

# Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa



AV  
PHILIP HWANG  
OCH  
BIRGITTA WICKBERG



Denna rapport  
har på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut  
tagits fram av professor Philip Hwang  
och fil dr Birgitta Wickberg

Ansvarig för arbetet  
vid Statens folkhälsoinstitut  
har varit avdelningsdirektör  
Carin Bokedal.

Statens folkhälsoinstitut 2001:37  
1:a upplagan, 1:a tryckningen (1-2000)  
ISBN: 91-7257-126-8  
ISSN: 1104-358X

Repro och tryck:  
Graphium Norstedts Tryckeri, Stockholm 2001

Form:  
Bergenlid & Prage

Foto:  
Bildhuset: Omslaget, sid 13, 17, 22, 45, 58, 66  
Tiofoto: Sid 27, 56, 69  
Nonstøck: Sid 40

# Förord

Det finns få områden som ur folkhälsosynpunkt är angelägnare att värna om än spädbarnets psykiska hälsa. Många forskare menar till och med att psykisk hälsa under spädbarnstiden är en av ”nycklarna” till att förebygga andra former av ohälsa under resten av livet.

Rapporten ”Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa” tar sin utgångspunkt i en modell som består av tre delar: spädbarnets beteende och utveckling, föräldraskapet och parrelationen. De tre delarna går inte att betrakta var för sig, de hänger ihop på olika sätt. Även problem kring barnets beteende och utveckling påverkar både föräldraskapet och parrelationen. Modellen visar också hur stöd och andra insatser på olika nivåer kan kombineras för spädbarn och spädbarnsfamiljer.

Det är oerhört viktigt att analysera och sprida kunskap om hur till exempel föräldrastöd av olika slag kan utformas för att göra verklig nytta. I rapporten ges förslag på olika inriktningar för detta arbete. För det första menar författarna att fokus bör läggas på *hela familjen*, inte enbart på föräldrarnas och barnets specifika problem. Exempel på detta är föräldrautbildningsprogram som utgår ifrån föräldraskapet och parrelationen och som syftar till att lära ut konfliktlösning och kommunikation samt stimulera till diskussioner och utbyte av erfarenheter.

En inriktning handlar om att identifiera ett antal *risk- och skyddsfaktorer* för spädbarnets psykiska hälsa. Det är oftast omöjligt att urskilja enskilda riskfaktorer som är tillräckliga för att förklara varför utvecklingen ”gått snett”. Snarare tycks det vara de sammanlagda risk- och skyddsfaktorernas växelverkan som bäst förutsäger utvecklingen – något som är viktigt att hålla i minnet inte minst när olika slag av

föräldrastöd diskuteras.

Författarna menar också att det psykosociala arbetet inom hälsovården ofta är oklart definierat. Brist på strukturerade och väldokumenterade metoder för att tidigt upptäcka och ingripa vid psykosociala problem gör att de föräldrastödjande insatserna kan se mycket olika ut. För att mödra- och barnhälsovården ska få klarare riktlinjer i sitt arbete föreslår författarna att *särskilda förebyggande program* utarbetas i landstingen. Ett sådant program används sedan flera år i Göteborg och Södra Bohuslän och syftar till att uppmärksamma samhället på de kvinnor som behöver omfattande psykologiskt stöd eller behandling under graviditeten.

Rapporten ger förslag på åtgärder som går att genomföra när det gäller att förbättra situationen för spädbarnsfamiljer. Ett viktigt syfte är att även redovisa aktuell och pågående forskning, med andra ord att presentera vad man idag vet – och inte vet – om föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa.

Denna rapport utgör en viktig kunskapsöversikt inom ramen för det uppdrag som regeringen givit Statens folkhälsoinstitut – att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd av olika slag kan utformas för att göra verklig nytta.

Rapporten har på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut tagits fram av professor Philip Hwang och fil dr Birgitta Wickberg. Ansvarig för arbetet vid Statens folkhälsoinstitut har varit avdelningsdirektör Carin Bokedal.

Vi hoppas att rapporten ska tjäna som stöd för arbetet inom kommuner och landsting.

*Gunnar Ågren*  
GENERALDIREKTÖR

*Carin Bokedal*  
AVDELNINGSDIREKTÖR

# Innehåll

INLEDNING	6
SPÄDBARNET	10
Den känslomässiga anknytningen	10
Sociala relationer oberoende av "person"	12
Sociala relationer till vissa "personer"	13
Aktivt kontaktbeteende gentemot "utvalda" personer	14
Målinriktade relationer	15
Individuella olikheter och brister i anknytningen	16
Temperament	20
"Besvärliga barn"	21
Känsloreglering	21
"Sustained withdrawal"	23
För tidigt födda barn	24
Svårigheter i samband med för tidig födsel	25
Hur klarar sig de för tidigt födda barnen?	26
Neuropsykologisk utveckling	26
FÖRÄLDRASKAPET	28
Föräldrastress	29
Tecken på depression hos nyblivna mammor	31
Vad kännetecknar en depression post partum?	32
Hur vanlig är en depression post partum?	33
Vad orsakar en depression post partum?	34
Tidig upptäckt av depression post partum	34
Följderna på kort och lång sikt av depression post partum	35
Vilken roll spelar pappan vid en depression post partum?	37
Föräldrar till för tidigt födda barn	38
PARRELATIONEN	42
Den förändrade parrelationen	43
Parrelationens betydelse	44
Vardagsliv för svenska föräldrar	46
Färre barn och äldre föräldrar	49
FÖREBYGGANDE ARBETE	52
Hälso- och sjukvårdens roll	52
Generella insatser	54
Föräldragrupper	54
Öppen förskola	55
Familjecentraler	56
Riktade insatser	57
Behandling av sömn- och uppfödningssproblem	57
Samspelsbehandling	59
Att förbättra anknytningen	61
Stöd till mammor med depression post partum	62
Stöd till för tidigt födda barn och deras föräldrar	65
Förslag till åtgärder	67
Fokus på hela familjen	67
Fokus på riskfaktorer och skyddsfaktorer i kombination	68
Förebyggande psykosociala program	69
Specialistkompetens och tvärfackliga spädbarnsteam	70
REFERENSER	72
SUMMARY	77

# Sammanfattning

Kunskapen om spädbarnets utveckling och samspel med omgivningen – framför allt föräldrarna – har ökat snabbt under de senaste åren. Vi vet numera ganska mycket om vad som leder till psykisk hälsa respektive ohälsa hos det späda barnet. Hur kan vi då använda denna kunskap i den praktiska verksamheten inom hälso- och sjukvården i ett förebyggande perspektiv?

