbarns högra hjärnhalva är speciellt påverkad av tidiga sociala upplevelser och således formas och mognar genom social interaktion med anknytningspersoner. Vidare beskrivs att tryggt anknytning är en kraftig motståndskraft mot stress, som uttrycks i förmågan att på ett flexibelt sätt reglera känslotillstånd via auto- och interaktiv reglering som växt

ur en god omvårdnad med en trygg anknytningsperson. Men om barnet är otruggt anknutet klarar inte barnet av att på samma sätt att reglera sin stress, vilket på sikt orsakar konsekvenser för utveckling av barnets hjärna, framför allt höger hemisfär.

Mary Ainsworth, Bowlbys kollega, myntade begreppet ”trygg bas”, och utvecklade en metod för att undersöka anknytningen hos mammor som döptes till ”*strange situation*”. Ainsworth kunde genom sin forskning och sitt arbete urskilja 3 anknytningsmönster vilka var, tryggt-, ambivalent- och undvikande anknytningsmönster (Bowlby, 2010).

Ett fjärde anknytningsmönster är den desorganiserade anknytningen. De tre ovan beskrivna mönstren betraktas som organiserade anknytningsmönster trots att två är otrugga. Desorganiserad anknytning är inte längre ett organiserat anknytningsmönster och uppstår när barnet inte hittar fungerande strategier att hantera stressfulla situationer. I bakgrunden ligger då ofta traumatiska erfarenheter där anknytningspersonen har upplevts som alltför nyckfull eller till och med skrämmande. Man har sett samband mellan anknytningspersoners brister i relationen till barnet och anknytningspersonens egna olösta trauman och förluster vilka framkommit vid anknytningsintervjuer (Lyons-Ruth, 2007).

Den desorganiserade anknytningen innebär en ytterligare förhöjd riskfaktor för psykisk ohälsa jämfört med de båda organiserade otrugga anknytningsmönstren, ambivalent och undvikande (O’Connor et al, 2012).

Mary Main och hennes kollegor är grundarna för metoden Adult Attachment Interview (AAI). Mary Mains forskningsresultat visade hur individens förmåga att tänka om sina anknytningserfarenheter kan kopplas till psykisk hälsa. AAI är en intervjumetod vilket används för att intervjua vuxna personer, och därigenom få förståelse för deras nuvarande inre representationer genom deras minnen av anknytning från barndomen.

Resultaten av denna metod har visat att anknytningsstilen hos den vuxne intervjupersonen avspeglar dennes egna erfarenheter av sin vårdnadshavare under uppväxten. Det upptäcktes också att det finns starkt samband mellan föräldrars egna anknytningsmönster och deras barns anknytningsmönster.

Dock visade det samtidigt genom studierna att det fanns otruggt anknutna föräldrar som beskrev sin barndom som mycket olycklig, men som ändå hade barn som blivit tryggt anknutna. Det som var gemensamt för dessa familjer var att föräldrarna hade reflekterat över sina barndomsupplevelser (Bowlby, 2010; Main, 1996, 2000).

2.3 Stress- och sårbarhetsmodellen

Ljungberg (2008) har publicerat en omfattande forskningsöversikt över vetenskapliga artiklar gällande AD/HD vilka hade publicerats fram till 2008. I sin forskningsöversikt är Ljungberg starkt kritisk till ett enbart biologiskt perspektiv

på AD/HD problematiken och föreslår istället en mer sammansatt modell för förståelsen av orsaker bakom AD/HD, det vill säga stress- och sårbarhetsmodellen. Enligt Ljungberg är det som ämnas behandlas farmakologiskt en minskad dopaminaktivitet i hjärnan, och Ljungberg vill bland annat påvisa med sin vetenskapliga sammanställning att det inte är vetenskapligt hållbart att påstå att det finns en nedsatt aktivitet av dopamin hos patienter med AD/HD. Stress och sårbarhetsmodellen innebär ett mer systemiskt perspektiv på AD/HD där biologiska faktorer i samverkan med omgivningen avgör graden av symptom, och där behandling behöver utgå ifrån den enskilda patientens utgångspunkt.

3 Tidigare forskning

Redogörelsen för tidigare forskning kommer att begränsas till studier där man undersökt samband mellan AD/HD och anknytningsmönster, stress- och sårbarhetsmodellen samt hur den biologiska förklaringsmodellen presenteras.

Nyckelord för studiens vetenskapliga sökningar är: ADHD, anknytning, stress, föräldrar och barn. Och motsvarande ord på engelska: ADHD, attachment, stress, children, parents.

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

Det finns fler vetenskapliga publikationer gällande orsaksamband mellan AD/HD och anknytning än vad som framhållits i det offentliga rummet, men fortfarande är den biologiska förklaringsmodellens publikationer överhängande.

Den senaste publikationen gällande AD/HD publicerades i början av 2017 i samband med att denna studie gjordes.

Resultaten från artikeln har rönt uppmärksamhet som slutgiltigt bevis för att AD/HD är en hjärnförändring. Dock visar resultatet mer precist att hjärnor hos barn med diagnosen AD/HD har konstaterats ha något mindre hjärnvolum i vissa specifika områden vilket man tror beror på en utvecklingsförsening av dessa delar i hjärnan. Forskarna själva argumenterar för att detta skulle kunna tolkas som omognad. Liknande förändringar i hjärnan kunde man inte hitta hos studiens vuxna patienter, varför man tänker att denna utvecklingsförsening senare växer ikapp i vuxen ålder. Detta konstaterande av forskarna i studien är motsägelsefullt mot att de samtidigt diskuterar att AD/HD skulle vara en hjärnförändring (Hoogman et al, 2017).

De Bellis (2014) beskriver i denna publikation att man kunnat identifiera att hjärnor hos barn som blivit misshandlade eller försummade, det vill säga barn som upplevt trauma, hade mindre hjärnvolymer än kontrollgruppen, vilket stress på grund av traumatiserande händelser skulle kunna vara en orsak till.

Pinto et al (2006) beskriver att det finns en länk mellan spädbarns desorganiserade anknytningsmönster och senare diagnostisering av AD/HD av samma barn.

Författarna är tydliga med att det behövs mer forskning för att säkerställa detta, men att man i studien, där man jämfört 53 barn med desorganiserade anknytningsmönster vid ett års ålder och senare följt upp samma grupp barn vid sju års ålder och ställt resultaten mot en referensgrupp, fann man signifikanta skillnader när det gäller antal ställda AD/HD diagnoser vid sju års ålder.

Clarke et al (2002) har i sin studie funnit att barn med AD/HD oftare uppvisar otrygg anknytning. Studieggruppen omfattade 19 barn som uppfyllde kriterierna för AD/HD enligt DSM-4 med 19 barn i en referensgrupp. Förekomst av otrygga anknytningsmönster såsom ambivalent och desorganiserade var större i gruppen AD/HD än i referensgruppen.

Richards (2013) visar i sin artikel ett underlag för att det är dags för ett mer bio-psyko-social syn på AD/HD. Artikeln specificerar betydande forskning som visar sambandet mellan AD/HD-symtom och föräldrars psykiska ohälsa, barnmisshandel, posttraumatiskt stressyndrom, otrygg anknytnings till anknytningspersoner och andra miljöfaktorer.

Sroufes (2005) resultat av anknytningsforskning visar att trygga eller otrygga anknytningsmönster inte enbart avgör en persons psykiska hälsa senare i livet. Ändå påtalar forskaren att betydelsen av anknytningsmönster inte ska underskattas i relation till senare psykisk hälsa eller ohälsa, men att anknytningsmönster är relaterade till och i samband med komplexa utvecklingssystem och processer, som snarare tillsammans avgör utveckling av psykisk hälsa eller ohälsa. I denna publikation beskrivs att det tydligt visats att en trygg anknytning har en skyddande funktion för barnet att utvecklas normalt och att hantera stress framför allt för spädbarn, men där otrygg anknytning föreligger kan individen ändå utvecklas normalt med andra stödsystem såsom exempelvis, syskon, andra trygga vuxna, förskola och skola.

3.2 Erfarenhetsbaserade studier

Inga erfarenhetsbaserade studier har hittats utifrån de nyckelord som använts.

4 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka anknytningsmönster hos föräldrar i familjer där barn fått diagnosen AD/HD.

5 Frågeställningar

1. Hur ser fördelningen av anknytningsmönster ut hos föräldrar vars barn har fått diagnosen AD/HD?
2. Hur ser samstämmigheten ut mellan parens anknytningsmönster?

6 Metod

6.1 Undersökningsdeltagare

Barn och ungdomspsykiatriska kliniker (BUP-kliniker) kontaktades mailledes genom ett slumpmässigt urval. Det gjordes på så sätt att författaren mailade till alla BUP-mottagningar som fanns att få kontakuppgifter till via Landstingets nätverk, vilka blev slutligen ett tjugotal. BUP-klinikerna tillfrågades om att lämna ut formulären till föräldrar som kvalificerade till att ingå i denna studie. Fyra av klinikerna återkopplade positivt. 180 formulär skickades ut till klinikerna, men svarsfrekvensen var låg då endast 30 föräldrar valde att delta. Dessa 30 föräldrar utgör studiens sampel.

Undersökningsdeltagarna kom att utgöras av 15 föräldrar; 15 mödrar och fäder till 15 barn. Krav för deltagande var att barnet var mellan 6-10 år, samt att båda föräldrarna deltog genom att fylla i varsitt formulär som kodades med samma kod. Om föräldrarna var skilda och det finns ytterligare respektive, deltog två av de som var närmast barnet. Barnet skulle vara diagnosticerat under 2016. Inklusionskriterium var även att ingen komorbiditet var känd.

Nedan anges ålder, kön och utbildningsnivå för undersökningsgruppen:

Tabell 1. Undersökningsgruppens medelålder utifrån kön

Kön	N	Medelvärde	Std avvikelse	Min	Max
Man	15	43,07	4,431	36	52
Kvinna	15	41,00	4,088	35	47

Tabell 2. Undersökningsgruppens fördelningen avseende utbildningsnivå

Utbildning	N	Procent
Grundskola	2	7%
Gymnasium	13	43%
Hög/Univ	15	50%

6.2 Instrument

I studien användes Attachment Style Questionnaire (ASQ) (Bilaga 5) som är ett instrument specifikt framtaget för att identifiera anknytningsmönster hos ungdomar och vuxna (Tengström & Håkansson, 1997).

Feeney et al., (1994) konstruerade självskattningsformuläret ASQ. Intentionen med instrumentet var att skapa ett instrument som ger testpersonen en flerdimensionell anknytningsprofil, till skillnad från forced-choiceinstrument, där anknytningsmönster utesluter varandra. Feeney och medarbetare ville även utforma ett instrument så att testpersonen inte behövde ha erfarenhet från någon romantisk relation för att kunna besvara formuläret, exempelvis ungdomar.

ASQ är framtaget för att skapa kunskap och förståelse för en människas sätt att knyta an och denna kunskap kan sedan användas på flera sätt, både inom individualbehandling och inom forskning. Resultatet i testet sammanfattas i en individuell profil och sedan finns det möjlighet att jämföra profilen mot fem olika anknytningsstilar som testet presenterar som fem varianter på anknytningsprofiler som förekommer inom populationen (Tengström & Håkansson, 1997).

Formuläret består av 40 frågor (items) som besvaras på en Likert skala från 1-6, mellan ”fullständigt oense” och ”instämmer fullständigt”. Frågorna delas in i fem delskalor som mäter olika aspekter av anknytningen. Sammantaget ger svaren på dessa skalor en anknytningsprofil för varje individ. Det finns enligt ASQ en trygg anknytningsprofil och fyra otrygga. Två av de otrygga stilarna ses som undvikande (distans och sakorientering) och två ses som ängslig/närhetsökande (relationsfixering och bifallsbehov). I själva analysmanualen har även ambivalent anknytningsprofil lagts till (Tengström & Håkansson, 1997).

Originalversionen av ASQ har översatts till flera språk bland annat till en svensk version. Originalversionen av ASQ är skapad av Feeney, Noller & Hanrahan, 1994 i Queensland, Australien (Feeney et al, 1994).

Den svenska utprovningsspopulationen för ASQ-instrumentet (n=161) utgjordes av sex stycken grupper: gymnasiegrupper (n=74), universitetsstudenter (n=16), tinnituspatienter (n=27), smärtpatienter (n=11), psykoterapipatienter (n=90) och narkomaner (n=5).

Gymnasie- och universitetsstudenterna (n=90) fungerar som referensgrupp för de medelvärden och standardavvikelser som presenteras i ASQ:s sammanställningsprotokoll.

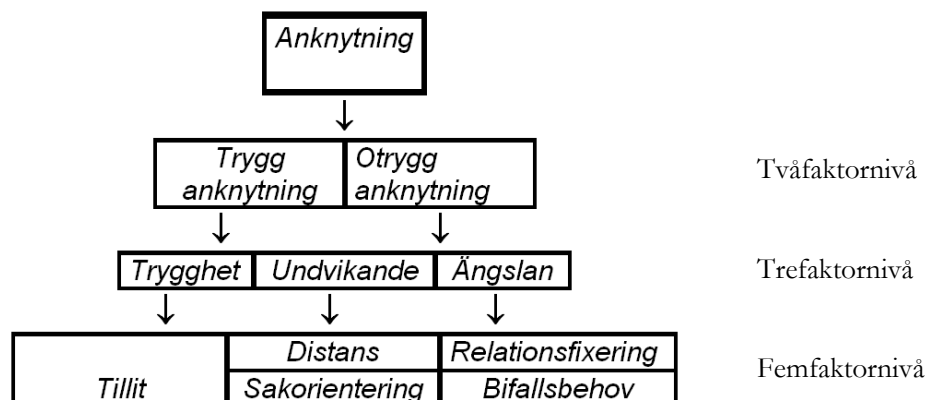
Sammantaget visar reliabilitetsanalysen att den interna strukturen är hög i delskalorna och också att det mellan delskalorna finns hög stabilitet.

Validitetsanalysen pekar på att ASQ-sverige har stor likhet med ASQ-australien (ursprungsversionen), då dessa ställts mot varandra med instrument för validering, vilket talar för att ASQ-instrumentet, rätt använd, ger en undersökning god validitet (Tengström & Håkansson, 1997).

6.3 Bearbetningsmetoder

Resultaten analyserades först manuellt enligt ASQ:s föreslagna analysmodell vilket gav resultat på individnivå i form av medelvärden för de olika delskalorna och en jämförelse av dessa mot ASQ:s referenspopulation. Utifrån denna jämförelse tolkades resultaten enligt de riktlinjer som ges i ASQ manualen där delskalornas inbördes relationer gav en anknytningsprofil för varje enskild individ i undersökningsgruppen. Denna anknytningsprofil anges av ASQ manualen som den viktigaste tolkningen av den enskildes resultat (Tengström & Håkansson, 1997).