Den här rapporten beskriver samspelet mellan spädbarnet och föräldrarna utifrån en modell där spädbarnet, föräldraskapet och parrelationen utgör de tre komponenterna. Relativt vanliga problem hos spädbarn och föräldrar diskuteras, liksom förslag till hur det förebyggande arbetet kan inriktas.

Rapportens första del beskriver utvecklingen av en nära känslomässig relation mellan spädbarnet och föräldern (s k anknytning) samt individuella olikheter och brister i denna utveckling. Spädbarnets temperament och förmåga att bemästra olika känslouttryck (s k känsloreglering) behandlas också, liksom de för tidigt födda barnen och deras särskilda svårigheter.

I rapportens andra del redovisas forskningen kring den stress föräldraskapet kan innebära. Depression hos nyblivna föräldrar som är ett annat vanligt förekommande problem samt de metoder för tidig upptäckt och stöd som finns utprovade när det gäller den tas också upp.

I rapportens tredje del beskrivs hur parrelationen förändras när man får barn och vilken betydelse den har för föräldraskapet och därmed för spädbarnet.

I den sista delen diskuteras hälso- och sjukvårdens roll när det gäller att förhindra psykisk ohälsa hos spädbarn, och vissa generella men framförallt riktade åtgärder föreslås. Dessa kan ha flera olika inriktningar, t ex att fokus ska ligga på hela familjen och vara inriktat på riskfaktorer och skyddande faktorer i kombination, på förebyggande psykosociala program samt på specialistkompetens och tvärfackliga spädbarnsteam.

# Inledning

Spädbarns psykiska hälsa är ett i flera avseenden unikt kunskapsområde, då det för det första handlar om ett genuint tvärvetenskapligt forskningsfält, för det andra har sin utgångspunkt i individer som genomgår en oerhört snabb utveckling över relativt kort tid, för det tredje omfattar flera generationer och för det fjärde är föremål för många diskussioner där förebyggande insatser betonas på olika sätt. För att förstå vad psykisk hälsa är när det handlar om spädbarn är ett tvärvetenskapligt förhållningssätt nödvändigt, och här är flera olika vetenskapliga discipliner relevanta. Den kunskap som redovisas i den här rapporten utgår bl a från utvecklingspsykologi, pediatrik, barn- och vuxenpsykiatri och familjesociologi. Gränsdragningen mellan dessa (och andra) discipliner är givetvis svår att göra.

En ny disciplin som vuxit fram under de senaste decennierna och som förenar kunskap från utvecklingspsykologin och barnpsykiatri, är den så kallade utvecklingspsykopatologin. Ett mål är att utifrån normalutvecklingen kunna förstå och beskriva vad som händer när barn utvecklas i riktning mot psykisk ohälsa. Ytterligare ett mål är att kunna identifiera de utvecklingsvägar som med hög respektive låg sannolikhet leder till psykisk ohälsa.

Med spädbarnstiden menar man vanligtvis de första två åren i barnets liv. Under denna tid genomgår människan en mer dramatisk utveckling än under någon annan period i livet, och det är först när utvecklingen betraktas över tid som detta blir uppenbart. Det nyfödda barnet sover under stora delar av dygnet och har ännu inget annat än en minimal kännedom om andra människor. Även om ett nyfött barn är långt ifrån så hjälplöst som man tidigare trodde, är dess förmåga att uppfatta omvärlden begränsad. Efter några år är bilden en helt annan. Det är inte mycket som är sig likt. Tvååringen kan göra många fler saker utan hjälp av en

vuxen och har oändligt många fler erfarenheter än det späda barnet. Men tvååringen kan också genom en allt mer förfinad tanke- och varseblivningsförmåga gruppera händelser och förstå på vilket sätt nya upplevelser hänger ihop med gamla. Spädbarnet har utvecklat en känslomässig relation till någon eller några närstående, en relation som består även när barnet och den vuxne är skilda åt i tid och rum. Likaså börjar barnet kunna sätta sig in i andra människors behov och tankar och kan därigenom på ett helt annat sätt än tidigare förstå andra människor.

Spädbarnets psykiska hälsa är ett resultat av det pågående samspelet mellan barnet och dess omgivning, i vilken flera generationer ingår. Det handlar alltså inte enbart om föräldrars påverkan på spädbarnet utan även om hur mor- och farföräldrar samt andra människor i omgivningen på olika sätt påverkar spädbarnet. För att belysa detta måste frågor ställas av typen ”hur ser barnets relationer med omvärlden ut?”, ”på vilket sätt påverkar barnet andra människor?” och ”hur påverkar andra människor barnet?”

Psykisk hälsa under spädbarnstiden anses vara en av ”nycklarna” till att förebygga ohälsa under resten av livet (Fonagy 1996). Därför intresserar man sig inte enbart för det som redan har hänt och det som händer just nu, utan också för det som kommer att hända framöver. Man talar härvid dels om generella, dels om riktade insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos spädbarn.

I den här rapporten löper ett stress-sårbarhets-perspektiv som en röd tråd med fokus riktat på spädbarnets sårbarhet. Det kan gälla biologiska aspekter (ett besvärligt temperament hos barnet), och/eller psykologiska aspekter (som att barnet utvecklar en otrygg anknytning till någon av föräldrarna). En sårbarhet hos barnet, oavsett om den primärt är biologisk eller psykologisk betingad, bidrar till en ökad känslighet för olika former av stress längre fram. Spädbarnets grad av sårbarhet förändras i samspelet med miljön, och här spelar t ex föräldrarnas lyhördhet för barnet en viktig roll.

Utöver spädbarnets sårbarhet finns riskfaktorer av olika slag, som en mycket för tidig födsel, depression hos någon av föräldrarna eller ett svagt utvecklat socialt nätverk i familjen.



Man talar i detta sammanhang om så kallade stressorer, dvs händelser eller upplevelser som (vanligtvis) framkallar känslomässig oro. Garmezy och Rutter (1983) nämner fem vanliga stressorer: förlust av omsorgsperson, långvarigt dålig relation mellan föräldrarna, händelser som försämrar familjens möjlighet att fungera (t ex att någon av föräldrarna blir arbetslös), händelser som kräver en betydande social anpassning (t ex byte av daghemspersonal) och akuta traumatiska händelser (t ex att barnet eller något syskon råkar ut för en svår olycka).

Men det finns också skyddsfaktorer, och dessa reducerar effekterna av risk och stress. Sådana faktorer kan vara specifika egenskaper hos spädbarnet (t ex ett lätt temperament) och/eller kännetecknen i miljön (t ex att det finns åtminstone en lyhörd vuxen i barnets närhet). Spädbarnets grad av sårbarhet och de risk- respektive skyddsfaktorer som omger barnet samspelar med varandra på ett mycket komplicerat sätt. En konsekvens av detta är att olika individer kan reagera helt olika på samma "objektiva" påfrestning (stressor). Magnusson och Sundelin (2001) menar att en ojämn fördelning av risk- respektive skyddsfaktorer hos befolkningen utgör den främsta orsaken till skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. De allra flesta risk- respektive skyddsfaktorerna har en fördelning som är till nackdel för socioekonomiskt svaga grupper och deras barn.