ASQ utgår från följande modell över teoretisk konceptualisering av anknytning:



Figur 1. Modell över teoretisk konceptualisering av anknytning

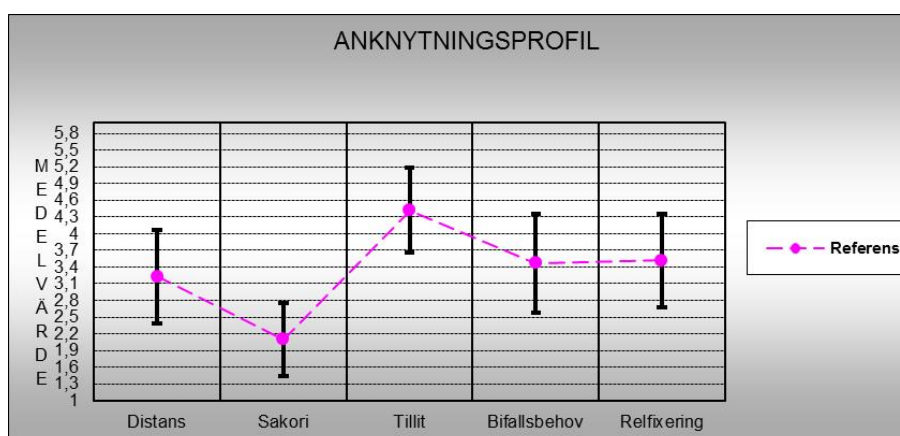
Sammanställning av de individuella resultaten gjordes på nivåerna tvåfaktornivå, trefaktornivå samt femfaktornivå.

På *tvåfaktornivå* anges i ASQ manualen att det inte är helt lätt att göra distinktionen om en individ har en trygg eller otrygg anknytning utifrån formulärsvarerna då den erhållna anknytningsprofilen är dimensionell och inte kategorisk. För att ändå kunna göra en någorlunda korrekt uppskattning har de satt upp följande riktlinjer för att bedöma en individ som trygg anknuten:

- i. Medelvärdet i Tillitskalan ska vara över 4
- ii. Övriga, otrygga, delskalor ska befinna sig på eller under medelvärdet för referenspopulationen

De förtydliga sedan att även om en individ erhåller ett medelvärde över 4 i Tillitskalan är de inte tryggt anknutna, men att det relativt höga värdet i Tillitskalan kan fungera som en slags moderator som gör att individen kan kompensera för en del av de interpersonella problem/ångest som är följden av den otrygga anknytningen (Tengström & Håkansson, 1997).

För att på *trefaktornivå* komma fram till en anknytningsprofil studerades respektive individs medelvärde för varje delskala och dessa jämfördes med referenspopulationens. Diagram för varje persons anknytningsprofil skapades och analyserades. Cirka 70 % av referenspopulationens individer har sitt medelvärde inom intervallgränserna som utgörs av standardavvikelserna från medelvärdet enligt figuren nedan. Om individen faller utanför intervallgränserna bör det enligt analysmodellen tolkas som att dennes medelvärde är annorlunda än de allra flestas och därmed utgör ett observandum (Tengström & Håkansson, 1997).



Figur 2. ASQ-delskalor för referenspopulationen

På *femfaktorsnivå* togs varje enskild individs värden per delskala fram enligt den nyckel till poängräkning som anges i ASQ manualen. Den enskildes resultat användes sedan som underlag för framtagande av individens profil enligt ovan.

6.4 Genomförande

Då kontakt med den enskilda BUP-kliniken etablerats, togs kontakt med verksamhetsansvariga inom respektive klinik som delegerade till ansvariga behandlare att dela ut självskattningsformuläret ASQ till föräldrar där man under 2016 diagnosticerat deras barn med AD/HD och uppfyllde övriga kriterier.

Varje behandlare fick var sitt informationsbrev (Bilaga 1), och det beslutades att formuläret skulle distribueras till föräldrar då de deltog i en så kallad strategikurs, vilket är en pedagogiskt utvecklad kurs för föräldrar till barn som diagnosticerats med AD/HD (Bilaga 4).

Självskattningsformuläret ASQ har distribuerats ut till alla föräldrar, via barnens ansvarige behandlare på BUP-kliniken. Formulär har sedan inhämtats från respektive klinik och förvarats i ett säkert kassaskåp.

Föräldrarna fick ta del av ett informationsbrev om vad det innebar att vara med i studien (Bilaga 2). Då föräldrarna accepterat att delta fick de var sitt kuvert innehållande ASQ-självskattningsformuläret (Bilaga 5).

Varje självskattningsformulär var försedd med ett försättsblad (Bilaga 3) vilka innehöll variablerna ålder, kön samt utbildningsnivå. Två föräldrar till varje barn fyllde i varsitt självskattningsformulär och kodade dem med samma kod på försättsbladet.

Formulären kodades av föräldrarna själva utan inblandning av vare sig ansvarig för studien eller barnens behandlare, så att anonymiteten säkerställdes.

Deltagandet var frivilligt och inga exkluderades.

Behandlaren samlade in alla självskattningsformulär och ansvarig för studien fick antingen formulären skicka till sig eller åkte ut till BUP-klinikerna och hämtade

de ifyllda självskattningsformulären. De ifyllda självskattningsformulären förvarades i ett säkert kassaskåp under hela studiens gång.

I brevet till deltagarna erbjöds alla ett exemplar av examinerad uppsats. Deltagarna uppmanades att om de önskade få ta del av resultaten av studien, skulle de själva ta kontakt för att rekvirera uppsatsen.

7 Forskningsetiska frågeställningar

Forskning spelar en betydande roll för utveckling av samhället och dess individer. Samtidigt har samhällets medlemmar en rättighet till skydd av sin integritet som i vissa lägen kan stå i kontrast till forskningskravet. Därför finns även ett individskydds krav som säkerställer att individer skyddas från psykisk eller fysisk skada, kränkningar eller förödmjukelse. Detta har tagits hänsyn till i denna studie.

De etiska riktlinjer som är utarbetade av vetenskapsrådet har under hela studien följts (Vetenskapsrådet, 2011), liksom Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460, 2003).

”Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor är tillämplig enbart om det är fråga om forskning. För att avgränsa etikprövningsnämndernas uppdrag har i 2 paragraf etik-prövningslagen tydliggjorts att med forskning i lagens mening avses inte sådant arbete som utförs endast inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå” (Centrala etikprövningsnämnden, 2017).

Sekretess och konfidentialitet för dem som deltog i studien kom hela tiden att vara högsta prioritet. Detta säkerställdes bland annat genom att stor uppmärksamhet lades vid aidentifiering av namn och personuppgifter och andra känsliga variabler, samt att studiens material förvarades på ett sätt så att ingen utomstående kunde ta del av det. Deltagarna informerades också tydligt om frivillighet och konfidentialitet genom att både behandlare som distribuerade självskattningsformulären till föräldrarna informerades om detta, samt att det stod utskrivet i det brev som varje deltagare försågs med.

8 Resultat

8.1.1 Tvåfaktornivå: Trygg eller otrygg anknytning

Nedan är fördelningen mellan trygg och otrygg anknytning enligt beskrivningen i genomförandet på tvåfaktornivå.

Tabell 3. Fördelning mellan trygg och otrygg anknytning i undersökningsgruppen

Anknytning	N	Procent
Trygg	1	3%
Otrygg	29	97%

Endast 1 person eller 3 % av gruppen ansågs vara tryggt anknuten utifrån de kriterier som ASQ manualen satt upp för att en individ skall kunna anses vara tryggt anknuten. Resultatet visar därmed att 97 % av deltagarna är otryggt anknutna.

8.1.1.1 Fördelning utifrån variabel kön

Nedan är fördelningen mellan trygg och otrygg anknytning utifrån kön.

Tabell 4. Fördelning mellan trygg och otrygg anknytning utifrån kön

Anknytning	Kön	N	Procent
Trygg	Man	1	3%
	Kvinna	0	0%
Otrygg	Man	14	47%
	Kvinna	15	50%

Endast 1 person eller 3 % av gruppen ansågs vara tryggt anknuten utifrån de kriterier som ASQ manualen satt upp för att en individ skall kunna anses vara tryggt anknuten. Resultatet visar att 97 % av deltagarna är otryggt anknutna.

8.1.1.2 Fördelning utifrån variabel ålder

Nedan är fördelningen mellan trygg och otrygg anknytning utifrån åldersgrupper.

Tabell 5. Fördelning mellan trygg och otrygg anknytning utifrån åldersgrupper

Anknytning	Ålder	N	Procent
Trygg	35-42	0	0%
	43-52	1	3%
Otrygg	35-42	15	50%
	43-52	14	47%

De enda person som är tryggt anknuten är en man.

8.1.1.3 Fördelning utifrån variabel utbildningsnivå

Nedan är fördelningen mellan trygg och otrygg anknytning utifrån utbildning

Tabell 6. Fördelning mellan trygg och otrygg anknytning utifrån utbildningsnivå

Anknytning	Utbildning	N	Procent
Trygg	Grundskola	0	0%
	Gymnasium	0	0%
	Hög/Univ	1	3%
Otrygg	Grundskola	2	7%
	Gymnasium	13	43%
	Hög/Univ	14	47%

I ovan ålderuppdelning är fördelningen jämn mellan åldersgrupperna. Den person med trygg anknytning ingår i den äldre åldersgruppen.

8.1.1.4 Fördelning per familj

Nedan är fördelningen mellan kombinationer av anknytningar inom familjer.

Tabell 7. Fördelning mellan anknytningskombinationer inom familjer

Anknytning	N	Procent
Trygg & Trygg	0	0%
Trygg & Otrygg	1	7%
Otrygg & Otrygg	14	93%

Då endast en individ är tryggt anknuten är det bara ett föräldrapar med kombinationen trygg och otrygg anknytning. Övriga familjer består av två otrygga föräldrar.

8.1.2 Trefaktornivå: Trygghet, Undvikande, Ängslan & Ambivalent

Nedan är fördelningen mellan trygg och otrygg anknytning enligt beskrivningen i genomförandet på trefaktornivå.

Tabell 8. Fördelning mellan anknytningsprofiler i undersökningsgruppen

Profil	N	Procent
Trygghet	1	3%
Undvikande	14	47%
Ängslan	3	10%
Ambivalent	12	40%

Resultatet visar på en tydlig övervikt av Undvikande och Ambivalent anknytningsprofil relativt Trygghet och Ängslan.

8.1.2.1 Fördelning utifrån variabel kön

Tabell 9. Fördelning av anknytningsprofiler mellan könen

Profil	Kön	N	Procent
Trygghet	Man	1	3%
	Kvinna	0	0%
Undvikande	Man	8	27%
	Kvinna	6	20%
Ängslan	Man	0	0%
	Kvinna	3	10%
Ambivalent	Man	6	20%
	Kvinna	6	20%

Hos männen finner vi fler i delskalorna Undvikande och Ambivalent profil, vilket gäller samma för kvinnorna.

8.1.2.2 Fördelning utifrån variabel ålder

Tabell 10. Fördelning av anknytningsprofiler mellan åldrar

Profil	Ålder	N	Procent
Trygghet	35-42	0	0%
	43-52	1	3%
Undvikande	35-42	8	27%
	43-52	6	20%
Ängslan	35-42	0	0%
	43-52	3	10%
Ambivalent	35-42	7	23%
	43-52	5	17%

Fördelningen mellan åldrar är jämn i undersökningsgruppen förutom att alla med profil Ängslan finns i åldersspannet 43-52 år.

8.1.2.3 Fördelning utifrån variabel utbildningsnivå

Tabell 11. Fördelning av anknytningsprofiler mellan utbildningsnivåer

Profil	Utbildning	N	Procent
Trygghet	Grundskola	0	0%
	Gymnasium	0	0%
	Hög/Univ	1	3%
Undvikande	Grundskola	0	0%
	Gymnasium	7	23%
	Hög/Univ	7	23%
Ängslan	Grundskola	0	0%
	Gymnasium	0	0%
	Hög/Univ	3	10%
Ambivalent	Grundskola	2	7%
	Gymnasium	6	20%
	Hög/Univ	4	13%

Fördelningen mellan utbildningsnivåer inom respektive anknytningsprofil i hög grad konsekvent med fördelningen inom undersökningsgruppen som helhet. Den enda tryggt anknutna personen är högutbildad.

8.1.2.4 Fördelning per familj

Nedan är fördelningen mellan anknytningsprofilerna inom familjer.

Tabell 12. Fördelning mellan anknytningsprofilskombinationer inom familjer

Profiler familj	N	Procent
Trygghet & Trygghet	0	0%
Trygghet & Undvikande	0	0%
Trygghet & Ängslan	1	7%
Trygghet & Ambivalent	0	0%
Undvikande & Undvikande	3	20%
Undvikande & Ängslan	1	7%
Undvikande & Ambivalent	7	47%
Ängslan & Ambivalent	1	7%
Ängslan & Ängslan	0	0%
Ambivalent & Ambivalent	2	13%

Då endast en individ är tryggt anknuten är det bara ett föräldrapar med kombinationen trygg och otrugg anknytning. Övriga familjer består av två otrugga föräldrar.

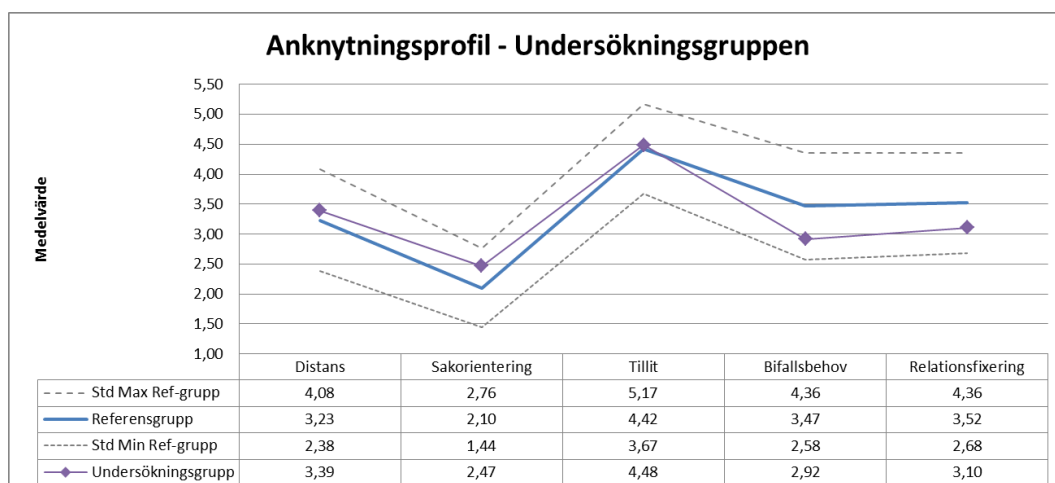
8.1.3 Femfaktornivå: ASQ Delskalor

Nedan är medelvärde och standardavvikelsen avseende ASQ delskalor för undersökningsgruppen och referenspopulationen enligt (Tengström & Håkansson, 1997)

Tabell 13. ASQ delskalor för undersökningsgrupp och referenspopulation

Delskala	Grupp	N	Medelvärde	Std avvikelse
Distans	Undersökningsgrupp	30	3,39	0,94
	Referenspopulation	90	3,23	0,85
Sakorientering	Undersökningsgrupp	30	2,47	0,78
	Referenspopulation	90	2,10	0,66
Tillit	Undersökningsgrupp	30	4,48	0,85
	Referenspopulation	90	4,42	0,75
Bifallsbehov	Undersökningsgrupp	30	2,92	0,99
	Referenspopulation	90	3,47	0,89
Relationsfixering	Undersökningsgrupp	30	3,10	0,81
	Referenspopulation	90	3,52	0,84

Nedan har undersökningsgruppens medelvärden ställs mot referenspopulationens medelvärden och standardavvikelser på det sätt som respektive individ ställts mot referenspopulationen för att bedöma anknytningsprofil.



Figur 3. Jämförelse mellan undersökningsgrupp och referenspopulationens delskalor

Avseende tillit ligger gruppernas medelvärde nära varandra, medan undersökningsgruppens medelvärde ligger högre på Distans och Sakorientering och lägre på Bifallsbehov och Relationsfixering i relation till referenspopulationens medelvärde.