Samspelet mellan spädbarnets sårbarhet och riskfaktorerna och de skyddande faktorerna påverkas av tre dimensioner: den kronologiska, den sociala och den historiska dimensionen. Den kronologiska dimensionen har med åldersutvecklingen att göra. En traumatisk händelse, som förlusten av en nära anhörig, påverkar på olika sätt beroende på när i livet den inträffar. Med den sociala dimensionen avses påfrestningar som orsakas av avvikelser från det som är kulturellt definierat (att modern frivilligt avstår från att amma sitt nyfödda barn betraktas idag t ex som avvikande i vår kultur). Den historiska dimensionen avser att sätta in händelsen i ett historiskt perspektiv. Att vara kvinna och ha tre barn vid 20 års ålder är statistiskt mera avvikande i dag än för 50 år sedan. Den tjuugoåriga trebarnsmamman av i dag ser antagligen på

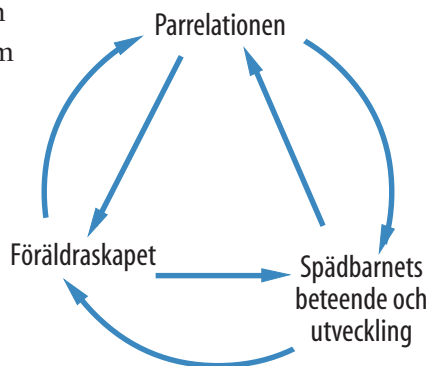
sig själv på ett helt annat sätt än vad den mamman gjorde då.

Den här rapporten utgår ifrån en modell som utvecklats av den amerikanske psykologen Jay Belsky (1981). Modellen beskriver vad som händer i spädbarnsfamiljer och förenar därvid ett utvecklingspsykologiskt synsätt med ett familjesociologiskt. Som framgår av figuren består modellen av tre delar: spädbarnets beteende och utveckling, föräldraskapet och parrelationen. Pilarna illustrerar den ömsesidiga direkta och indirekta påverkan som de tre delarna har på varandra. Det går inte att betrakta dessa tre oberoende av varandra, de hänger ihop på olika sätt. Om det t ex händer något med parrelationen, påverkas direkt eller indirekt såväl barnets beteende och utveckling som föräldraskapet. Så påverkar också problem vad gäller barnets beteende och utveckling såväl föräldraskapet som parrelationen.

Modellen har vissa begränsningar. Den omfattar t ex endast familjer om tre personer. Om man inkluderar fler barn blir förhållandena mera komplicerade, eftersom man då även måste ta hänsyn till syskonrelationerna. En familj med endast en förälder innebär å andra sidan en förenkling av modellen, eftersom parrelationen mellan föräldrarna faller bort. Modellen tar inte heller hänsyn till kulturella och samhälleliga förhållanden som har betydelse för spädbarnsfamiljerna.

I rapporten behandlas modellens tre olika delar, först spädbarnets beteende och utveckling, därefter föräldraskapet och sist parrelationen, samt hur dessa är kopplade till varandra. Exempel ges på förhållanden som påverkar familjen och som innehåller risk- respektive skyddsfaktorer såsom depression hos en av föräldrarna respektive känslomässig anknytning hos barnet.

Andra förhållanden (t ex omsorgssvikt hos föräldern) har utelämnats. Slutligen redogörs för olika former av förebyggande insatser och deras eventuella betydelse för spädbarnets psykiska hälsa.



Modell av familjen som socialt system. (Efter Belsky).

# Spädbarnet

Ett nyfött barn kommer till världen med minimal kännedom om sig själv och andra människor, med en fysiologi som gör att det sover stora delar av dygnet och med en begränsad förmåga att uppfatta omvärlden. Efter ett par år har barnet förändrats helt. Det har lärt sig att se skillnaden på olika människor – det känner igen någon eller några – och är i färd med att förvärva betydelsefulla sociala färdigheter, t ex språkförmågan. Men framför allt har barnet utvecklat en anknytningsrelation till en närstående person. Denna relation är av ett annat slag än den man har med någon man bara är bekant med eller bara känner till. Den kan ge barnet trygghet och därmed en grogrund för mognad och självständighet.

## Den känslomässiga anknytningen

De finns flera olika psykologiska teorier som behandlar spädbarnets anknytningsutveckling (t ex Bowlby 1969; Erikson 1954; Mahler m fl 1984; Stern 1991). Två av de mest användbara perspektiven för hur varaktiga känslomässiga relationer uppstår har givits av John Bowlby och Daniel Stern. Den fortsatta beskrivningen utgår i första hand från dessa två.

Enligt Bowlby har spädbarnet ett medfött behov att söka närhet och kontakt med andra människor. En konsekvens av detta är att barnet inte kan låta bli att knyta an till en vuxen person. För att förstå detta måste vi betrakta barnet och den vuxna i relation till den miljö där vår art har utvecklats. Det är en miljö där barnets överlevnad berott på dess förmåga att befinna sig i närheten av en beskyddande vuxen. Till skillnad från många andra arter dröjer det lång tid innan människo-barnet kan förflytta sig på egen hand – det kan inte ens klänga sig fast vid den vuxne för att få kontakt. I stället måste barnet använda sig av signaler för att locka den vuxne till sig, och för att signalerna ska vara effektiva måste det hos

den vuxne finnas en beredskap att reagera på dem. Gråten, leendet, kontaktsökandet, separations- och främlingsrädslan syftar alltså ytterst till att skydda barnet och öka dess chanser att överleva.

Efter hand som barnet blir äldre och bli själv kan förflytta sig, utvidgar det sitt sökande efter närhet till andra människor. Under hela det första levnadsåret är sökandet efter kontakt och närhet till en vuxen det centrala för barnet. Det inriktar sig på de personer som det känner igen och litar på, och utvecklar så småningom en anknytning till en eller flera vuxna. I och med detta har barnet upptagit den vuxne i sin begreppsvärld och erhållit en känsla av närhet till denna person.

Stern har med sin bakgrund i spädbarnsforskning och psykodynamisk teori försökt att bygga en bro mellan modern utvecklingspsykologi och psykoanalytiskt tänkande (som han givit en delvis ny språkdräkt). Stern frågar sig bland annat hur spädbarnen upplever sin värld, hur de uppfattar andra människor och hur de uppfattar sig själva. Ett viktigt begrepp är "sense of self" (ung. "själv", "självuppfattning") som bli handlar om hur vi upplever oss själva i relation till andra.