8.1.3.1 Delskalor utifrån variablerna kön, ålder och utbildningsnivå

Nedan tabeller illustrerar medelvärden och standardavvikelserna utifrån de olika variablerna i undersökningsgruppen.

Tabell 14. Medelvärden för delskalor per kön

Kön	Distans	Sakorientering	Tillit	Bifallsbehov	Rel.fixering
Man	3,42	2,68	4,53	2,77	2,94
Kvinna	3,36	2,26	4,44	3,07	3,27

Tabell 15. Medelvärden för delskalor per åldersintervall

Åldersintervall	Distans	Sakorientering	Tillit	Bifallsbehov	Rel.fixering
35-42	3,70	2,69	4,23	3,28	3,24
43-52	3,08	2,25	4,74	2,56	2,97

Tabell 16. Medelvärden för delskalor per utbildningsnivå

Utbildningsnivå	Distans	Sakorientering	Tillit	Bifallsbehov	Rel.fixering
Grundskola	3,35	2,21	4,44	2,43	3,75
Gymnasium	3,63	2,68	4,23	3,21	3,16
Högskola/Univ	3,19	2,31	4,71	2,73	2,97

9 Diskussion

9.1 Metoddiskussion

Syftet med studien har varit att undersöka fördelningen mellan olika anknytningsmönster hos föräldrar i familjer där barn fått diagnosen AD/HD. Metoden för studien har varit kvantitativ med explorativ (utforskande) ansats.

I undersökningen har självskattningsformuläret ASQ använts, vilket är ett instrument avsett att identifiera anknytningsmönster hos enskilda individer, främst ungdomar och vuxna. En utmaning med att använda ett självskattningsformulär för att mäta anknytning är att formuläret mäter medveten självskattning, samtidigt som de inre arbetsmodellerna kring anknytning är omedvetna (Bowlby, 2010). Initialt övervägdes därför att istället genomföra anknytningsintervjuer i form av Adult Attachment Interview (AAI). Det visade sig dock vara för omfattande att göra AAI-intervjuer för nivån på denna studie samt att det krävdes särskild utbildning.

En fördel med självskattningsformulär jämfört med djupintervjuer såsom AAI, är att de är lätta att använda och inte kräver resurser i form av utbildade intervjuare, samt att fler individer kan delta. Nu blev antalet deltagare i denna studie lågt, men möjligheten fanns att hantera ett stort antal deltagare.

180 självskattningsformulär distribuerades till de BUP-kliniker som valde att delta i studien. Endast 30 föräldrar valde att delta i studien. Svarefrekvensen blev låg vilket har konsekvenser för studiens generaliserbarhet och validitet. Risk finns att samplet av föräldrar inte alls motsvarar den stora populationen av föräldrar till barn som har diagnosen AD/HD.

För att kunna sätta resultatet av undersökningen i ett sammanhang diskuterades att ställa identifierade anknytningsmönster mot antingen en referensgrupp eller resultat ifrån andra motsvarande studier. I den initiala processen av studien bedömdes det inte relevant att ställa resultatet mot andra studiers resultat, men däremot mot en referensgrupp. I förberedande arbete inför rekrytering av referensgrupp blev det tydligt att det inte var genomförbart. Att inte kunna ställa resultaten mot en referensgrupp avseende tvåfaktor- och trefaktornivå bedöms som en av studiens begränsningar och svagheter.

För att ändå göra en jämförelse ställdes undersökningsgruppens resultat mot två andra studier där normalfördelningen av anknytningsmönster hos barn och vuxna studerats. Resultatet av detta presenteras i resultatdiskussionen.

Resultatbeskrivningen utgick utifrån ASQ modell över teoretisk konceptualisering av anknytning och strukturerades på tvåfaktornivå, trefaktornivå samt femfaktornivå.

Den manuella tolkningen av resultaten har gjorts i två omgångar, dels en gång av ansvarige för studien och en ytterligare en gång av en oberoende person för att säkerställa att samma tolkning gjordes och att det inte uppvisades några skillnader i bedömningen av de enskilda anknytningsprofilerna. Vid båda tolkningstillfällena blev resultatet av anknytningsprofilernas utfall detsamma. Varför tolkning som gjorts anses vara tillförlitlig.

I ASQ manualen (Tengström & Håkansson, 1997) anges att ”den viktigaste tolkningen är den mellan delskalornas inbördes relationer, anknytningsprofilen” och det finns ett antal exempel på hur olika individers profiler ska tolkas.

9.2 Resultatdiskussion

Resultatet har sammanställts på tre olika nivåer – tvåfaktornivå, trefaktornivå samt femfaktornivå – utifrån modellen över teoretisk konceptualisering av anknytning (Tengström & Håkansson, 1997). Resultaten kommer både diskuteras och jämföras med två andra studiers resultat, vilka undersökt fördelningen av normalpopulationens fördelning av anknytningsmönster.

Main et al. (1985) gjorde i samtid med sin utveckling av AAI, en studie där normalbefolkningens anknytningsmönsters fördelning undersöktes. I rapporten från den studien beskrivs att undersökningen funnit att normalpopulationens fördelning av anknytningsmönster ungefärligen är uppdelade i procent enligt följande; 53 % anses tryggt anknutna, och 44 % anses otrygg anknutna. Av de otrygga är 25 % undvikande, och 19 % ängsliga/ambivalenta.

I en senare studie (Karlsson & Forsell Ray (2011) där normalpopulationens fördelning av anknytningsmönster också undersökts kommer forskarna fram till att normalpopulationens fördelning mellan trygg och otrygga anknytningsmönster ligger på 80 % trygga, respektive 20 % otrygga. Det som var intressant i denna studie relativt anknytningsteorin i generationsperspektiv, var att samstämmigheten mellan anknytningsmönster mellan mor och barn låg på hela 80 %.

Resultat på tvåfaktornivå ger en anmärkningsvärd liten andel tryggt anknutna, 1 av 30 individer (3 %). Ställer vi detta resultat gentemot normalpopulationen så är det en slående skillnad. I de jämförande studierna låg procenttalen för tryggt anknutna individer på 53 % respektive 80 %.

Tabell 17. Fördelning mellan trygg och otrygg anknytning ställt mot normalpopulation

Anknytning	Grupp	Procent
Trygg	Undersökningsgrupp	3%
	Normalpopulation (Main et al, 1985)	53%
	Normalpopulation (Karlsson & Forsell Ray, 2011)	80%
Otrygg	Undersökningsgrupp	97%
	Normalpopulation (Main et al, 1985)	44%
	Normalpopulation (Karlsson & Forsell Ray, 2011)	20%

Resultatet på trefaktornivå visar på en hög grad undvikande och ambivalenta föräldrar, 26 av 30 individer. Vid en jämförelse mellan normalpopulationens fördelning av anknytningsmönster och studiens resultat visas att normalpopulationens undvikande utgörs av 25 % mot studiens 47 %. Normalpopulationens ängslig/ambivalenta utgörs av 19 % mot studiens 50 %. Även detta fynd är anmärkningsvärt högt.

På femfaktornivå ger resultatet att avseende delskala *tillit* ligger gruppernas medelvärden nära varandra, medan undersökningsgruppens medelvärde ligger högre på *distans* och *sakorientering* och lägre på *bifallsbehov* och *relationsfixering* relativt referensgruppens medelvärde. Detta ger undersökningsgruppen som helhet en profil som drar mot undvikande anknytningsprofil, då alla otrygga delskalor ligger under referenspopulationens medelvärde (figur 3). Undvikande anknytningsprofil är också den vanligast förekommande profilen i gruppen.

Avseende variablerna ålder och utbildning har övervägande äldre och högt utbildade föräldrar deltagit. Medelnsnittsåldern var 42 år. 50 % av deltagarna var högskoleutbildade, 43 % hade gymnasial utbildning och endast 7 % hade utbildning från enbart grundskolan. Eftersom det endast fanns en förälder, en pappa, som bedömdes tryggt anknuten, har alla barn i studien minst en förälder som är otryggt anknuten och därmed finns inte någon familj i undersökningsgruppen som hade två trygga föräldrar. Motsvarande resultat finns inte att ta del av i de andra studierna.

Ett mönster som identifierats är att de tre individer som har en ängslig anknytningsstil är alla högskoleutbildade kvinnor i åldern 43-47 år. Som tidigare påtalat är antalet individer i undersökningsgruppen begränsat, vilket gör att detta mönster kan visa sig inte stämma i en större population.

Main (1996, 2000) har med sin forskning påvisat att anknytningsteorin kan appliceras i ett generationsperspektiv. Hon och hennes kollegor kunde visa att det finns ett starkt samband mellan föräldrars egna anknytningsmönster och deras barns anknytningsmönster. Deras resultat visade också att de föräldrar med otrygg anknytning och som på något sätt bearbetat sina egna svåra barndomsupplevelser, hade i högre grad tryggt anknutna barn.

I studien Karlsson & Forsell Ray (2011), där normalpopulationens fördelning av anknytningsmönster hos svenska barn studerades, blev ett bifynd en upptäckt att hela 80 % av undersökningsgruppen, vilka utgjordes av mödrar och barn uppvisade samma anknytningsmönster, vilket då skulle kunna bekräfta Main (2000), tidigare resultat.

Denna rapports resultat visar att 97 % av de deltagande föräldrarna är otryggt anknutna och appliceras anknytningsteorin i generationsperspektiv enligt ovan resonemang på studiens resultat finns det risk för att upp emot 97 % av dessa föräldrars barn också är otryggt anknutna.

Forskning visar att många områden i hjärnan utvecklas först postnalt, framför allt områden som rör förmågan till affektreglering och impulsivitet och där barnets omgivning har stor betydelse för att en så optimal utveckling som möjligt ska kunna ske. Brister barnets omgivning kan detta uttryckas av barnet med symptom såsom ouppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet, vilka är kardinalsymtom vid AD/HD, men också kardinalsymtom vid exempelvis otrygga anknytningsmönster eller stress (Ljungberg, 2008; Pinto et al, 2006; Schore, 2000, 2000; Stevens et al; 2008; Richards, 2013). Det finns alltså stöd i forskning att andra eller ytterligare faktorer såsom psykosociala faktorer, depression, stress, otrygga anknytningsmönster och trauma kan resultera i samma symptom som vid AD/HD (Center for Disease Control and Prevention, 2016; Clarke et al, 2002; Daud, 2008; Ljungberg, 2008; Richards, 2013; Stevens et al; 2008; Szymanski et al, 2011). En endaste traumatisk händelse vilket orsakar svår stress, kanske inte kan modifiera om en vuxens persons tidigare tillstånd av inre organisation/inre arbetsmodeller, men det kan vara den första händelsen för ett barn vilket då kan komma att utgöra den grundläggande organisationen för ett visst neuronalt system (De Bellis & Zisk, 2014; Richards, 2013).

Forskarna (Hoogman et al, 2017) beskriver i sin publikation att liknande skillnader i hjärnvolum som de funnit i sin forskning, har återfunnits även vid andra psykiatriska diagnoser, framför allt vid svåra depressioner. Det finns också ytterligare forskning som visar på liknande hjärnförändringar bland annat hos barn som har utsatts för allvarlig stress och trauma, vilket resulterat i posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och komplex PTSD (Bilgiç et al, 2016; Broberg, 2008; De Bellis & Zisk, 2014; Hoogman, o.a., 2017; Maunder & Hunte, 2008; Pinto et al, 2006; Richards, 2013). Stresshormoners negativa påverkan på hjärnans utveckling är välkänd och ju tidigare individen utsätts desto värre blir effekten på hjärnan (De Bellis et al, 1999, 2014; Morey et al, 2016; Ljung & Friberg, 2004; Ljungberg, 2008; Schore, 2002).

Symptom på AD/HD och otrygg anknytning kan bedömas som mycket lika såsom ovan presenterat i denna rapport. Studien är dock så pass liten att det inte går att säga om gruppen är representativ, men om den skulle vara det finns all

anledning att anse att anknytningsperspektivet är ett perspektiv vilket borde undersökas och vara en del av en AD/HD utredning av barn.

Detta resonemang bekräftas även av andra forskare inom forskningsområdet (Stevens et al, 2008). De föreslår att vid utredning av AD/HD ska även undersökning av anknytningsmönster hos barnet relativt vårdandshavare göras, och där man finner otrygg anknytning ska familjeterapeutiska interventioner sättas in. Rapporten har presenterat forskning och teorier som visat oss att den tidiga anknytningen utgör en skydds- respektive sårbarhetsfaktor för senare potentiell utveckling av psykisk ohälsa. Trygg anknytning utgör en skyddsfaktor för individen att handskas med senare mer eller mindre stressframkallande upplevelser, medan otrygg anknytning är en motsvarande sårbarhetsfaktor (Broberg, 2008; Clarke et al, 2002; Kissgen et al, 2009; Richards, 2013; Sroufe, 2005; Stiefel, 1997).

Ett sådant resonemang styrks även av annan forskning vars resultat visat att otrygg anknytning och otrygga anknytningsmönster mellan barn och föräldrar potentiellt predisponerar för högre antal diagnosticerade barn med AD/HD, och/eller inkluderar viss feldiagnostisering av symptom på AD/HD och symptom på otrygg anknytning (Erdman, 1998; Niederhofer, 2009; Storebø, Darling Rasmussen, & Simonsen, 2016).

Main (1996, 2000) visar genom sin forskning att om föräldrar bearbetar sina egna svåra barndomsupplevelser som resulterat i otrygg anknytning, kan detta resultera i att de inte för sina egna anknytningsmönster vidare och att deras barn istället har stor chans att bli tryggt anknutna. Detta kan tala för att psykoterapi och/eller familjeterapi för föräldrar och familjer vid påvisad psykisk ohälsa hos deras barn såsom i denna studies grupp, troligtvis skulle kunna vara en god intervention.

Rapportens resultat går i linje med andra studier som har visat att det finns i hög grad otrygga anknytningsmönster i familjer med AD/HD. Och trots att studiens resultat inte kan säga något om huruvida otrygga anknytningsmönster orsakar AD/HD, eller AD/HD orsakar otrygga anknytningsmönster, eller om det till och med skulle kunna vara så att AD/HD ibland kan vara en feldiagnostisering relativt svårigheter i anknytning, stress eller andra psykosociala svårigheter, går studiens resultat i linje med vad även andra studier visat, att familjeterapeutiska interventioner kan vara klokt att sättas in. I en familjeterapeutisk situation kan stora förändringsarbeten göras i familjesystemet, oavsett skäl till problematiken, vare sig de är biologiskt eller relationellt orsakade.

Studiens största svaghet är, som tidigare diskuterats, att den saknar en referensgrupp att ställa resultaten mot. Resultaten går ej heller att generalisera på grund av ett så litet sampel. Och trots att studien har ytterligare svagheter, såsom att det inte framkommit exakt hur utredning gjorts av barnen som diagnosticerats, eller hur diagnosförfarandet varit samt tydlighet hur distribuering av formulären

gjorts, blir slutsatsen att studiens resultat bedöms som valida utifrån instrumentets reabilitet och att instrumentet används och resultaten analyserats enligt exakta instruktioner.