Bowlby (1969) delar in anknytningsutvecklingen under de första levnadsåren i fyra grundläggande stadier:

1. Sociala relationer oberoende av "person"
2. Sociala relationer till vissa "personer"
3. Aktivt kontaktbeteende gentemot "utvalda personer"
4. Målinriktade relationer

För att barnet ska uppnå ett moget beteende måste det gå igenom vart och ett av de fyra utvecklingsstadierna i den angivna ordningen; mindre viktigt är *när* barnet når vart och ett av de olika stadierna.

Först särskiljer spädbarnet människorna som kategori, skild från resten av omgivningen, därefter känner det igen vissa människor för att därpå utveckla speciella band till en eller flera människor. Först i två- till treårsåldern, när det definitivt lämnat spädbarnstiden, börjar barnet att själv,

aktivt, skapa målinriktade relationer, dvs det börjar på allvar förstå andra människors känslor och avsikter.

### Sociala relationer oberoende av "person" (Från födseln till två månader)

Redan under de första levnadsdagarna söker spädbarnet sociala erfarenheter. Barnet föredrar att titta på föremål med tydliga konturer, med många vinklar och linjer. Barnet intresserar sig för människor, och särskilt då deras ögon. Troligtvis påskyndar detta intresse för mänskliga kännetecken utvecklingen av barnets förmåga att så småningom känna igen vissa människor.

Spädbarnet kan också på olika sätt påverka sin omgivning. Genom signaler som gråt och leende kan barnet oftast locka till sig föräldrarna, som försöker trösta barnet. Gråten är det första exemplet på vad Bowlby kallar "anknytningsbeteenden". Kännetecknande för dessa beteenden är att de alla syftar till att få en vuxen att komma och skydda och ta hand om barnet. Allt eftersom barnet utvecklas förändras fördelningen av ansvaret något, och barnet närmar sig i stället föräldrarna.

Leendet är på samma sätt som gråten en signal till omgivningen. De flesta föräldrar uppfattar leendet som en inbjudan till socialt samspel. Jämfört med gråten är leendet en i vissa avseenden effektivare signal. I stället för att trösta barnet och sedan gå sin väg kan leendet hålla den vuxne kvar i närheten av barnet, och därmed fortsätter spelet. Leendet är en inbjudan till kontakt.

Liksom Bowlby beskriver Stern hur "självet" utvecklas i flera delvis överlappande steg eller stadier. Det första stadiet inträffar under de första två månaderna och innebär att spädbarnet, i samspel med omgivningen, utvecklar en känsla av ett "själv"; en känsla som enligt Stern kommer att finnas kvar resten av livet.

Föräldrarna är olika känsliga i spelet med sina barn. Stern har myntat begreppet "känslointoning", eller "känslokalibrering", som handlar om föräldrarnas förmåga att till barnet förmedla att de förstår dess känslor. Detta äger bl a rum när barnet befinner sig i det första stadiet, det stadium

som Stern kallar ”det uppvaknande självet”. För att barnet ska ha möjlighet att uppfatta att det blivit ”förstått” måste de vuxna kunna läsa av barnets känslotillstånd och sedan reagera på ett sätt som passar in på barnets beteende utan att det blir en ren imitation.

Barnet måste å sin sida kunna känna att föräldrarnas reaktioner har att göra med barnets egna och ursprungliga känsloupplevelse. Vad föräldern egentligen säger är: ”Jag förstår dig, ser dig och accepterar dig.” Stern menar att kortare ögonblick av intoning ger barnet en känsla av att bli förstådd. Bristande intoning ger barnet en känsla av att *inte* bli förstådd. Alla sådana situationer adderas till varandra och bildar efter hand ett mönster som kan få stor betydelse för barnets fortsatta liv.

Genom att barnet alltså signalerar behov och känslor samt reagerar på kontakt och stimulering, och genom att föräldrarna är känslomässigt närvarande och lyhörda för barnets signaler, skapas anpassning, samspel och närhet i relationen. Barnet får på så sätt en bekräftelse på sig själv och sin existens men också en tillit inför det faktum att omgivningen svarar på dess behov. Genom denna till en början nästan intuitiva kommunikation skapas efter hand en allt större social ömsesidighet i relationen.

### Sociala relationer till vissa ”personer” (Andra till sjunde månaden)

Enligt Bowlby inleds det andra stadiet när barnet är någonstans mellan en och två månader gammalt. Det är svårt att veta exakt när ett barn når detta stadium, eftersom det ännu inte är helt klart när ett barn känner igen vissa människor. Forskarna menar att barnet redan under första veckan efter födelsen reagerar på ett särskilt sätt på mammans röst och lukt. Men det är först vid cirka sex veckors ålder som barnet *ser* skillnaden mellan olika människor och känner igen vissa av dem.

Från andra levnadsmånaden visar således barnet att det känner igen vissa människor; det är mer uppmärksam, ler och skrattar mer när det är tillsammans med dessa människor. Föräldrarna blir givetvis glada när de uppfattar denna



förändring i barnets beteende. Tidigare verkade det som om deras barn inte brydde sig om vem det var tillsammans med, men nu visar barnet tydligt att det föredrar föräldrarna.

Att barnet redan tidigt i sitt liv upplever förväntningar har man förstått genom att studera hur ett barn som inte får sina förväntningar uppfyllda reagerar. Tronick och hans kolleger (1978) har visat att när två till tre månader gamla barn samspekar med sina föräldrar, så har de förväntningar på att något särskilt ska hända. Om föräldrarna bara sitter passiva och tittar på sina barn, blir barnen ledsna – antagligen för att deras förväntningar om det sociala samspelet med föräldrarna inte har blivit uppfyllda.

När väl barnet lärt sig att dess gråt (och senare också leenden och joller) utlöser vissa bestämda reaktioner från omgivningen och också kan förutse dessa reaktioner, kan det börja utveckla en sammanhållen bild av den sociala verkligheten. Om barnet kan lita på sina förutsägelser om hur människor i dess omvärld ska uppföra sig, dvs om dessa personer upplevs som pålitliga, kommer barnet att utveckla en trygg anknytning till dessa. Individuella olikheter i anknytningen tycks med andra ord i första hand bero på skillnader i samspelet mellan den vuxne och barnet.

Under denna period utvecklas tydligt spädbarnet gradvis som social varelse, vilket leder till förväntningar hos barnet, dels på andra människors reaktion, dels på den egna förmågan att påverka andra. Stern betonar två aspekter av detta – ”själv och andra” (upplevelse av helhet) respektive ”själv med andra” (upplevelse av relation till andra).