9.3 Förslag till fortsatt forskning

1. Eftersom studien som gjorts har brister i framför allt en referensgrupp, föreslås att samma studie görs om fast med en referensgrupp, och större population som också utgörs av socioekonomiskt utsatta grupper.
2. Det skulle vara mycket intressant om en studie där både föräldrar och deras barns anknytningsmönster skattas och ställs emot varandra. Det vill säga en studie där anknytningsmönster undersöks ur ett generationsperspektiv.
3. Det skulle också vara intressant om forskning gjordes utifrån ett epigenetiskt perspektiv, relativt AD/HD problematik och dess symptom. Exempelvis om tidig förskole debut påverkar barns psykiska hälsa, med tanke på hur eventuellt stress påverkar barnens framtida psykiska hälsa vid tidiga separationer ifrån anknytningspersoner.
4. Det är mycket forskat på barn- och ungdomars hjärnor och dess bristande utveckling i relation till olika slag av stress. Dock finns det inte mycket forskning där man undersökt sambandet mellan AD/HD och stress i den nära omgivningen, det skulle vara intressant.
5. Slutligen önskas föreslå en studie där familjer med barn som fått diagnosen AD/HD där interventionen familjeterapi sätts in, vilket undersöks om detta får positiva konsekvenser av symptom bilden hos barnet.

Referensförteckning

- 2003:460, S. (2003). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Axfors, C. (2014). *Attachment Style Questionnaire (ASQ): En fortsatt utvärdering av den svenska versionen*. (Examensarbete, Uppsala Universitet, Institutionen för Neurovetenskap).
- Bilgiç, A., Yılmaz, S., Özcan, Ö., Tufan, A. E., Özmen, S., Öztop, D., o.a. (2016). The Relationship Between Parental Affective Temperament Traits and Disruptive Behavior Disorders Symptoms in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, doi:10.1177/1087054716646449.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2007). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber.
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av anknytnings teorin*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Broberg, A. (2008). *Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytnings teorin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Center for Disease Control and Prevention. (2016). *About the CDC-Kaiser ACE Study*. Hämtat från Center for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>
- Centrala etikprövningsnämnden. (2017). *Centrala etikprövningsnämnden. Beslut-T-4-2016-170222*. Hämtat från Centrala etikprövningsnämnden: <http://www.epn.se/media/2426/cepn-beslut-t-4-2016-170222.pdf>
- 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(2), 179-198. doi:10.1177/1359104502007002006.
- Daud, A. (2008). *Post-Traumatic Stress Disorder and Resilience in Children of Traumatized Parents: a Transgenerational Perspective*. Hämtat från Karolinska Institutet: <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38832/thesis.pdf?sequence=1>

- De Bellis, M., & Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 185–222. doi:10.1016/j.chc.2014.01.002.
- De Bellis, M., Keshavan, M., Clark, D., Casey, B., Giedd, J., Boring, A., o.a. (1999). Developmental traumatology part II: brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271–1284. doi:10.1016/S0006-3223(99)00045-1.
- Erdman, P. (1998). Conceptualizing adhd as a contextual response to parental attachment. *The American Journal of Family Therapy*, 26(2), 177-185. doi:10.1080/01926189808251097.
- Feeney, J., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. i M. Sperling, & W. Berman, *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (ss. 128-152). New York, NY: Guilford Press.
- Gillberg, C. (2003). ADHD and DAMP: A General Health Perspective. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(3), 106–113. doi:10.1111/1475-3588.00054.
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D., Mennes, M., Zwiers, M., Schweren, L., o.a. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: A cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 310-319. doi:10.1016/S2215-0366(17)30049-4.
- Karlsson, C., & Forsell Ray, J. (2011). *Svenska barns anknätningsmönster: en jämförande studie*. (Examensarbete, Göteborgs Universitet, Psykologiska institutionen).
- Kissgen, R., Krischer, M., Kummertat, V., Spiess, R., Schleiffer, R., & Sevecke, K. (2009). Attachment Representation in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychopathology*, 42(3), 201–208. doi:10.1159/000209333.
- Ljung, T., & Friberg, P. (2004). Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen*, 101(12), 1089-1094.
- Ljungberg, T. (2008). *ADHD i nytt ljus*. Nyköping: Exiris.
- Lyons-Ruth, K. (2007). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 318–335. doi:10.1002/imhj.20008.

- Läkemedelsverket. (2016). *Läkemedel vid adhd*. Hämtat från Läkemedelsverket: <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/ADHD/>
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 237-243. doi:10.1037/0022-006X.64.2.237.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-96. doi:10.1177/00030651000480041801.
- 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(1/2), 66-104. doi:10.2307/3333827.
- Maunder, R., & Hunte, J. (2008). Attachment Relationships as Determinants of Physical Health. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 11-32. doi:10.1521/jaap.2008.36.1.11.
- Morey, R., Haswell, C., Hooper, S., & De Bellis, M. (2016). Amygdala, Hippocampus, and Ventral Medial Prefrontal Cortex Volumes Differ in Maltreated Youth with and without Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 41(3), 791-801. doi:10.1038/npp.2015.205.
- Niederhofer, H. (2009). Attachment as a Component of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychological Reports*, 104(2), 645-648. doi:10.2466/pr0.104.2.645-648.
- O'Connor, E., Bureau, J.-F., McCartney, K., & Lyons-Ruth, K. (2012). Risks and Outcomes Associated with Disorganized/Controlling Patterns of Attachment at Age Three in the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Infant Mental Health Journal*, 32(4), 450-472. doi:10.1002/imhj.20305.
- Patel, R., & Davidson, B. (1991). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pinto, C., Turton, P., Hughes, P., White, S., & Gillberg, C. (2006). ADHD and infant disorganized attachment: A prospective study of children next-born

- after stillbirth. *Journal of Attention Disorders*, 10(1), 83-91.
doi:10.1177/1087054705286058.
- Richards, L. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4), 483-503.
doi:10.1177/1359104512458228.
- Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23-47. doi:10.1080/146167300361309.
- Schore, A. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.
doi:10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x.
- Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and disorder of the self*. New York: Norton.
- Socialstyrelsen. (2016). *Bemötande*. Hämtat från Socialstyrelsen:
<http://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/halsoproblem/adhd/Sidor/Bemotande.aspx>
- Socialstyrelsen. (2017). *Adhd, attention-deficit/hyperactivity disorder*. Hämtat från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/psyiskohalsa/adhd>
- Sroufe, L. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 7(4), 349-67.
doi:10.1080/14616730500365928.
- Stevens, S., Sonuga-Barke, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castfle, J., Colvert, E., o.a. (2008). Inattention/Overactivity Following Early Severe Institutional Deprivation: Presentation and Associations in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 385-398. doi:10.1007/s10802-007-9185-5.
- Stiefel, I. (1997). Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hyperactivity Disorder? A Case Discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(1), 45-64. doi:10.1177/1359104597021005.
- Storebø, O. J., Darling Rasmussen, P., & Simonsen, E. (2016). Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *Journal of Attention Disorders*, 20(2), 187-196.
doi:10.1177/1087054713501079.
- Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2016). *Riktlinje ADHD 2016*. Hämtat från <http://www.sfbup.se/varprogram/riktlinje-adhd/>

- Szymanski, K., Sapanski, L., & Conway, F. (2011). Trauma and ADHD – Association or Diagnostic Confusion? A Clinical Perspective. *Journal of Infant Child and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 51-59.
doi:10.1080/15289168.2011.575704.
- Tengström, A., & Håkansson, A. (1996). *Attachment Style Questionnaire*. Umeå: Umeå Universitet.
- Tengström, A., & Håkansson, A. (1997). *ASQ: Manual till den Svenska versionen*. Umeå: Umeå Universitet.
- Wedin, L., & Sandell, R. (2004). *Psykologiska undersökningsmetoder: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Hämtat från Vetenskapsrådet:
<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Bilaga 1

Brev till behandlare om undersökningen och önskemål om deltagare.