### Aktivt kontaktbeteende gentemot ”utvalda personer” (Sju månader–två år)

När barnet är sex eller sju månader gammalt känner det igen vissa människor och förknippar dem med behagliga eller obehagliga upplevelser. Barnet har också nått en uppfattning om att det kan påverka sin omgivning. Vid ungefär samma tid visar barnet att det vet att människor existerar även om det inte kan se eller höra dem. Detta är ett viktigt steg i den sociala utvecklingen och innebär att en varaktig känslomässig relation kan bildas, en relation som består även när barnet

och den vuxna är skilda åt i tid eller rum.

För föräldrarna är övergången från det andra till det tredje stadiet ingen dramatisk händelse. Barnet har sedan flera månader visat att det föredrar föräldrarna framför andra människor. Övergången är emellertid inte godtycklig utan utmärks av två viktiga förändringar i barnets beteende.

För det första börjar barnet att protestera (genom att t ex gråta) om det lämnas av någon som det har en anknytning till. Visserligen kan barnet börja gråta när någon lämnar det redan under det första halvåret, men då är det i första hand uppmärksamheten och stimuleringen som det saknar och någon annan person kan ofta ganska lätt trösta barnet. Efter hand är dock inte människorna i omgivningen utbytbara längre; barnet vill vara tillsammans med vissa speciella, ”utvalda” vuxna, och det protesterar när någon av dessa försvinner. Enligt Bowlby är denna reaktion en signal som syftar till att få den utvalda personen att komma tillbaka till barnet igen.

Den andra viktiga förändringen som inträffar i samband med detta tredje stadium är att barnet utan hjälp kan förflytta sig från en plats till en annan. Barnet lär sig under denna period att krypa, först långsamt och försiktigt, och därefter allt snabbare och ivrigare. Därmed öppnar sig en helt ny värld för barnet att utforska. Barnet kan i och med detta själv söka kontakt och närhet till en vuxen, men det kan också förflytta sig bort från den vuxne och ut i världen. Den vuxne blir med andra ord ett slags bas som barnet utgår ifrån.

Enligt Stern börjar barnet här förstå att andra människor har ett inre liv och inte bara är kroppar. Detta bidrar till att barnet lär sig att avläsa andra människor, vilket skapar ett nytt slags erfarenhet, en ”social” känsla.

### Målinriktade relationer (Från 2 år och framåt)

Nästa stora psykologiska övergång äger rum efter spädbarnstidens slut – ungefär vid början av det tredje levnadsåret. Barnets förmåga att samspela med omgivningen blir nu allt mer förfinad. Barnet startar allt oftare själv det sociala



samspelet (bl a genom språket) och blir därmed allt mer sällan bara en passiv mottagare. Allt eftersom barnet blir äldre klarar det bättre och bättre av att öka avståndet till de vuxna som det har utvecklat en anknytning till. Barnet blir också skickligare i att samspela med jämnåriga barn och med obekanta vuxna.

Bowlby menar att barnet vid två till tre års ålder börjar förstå andra människors känslor och avsikter, även om denna förståelse fortfarande är mycket elementär. Barnet är i och med detta berett att gå med på att dess behov inte omedelbart blir tillfredsställda, beroende t ex på att föräldrarna är upptagna. Ett yngre barn däremot inser inte detta utan vill att föräldrarna ska reagera omedelbart på dess signaler.

Även Stern menar att när språkutvecklingen tar fart går barnet in i ett nytt skede av utvecklingen – ord har en mening och med dem kan personliga erfarenheter förmedlas. Relationen till andra människor blir därmed mer varierad och mångfasetterad.

I takt med att barnet blir äldre utvecklas också dess kognitiva förmåga. Tack vare denna förmåga kan barnet börja utveckla föreställningar om sig själv och om sina relationer till andra människor; de skaffar sig enligt Bowlby s k inre arbetsmodeller med vilkas hjälp det lär sig att (1) uppfatta och (2) tolka händelser, (3) förutsäga framtiden och (4) upprätta planer för sitt eget handlande. Ett barn som har föräldrar som är känslomässigt tillgängliga och stödjande kommer som en följd av detta att må bra och kommer förhoppningsvis att utvecklas väl.

## Individuella olikheter och brister i anknytningen

Spädbarn uppvisar individuella olikheter i det sätt på vilket de knyter an till sina föräldrar. De som har en trygg anknytning till en förälder använder honom eller henne som ett slags bas att utforska omgivningen utifrån. Om en fara hotar, om t ex en för barnet helt främmande person kommer in i rummet eller om någon tappar en sopskyffel i golvet så att det skräller till, tar anknytningsbehovet genast över och barnet söker sig vanligtvis ”tillbaka till basen”, föräldern. Om föräldern inte finns i närheten, gråter barnet och letar.

När det så hittar den ”förlorade” föräldern igen, söker barnet aktivt närhet och kontakt med denne.

På detta sätt garanterar anknytningen att barnet tryggt kan utforska världen under rimliga betingelser. Forskning från främst västerländska länder, bl a Sverige (Lamb m fl 1982), visar att ungefär 60–70 procent av alla spädbarn utvecklar en trygg anknytning till åtminstone en av sina föräldrar (Weinfield, m fl 1999).

För en mindre del av barnen har en tillfredsställande anknytning inte skett. Dessa barn använder inte sina föräldrar som en trygg bas och uppvisar därför i varierande grad en otrygg anknytning. Enligt Ainsworth går det att urskilja två olika typer av otrygg anknytning hos spädbarn, nämligen undvikande och ambivalent anknytning (Ainsworth m fl 1978).



Det som är typiskt för en undvikande anknytning är att barnet inte visar något behov av att använda föräldern som en trygg bas. Dessa barn bryr sig inte om att föräldrarna är borta, och de är avvisande i kontakten med dem när de kommer tillbaka. Till skillnad från undvikande barn är barn med en ambivalent anknytning inte konsekventa i sin kontakt med föräldrarna; de både söker och avvisar kontakt med föräldrarna.

För barn i ettårsåldern har flera forskare påvisat att det finns ett samband mellan hur barnet beter sig i en ”främmande situation” och hur det tidiga samspelet mellan i första hand mamman och barnet ser ut (Broberg 2000). Trygga barn tycks ha mammor som är känsliga för barnets signaler och som också är flexibla i samspelet med sina barn.

Mammor till undvikande barn är däremot inte särskilt lyhörda för sitt barns signaler; kroppskontakt förekommer ganska sällan och det är också sällan som mammorna låter positiva känslor gentemot barnen komma fram. Eftersom små barn behöver närhet till sina föräldrar för att deras säkerhet ska vara garanterad, lär sig dessa barn snart att det inte lönar sig att söka tröst och beskydd. Man ska inte ”gnälla för småsaker” (här är det den vuxnes definition av ordet småsaker som gäller); det är bäst att behålla oron för sig själv.

Ambivalenta barn tycks på samma sätt som avvisande barn ha mammor som är mindre känsliga för signaler från sitt barns sida. Mammans samspel med barnet är mer ”oförutsägbart lyhört”. Problemet är att det är svårt för barnet att ”lära sig att avläsa föräldern”. Till skillnad från föräldrar till barn med trygg anknytning styrs dessa föräldrar mycket mindre av barnets signaler. Vad barnet lär sig är alltså att det är utlämnat åt föräldrarnas godtycke och att det själv inte kan påverka samspelet.

Som en konsekvens av senare års forskning har ytterligare en grupp barn med en otrygg anknytning tillkommit, nämligen de s k desorganiserade barnen. Det som tydligast skiljer dessa barn från andra är att samspelet mellan barn och föräldrar i stor utsträckning bygger på rädsla. Vad händer om den person som barnet har en knutit an till är en person som väcker barnets rädsla? Å ena sidan driver anknytnings-systemet barnet i armarna på den här föräldern, å andra sidan ökar barnets rädsla ju närmare den hotfulla föräldern kommer. Barnet hamnar i en omöjlig konfliktsituation som, om detta händer ofta, kan resultera i en desorganiserad anknytning.

Enligt Broberg (2000) har vi under de allra senaste åren fått en bättre kunskap om sambandet mellan föräldrarnas beteenden och utvecklingen av en desorganiserad anknytning. Föräldrar med svåra, obearbetade upplevelser (t ex trauman eller förluster) feltolkar i högre grad spädbarns signaler och reagerar på dem med aggressivitet eller rädsla. Föräldrarnas beteende blir oförståeligt och därmed skrämmande för barnet. Oförståeligt därför att föräldern ju reagerar på sin egen obearbetade upplevelse snarare än på spädbarnets signal, och skrämmande eftersom barnet i stället för att få tröst och beskydd känner sig hotad av föräldern.

På grund av att föräldrarnas beteende inte bara är oförutsägbart utan också bitvis skrämmande, misslyckas spädbarnet med att utveckla en organiserad anknytning; anknytningen sker, men den blir desorganiserad. Spädbarnets kognitiva förmåga är fortfarande alltför outvecklad för att barnet ska kunna skapa sig en organiserad mental modell av den konfliktfyllda informationen.

Broberg (2000) pekar också på att i uttalade riskgrupper, t ex familjer med fysisk och psykisk misshandel och/eller vanvård, har andelen barn med desorganiserad anknytning i vissa studier (Lyons-Ruth & Jacobvitz 1999) uppgått till 80 procent. Andra riskgrupper är föräldrar med allvarlig psykisk sjukdom och/eller alkoholmissbruk. Att det finns en koppling mellan olika former av allvarligt bristande omsorgsförmåga hos föräldern och en utveckling av otrygg anknytning hos spädbarnet, är väl belagt. I en sk meta-analytisk studie, sammanställde van Ijzendoorn (1995a) 34 studier där man tittat på sk multiproblemfamiljer (där en hög grad av stress, misshandel och/eller annan form av föräldraförsumlighet förekommer). Resultaten visade på ett klart samband mellan problem hos mamman (t ex depression eller andra former av psykisk ohälsa) och problem hos barnet (t ex en otrygg anknytning). Av de barn som placerades i fosterhem bibehöll merparten en otrygg anknytning även till fosterföräldrarna, medan en minoritet utvecklade en trygg anknytning till dessa.

Eftersom anknytningen är av avgörande betydelse för samspelet mellan spädbarn och föräldrar, kan man förvänta sig att den kommer att avspegla sig också i barnets sociala beteende gentemot kamrater och andra vuxna längre fram (Thompson 2000). Så är också fallet. I studier där man följt barn upp i förskole- och skolåren, uppvisar barnen med trygg anknytning ett ”mognare” samspel med sina jämnåriga kamrater än de med otrygg anknytning. De delar oftare med sig av det de har och är bättre på att hantera samspelet. Även problemlösningsförmågan tycks vara mer utvecklad. I en nyligen genomförd, svensk studie fann Bohlin, Hagekull och Rydell (2000, se även Andersson 1999) att anknytningsmönstret vid 15 månaders ålder predicerade social förmåga vid åtta års ålder bättre än övriga prövade variabler (t ex temperament).

Uppföljningsstudier av barn med desorganiserad anknytning visar att denna utgör en allvarlig riskfaktor för att barnet ska utveckla ett utagerande beteende i förskoleåldern och under de tidiga skolåren och därmed ådra sig problem, bl a med kamrater (Jacobvitz & Hazen 1999, Speltz m fl 1999, Moss & St-Laurent 1999).

## Temperament

En persons temperament visar på denna persons typiska sätt att vara, dvs. hans eller hennes relativt likartade reaktioner och beteenden i olika situationer. Man kan också uttrycka det som att det är temperamentet som avgör *hur* man gör något, till skillnad från *vad* man gör och *varför* man gör det (Chess m fl 1966). Individuella uttryck för det specifika spädbarnets temperament kan iakttas redan någon vecka efter födelsen genom dess reaktioner på stress.

Det finns många skilda uppfattningar om vad som tillsammans utgör spädbarnets temperament, men forskarna är överens om att det finns vissa dimensioner som alltid ingår (Hagekull & Bohlin 1999):

- *Aktivitetsnivå* – hur mycket barnet rör sig, hur mycket energi det gör av med
- *Graden av irritabilitet eller negativ emotionalitet* – hur mycket barnet gråter, kinkar och gnäller
- *Graden av positiv emotionalitet* – hur mycket förnöjsamhet och gott humör barnet visar
- *Närmande–undvikande* – hur barnet reagerar i nya situationer
- *Graden av reaktivitet* – hur starkt barnet reagerar på olika händelser i sin omgivning och i hur hög grad det reagerar på små förändringar.

Graden av tröstbarhet, dvs hur lätt barnet låter sig distraheras, och uthållighet hör också hit. En annan egenskap som varierar mellan barn är med vilken *regelbundenhet* barnet ägnar sig åt olika biologiskt styrda beteenden som att äta, sova, vakna osv.

Thomas och Chess forskning har visat att vissa temperamentsdrag är förhållandevis stabila över tid. Det innebär inte att dessa drag under denna tid förblir exakt desamma; en del modifieras ganska lätt och andra successivt. Så är t ex dimensionerna aktivitetsnivå och närmande–undvikande förhållandevis stabila. Följer man en större grupp spädbarn under en längre tid och studerar deras temperament, märker man en generell förändring under det första året: de flesta blir aktiva-

re och mer förutsägbara i sina emotionella reaktioner.