Hej,

Jag heter Leena K Nygren, är legitimerad sjuksköterska och under utbildning till legitimerad psykoterapeut. Som ett sista steg i min utbildning ska jag skriva en vetenskaplig uppsats. Jag har valt att göra en utforskande studie vars syfte är att se hur föräldrars relationsmönster ser ut till barn som nyligen fått diagnosen ADHD.

Personer som är tänkta att delta i studien är föräldrar vars barn nyligen har fått en ADHD-diagnos, och jag önskar att du som föräldrarnas kontakt i vården tillfrågar dem om deltagande. Deltagandet innebär att föräldrarna vid något tillfälle fyller i varsitt formulär som beskriver hur han/hon anser att han/hon fungerar i sina relationer till andra människor. Tanken är att formulären besvaras i samband med besök hos barnets behandlare eller i samband med någon av de strategikurser som erbjuds föräldrar till barn som fått diagnosen ADHD.

Ett krav är att båda föräldrarna är villiga att fylla i enkäten, men de kan fylla i den vid olika tillfällen. För att jag ska veta vilka föräldrar som hör ihop önskar jag att du som behandlare informerar föräldrarna om att de kodar kuvertet med en egen kod såsom en blomma, ord, färg eller motsvarande. Det ska då vara samma kod på båda kuverten.

Deltagandet är frivilligt och anonymt, och därför är det viktigt att deltagarna EJ skriver sitt namn i formuläret. Alla uppgifter som samlas in kommer att redovisas på gruppnivå så att de blir omöjligt att identifiera hur någon enskild person har svarat.

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats inom ramen för min utbildning. Önskar föräldrarna att få kännedom om resultatet av studien kan de ta kontakt med mig. Du kan då lämna dem mina kontaktuppgifter nedan.

Jag vill passa på att erbjuda er möjligheten att få kännedom om resultaten genom att jag kommer och föreläser om dessa på er arbetsplats efter examinerad uppsats.

Med vänlig hälsning,

Leena K Nygren

Legitimerad sjuksköterska och under legitimeringsgrundade utbildning psykoterapeut

Mobilnummer: 073-650 19 98

E-postadress: leena.nygren@triagon.se

Uppsatsen skrivs under handledning och inom utbildning på Ersta Sköndal Högskola.

Bilaga 2

Brev som lämnats ut till potentiella deltagare av undersökningen.



Hej,

Vill du delta i en utforskande studie vars syfte är att undersöka hur föräldrars relationsmönster ser ut till barn som nyligen fått diagnosen ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder)?

Deltagandet innebär att du, och barnets andra förälder, vid något tillfälle fyller i ett formulär där du beskriver hur du anser att du fungerar i relation till andra. Tanken är att du fyller i formuläret i samband med besök hos ditt barns behandlare eller i samband med någon av de strategikurser som erbjuds föräldrar till barn som fått diagnosen ADHD.

Ett krav är att båda föräldrarna fyller i enkäten och för att jag ska veta vilka föräldrar som hör ihop, önskar jag att ni som föräldrar kodar kuverten med en egen kod såsom en blomma, ord, färg eller motsvarande. Det ska då vara samma kod på båda kuverten.

Deltagandet är anonymt och du ska därför EJ ange ditt namn i standardformuläret. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan några konsekvenser för ditt barns fortsatta vård. Därför är det viktigt att komma ihåg koden du valt. Alla uppgifter som samlas in kommer att redovisas så att de blir omöjligt att identifiera hur någon enskild person har svarat. Uppgifterna som samlats in kommer att raderas när uppsatsen är färdigställd.

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats inom ramen för uppsatsförfattarens utbildning. Önskar du få kännedom om resultatet av studien får du gärna kontakt mig. Mina kontaktuppgifter finns nedan.

Om du har några frågor är du så klart varmt välkommen att ta kontakt.

Med vänlig hälsning,

Leena K Nygren

Legitimerad sjuksköterska och under Steg-2 utbildning psykoterapeut

Mobilnummer: 073-650 1998

E-postadress: leena.nygren@triagon.se

Uppsatsen skrivs under handledning och inom utbildning på Ersta Sköndal Högskola.

Bilaga 3

Försättsblad till ASQ självskattningsformulär till deltagande i undersökningen.



Attachment Style Questionnaire

Deltagandet i denna studie är anonymt och du ska därför EJ ange ditt namn i standardformuläret. Istället ber vi dig att vänligen fylla i nedanstående uppgifter på denna försättsida.

Dagens datum: _____

Ålder: _____


Kön: Kvinna Man _____

Utbildningsnivå: Grundskola Gymnasium Högskola/Universitet

Kod: _____ (samma kod anges av båda föräldrarna)

Bilaga 4

Informationsfolder till föräldrar inför deltagande i Strategikurs

 <p style="text-align: center;">STRATEGI</p> <p style="text-align: center;">Föräldraprogrammet för föräldrar till barn med ADHD/ADD</p>	<p>Plats för träffarna: Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen Bagaregatan 3 A, Konferensrum plan 1,</p> <p>Vägbeskrivning Ingång är Bagaregatan 3 A, ingången närmast Nils Oscar.</p> <p>Tider för träffarna:</p> <p>Torsdag 20/4 kl: 09.00 - 12.00 Torsdag 27/4 kl: 09.00 - 12.00 Torsdag 4/5 kl: 09.00 - 12.00 Torsdag 11/5 kl: 09.00 - 12.00 Torsdag 18/5 kl: 09.00 - 12.00</p> <p>Om du vill delta så ring och meddela detta snarast och innan 7/4 2017, platserna är begränsade.</p> <p>Kursledare: Maja Casén Nylander, PTP-psykolog och Fredrik Karlsson, PTP-psykolog. Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen Nyköping Telefon: 010-492 58 28</p>
<p>Träffarna</p> <p>Föräldrar träffas i grupp vid fem tillfällen (3 timmar varje gång). Vi varvar föreläsningsspass med diskussioner och erfarenhetsutbyte. Varje träff har ett tema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Värt att veta om ADHD 2. ADHD i familjen 3. Så hjälper du ditt barn att fungera bättre i vardagen 4. Så kan du förebygga och hantera konflikter 5. Samhällets stöd <p>Kostnadsfritt</p> <p>Om ditt barn är patient på BUP är deltagandet kostnadsfritt då det ingår som en del i behandlingen.</p> <p>Tillfällig föräldrapenning</p> <p>Föräldrar har rätt till tillfällig föräldrapenning för vård av barn precis på samma sätt som för andra besök på BUP. Båda föräldrarna har rätt att ta ut tillfällig föräldrapenning samtidigt vid besök på BUP. För barn över 12 år t.o.m. 16 år krävs läkarintyg. Var god vänd dig till kursledarna om intyg önskas för detta.</p>	<p>Välkommen till föräldraprogrammet om ADHD!</p> <p>Som förälder till ett barn med ADHD som nyligen blivit diagnostiserat har man kanske många frågor och funderingar: "Vad innebär egentligen diagnosen? Hur påverkar den mitt barns utveckling och framtid? Hur stöttar jag bäst mitt barn? Vilka krav kan jag ställa på barnet? Vilka rättigheter till stöd har mitt barn i skolan? Är det bra eller farligt med mediciner?", och så vidare. Ofta har man stort behov av att träffa andra föräldrar för att dela erfarenheter.</p> <p>Vad är STRATEGI?</p> <p>Det här programmet som heter STRATEGI vänder sig till dig som är förälder (eller styvförälder) till ett barn med ADHD i åldern 4-12 år som nyligen fått sin diagnos.</p> <p>På programmet får du mer kunskap om ADHD, dess orsaker och konsekvenser samt hur funktionsnedsättningen påverkar såväl barnet som familjen. Du får stöd i din föräldraroll genom att lära dig handfasta strategier för att få vardagen att fungera och för att minska på tjetet och konflikterna. Du får också veta vilka krav du kan ställa på förskola/skola och vilka andra stödinsatser från samhället ditt barn och familjen kan ha rätt till.</p>