Även om det finns argument för att ett temperament i vissa avseenden skulle handla om medfödda och förhållandevis stabila egenskaper, innebär inte detta nödvändigtvis att t ex en lätt irriterad och kinkig ettåring också kommer att bli en gnällig tonåring. I mötet med miljön påverkas de medfödda egenskaperna, de kan försvagas och förstärkas – arvet skapar visserligen temperamentet men erfarenheten formar det. Samspelet mellan arv och miljö innebär också att båda faktorernas gemensamma inverkan blir starkare än om de skulle verka var och en för sig.

### ”Besvärliga barn”

Tydligt finns det stora variationer när det gäller spädbarnets temperament och vilka konsekvenser detta temperament får för omgivningen. Det temperamentsmässigt lättsamma barnet kan bidra till att ”goda” cirklar i samspelet mellan föräldrar och barn utvecklas. På samma sätt ställer det svårhanterliga eller irriterade spädbarnet stora krav på sina föräldrar, krav som kan vara svåra att uppfylla. Föräldrar kan behöva stöd och hjälp för att bryta en påbörjad ”ond” cirkel.

Begreppet ”difficult children” (besvärliga barn) myntades av Thomas och Chess och syftar på barn som uppvisar en kombination av flera olika specifika besvärliga temperamentsdrag. De fann att dessa barn ofta reagerar negativt i vissa situationer, att de har svårt att anpassa sig och ofta har starka och intensiva reaktioner. Dessa barn kan också vara oregelbundna i sitt ät- och sovmönster. Gemensamma drag hos barn med ”besvärligt” temperament tycks vara irritabilitet, att barnet ofta gråter, kinkar, och kräver mycket uppmärksamhet av föräldern. Ett besvärligt temperament hittar man hos ungefär 10 procent av alla barn.

### Känsloreglering

Något som blivit centralt för förståelsen av den känslomässiga utvecklingen hos spädbarn och som är nära knutet till temperamentet, är begreppet känsloreglering (”affect regulation”). Det handlar om barnets förmåga att bemästra sina

känslomässiga uttryck (Smith & Ulvund 1999), och därigenom etablera ett meningsfullt socialt samspel med andra individer. Inre såväl som yttre processer är nödvändiga för att denna förmåga ska utvecklas.

En sådan inre process är att spädbarnet, genom sin allt bättre tanke- och rörelseförmåga får allt lättare att klara av känslomässigt svåra situationer genom att t ex reagera mot något som är skrämmande och krypa bort från det.

Mot slutet av andra levnadsåret har barnet vanligen utvecklat en god kontroll över sitt eget beteende och blir allt mindre beroende av föräldern för sin känsloreglering. Barnet



behöver dock under hela sin uppväxttid sin förälder för att nå fram till och kunna upprätthålla väl fungerande och balanserade känslomässiga uttrycksformer. Även om utvecklingen följer vissa mönster finns det stora individuella skillnader som har att göra med såväl barnets temperament som dess förmåga att bearbeta ny information.

De yttre processerna handlar om föräldrarnas ansträngningar att tolka och reglera barnets sätt att uttrycka sina känslor. Ett exempel på detta är när föräldrarna försöker förstå och göra något åt barnets gråt och därmed ändra på barnets känslomässiga tillstånd. Ett

annat exempel utgörs av de erfarenheter som ett spädbarn gör i samspelet med sina föräldrar. Så har t ex en ”kontingent stimulering” (dvs. ett svar som följer direkt på barnets beteende och som är avstämt i förhållande till detta) en stabiliserande effekt på barnets känslomässiga tillstånd (Field 1994). Om föräldern t ex på grund av en depression inte är känslomässigt tillgänglig för barnet, kan barnets förmåga att reglera känslor hämmas i sin utveckling. En sådan erfarenhet utgör en riskfaktor som, tillsammans med andra riskfaktorer, kan bidra till att barnet t ex utvecklar beteendeproblem i förskoleåldern.

Förmågan att reglera sina känslor utvecklas alltså genom

samspelet med föräldern (Sroufe 1995). I denna process är föräldrarnas roll central eftersom det är han/hon som förmedlar strategier för hur känslomässiga tillstånd kan hanteras, strategier som sedan övertas av barnet. Begreppet ”regulatory disorders”, myntades av Greenspan och medarbetare (1992) för att beskriva en liten grupp spädbarn med medfödda svårigheter att reglera sina känslor. Dessa spädbarn har svårt att uppnå ett lugnt, vaket och/eller känslomässigt positivt tillstånd. De beskrivs ofta som griniga, lättirriterade eller ovanligt skrikiga. Diagnossystemet Zero to Three (1994) beskriver tre grupper av barn med denna typ av regleringssvårigheter. Den första gruppen utgörs av barn som är överkänsliga för sensorisk stimulans (beröring, ljud eller starkt ljus) och som reagerar starkt med antingen rädsla, hämning eller negativitet och avvärjande beteende. Den andra gruppen utgörs av tillbakadragna eller självförsjunkna barn som är svåra att engagera i relationer eller lekar. Den tredje gruppen utgörs av motoriskt disorganiserade, impulsiva barn med hög aktivitetsnivå. Även om det fortfarande saknas forskning som fullt ut stöder denna gruppering har den ett kliniskt värde. Inte minst viktigt är det för föräldrar att kunna förstå vad som kan ligga bakom barnets svårigheter, för att därigenom kunna förändra ett mindre väl fungerande samspel och en negativ bild av barnet.

### ”Sustained withdrawal”

Ett begrepp som har vissa beröringspunkter med temperament och med känsloreglering (se ovan) och som tidigare användes i klinisk verksamhet, är s k spädbarnsdepression (Spitz 1946). En anledning till att begreppet spädbarnsdepression numera sällan används är enligt Guedeny (2001) att begreppet inte har någon tillfredsställande definition och att det fortfarande finns en rad obesvarade frågor kopplade till det. Man vet t ex inte hur vanliga spädbarnsdepressioner är (om de överhuvudtaget förekommer) och om depression under spädbarnstiden är av samma slag som depression hos äldre barn eller vuxna. Därför talar man i dag mer om ”sustained withdrawal” (ung. ”konsekvent tillbakadragande”) och syftar då på spädbarn som under en längre tid drar



sig undan kontakt med föräldern.

Att ett spädbarn kortvarigt drar sig undan kontakt är ett normalt inslag i samspelet mellan föräldrar och barn. Att ett barn konsekvent och under en längre tid drar sig undan kan däremot vara en signal på att det finns allvarliga brister i relationen mellan barn och förälder (Tronick & Weinberg 1997).

Det finns ett klart samband mellan en längre tids ”sustained withdrawal” hos spädbarn och en senare otrygg anknytning. Tyvärr finns det i nuläget inga utprovade metoder tillgängliga på svenska för diagnostik av detta tillstånd. I Frankrike pågår forskning för att man med hjälp av en relativt enkel skattningsskala, Baby Alarm Distress Scale (BADS), ska kunna hitta de mellan 2 och 24 månader gamla barn som visar tecken på långvarig ”sustained withdrawal” (Guedeney 2001).

”Sustained withdrawal” kan också ingå som ett inslag i andra allvarliga tillstånd som har med psykisk ohälsa att göra. Exempel på detta är spädbarn som lider av icke organisk ”failure to thrive”, alltså barn som inte ökar i vikt (Powell & Bettles 1992), svår ångest, posttraumatisk stress (PTS) samt kronisk och svår smärta. Men det kan även ingå i symptom bilden för spädbarn med autistiska drag eller i vissa fall med en utvecklingsstörning.

## För tidigt födda barn

För tidig födsel utgör en riskfaktor för den psykiska hälsan. Barn som föds före den 37:e graviditetsveckan eller har en födelsevikt under 2 500 gram definieras enligt Världshälsoorganisationen, WHO, som prematurt, dvs. för tidigt fött.

I Sverige föds 4,5 procent av alla barn för tidigt, vilket internationellt sett är en låg siffra. Inom parantes kan nämnas att det i andra västerländska länder rör sig om mellan fem och tio procent (Stjernqvist 1999). För tidigt födda barn delas vanligtvis in i tre grupper:

- barn med låg födelsevikt (under 2 500 gram)
- barn med mycket låg födelsevikt (under 1 500 gram)
- barn med extremt låg födelsevikt (under 1 000 gram)

Med hjälp av ultraljudstekniken kan man numera göra en indelning efter fostrets mognadsgrad, dvs. graviditetslängden. I och med detta kan fostrets förutsättningar att överleva utanför livmodern bättre bedömas, vilket är av betydelse inför förlossningen och det akuta omhändertagande av det nyfödda barnet. Indelningen efter mognadsgrad är följande:

- för tidigt fött barn (graviditetsvecka 33–36)
- mycket för tidigt fött barn (graviditetsvecka 29–32)
- extremt för tidigt fött barn (före graviditetsvecka 29)

De flesta för tidigt födda barnen i Sverige är födda efter den 32:a graviditetsveckan och har en födelsevikt över 1 500 gram. Även om endast 0,4 procent av alla barn är extremt mycket för tidigt födda, dvs före graviditetsvecka 29, utgör de en grupp som, på grund av de medicinska framstegen, blivit allt större (Stjernqvist & Svenningsen 1999).

### Svårigheter i samband med för tidig födsel

Modern intensivvård har inneburit mycket större chanser för det för tidigt födda barnet att överleva. Ju tidigare ett barn föds, desto större är emellertid risken för olika former av komplikationer, t ex andningsproblem och otillräcklig syretillförsel till hjärnan. Dessutom innebär den för tidiga födseln ökade svårigheter för kontakten mellan föräldern och barnet.

Ett fullgånget barn har en medfödd förmåga att reglera graden av stimulans från utifrån. Detta sker genom att barnet växlar i vakenhetsgrad eller ”tillstånd” (Brazelton & Nugent 1995). Exempel på sådana ”tillstånd” är djup sömn, lätt sömn, dåsighet, vakenhet och beredskap för socialt samspel, ökad motorisk aktivitet som ibland åtföljs av kinkighet samt slutligen hög motorisk aktivitet och skrikighet som är svår att avleda. Fullgångna spädbarn kan variera mellan dessa ”tillstånd” och med hjälp av signaler, som gnäll och gråt, visa föräldrarna vad de behöver. För tidigt födda barn har däremot ett mindre moget nervsystem och ger därmed svagare signaler till föräldrarna, vilket ofta gör att de är svårare för föräldrarna ”att förstå sig på” (Nordström-

Erlandsson 1996). Dessutom befinner sig dessa barn oftast i lätt sömn eller dåsighet eller är irriterade, med ökad motorisk aktivitet som oftast slutar i skrik. Endast stundtals befinner sig dessa barn i ett så alert tillstånd att ett samspel med föräldrarna är möjligt. Kanske kan de inte heller svara föräldrarna därför att all energi går åt till att kontrollera de fysiologiska systemen som hjärta, lungor och nervsystem (Junnt, 1992). För tidigt födda barn har inte heller samma förmåga som fullgångna barn att utestänga stimuli och blir därför lätt överstimulerade.

### Hur klarar sig de för tidigt födda barnen?

En tioårsuppföljning av barn födda före den 29:e graviditetsveckan har visat att 85 procent av de extremt för tidigt födda barnen har en utveckling inom den normala variationen men att de har en lägre intelligenskvot än sina jämnåriga kamrater (Stjernqvist & Svenningsen 1999). Tjugofem procent av barnen har emellertid lika goda betyg som sina jämnåriga och 20 procent bättre betyg. Olika typer av beteendeproblem är vanliga och nästan vart tredje barn uppvisar tecken på psykisk ohälsa. Exempelvis har 20 procent av barnen koncentrationssvårigheter och hyperaktivitetsproblem (uppfyller kriterierna för ADHD). Studien lyfter fram betydelsen av att erbjuda föräldrar till mycket för tidigt födda barn långsiktigt stöd för att dels öka föräldrarnas förståelse för barnens särart, dels stödja dem i att ställa adekvata krav på barnen.

### Neuropsykologisk utveckling

Under barnets första två levnadsår utvecklas hjärnan mycket snabbt. Att allvarliga psykiska svårigheter kan hämma hjärnans utveckling är väl känt. Men även mindre svårigheter kan ibland ha negativa effekter på hjärnans utveckling. Det gäller främst spädbarn som utsatts för trauman, extremt känsliga barn, barn med svåra medicinska problem och barn som lever i ogynnsamma psykosociala miljöer. Dessa barn befinner sig i riskzonen för allvarliga utvecklingsproblem (Nelson & Bosquet 2000).

I den neuropsykologiska forskningen har man visat särskilt intresse för frontallobens betydelse när det gäller regleringen

av känslor. Man har t ex studerat kopplingen mellan frontallobsutvecklingen hos spädbarnet och depressiva symptom hos mamman (Dawson m fl 1992; 1997). Resultaten visar på skillnader i EEG-mönster mellan barn till deprimerade mammor och barn till friska mammor. En ”depressiv” omgivning tycks med andra ord bidra till att spädbarn utvecklar atypiska EEG-mönster. Man vet emellertid inte riktigt på vilket sätt mammans depression påverkar aktiviteten i barnets frontallob. Antagandet att spädbarn mellan 6 och 18 månader är särskilt känsliga för långtidseffekter av mammans depression, har emellertid fått stöd i flera undersökningar (Alpern & Lyons-Ruth 1993; Dawson m fl 1994; 1997). Under denna period i barnets liv sker en mycket snabb tillväxt av frontalloben och utvidgning av antalet synapser i hjärnan. Frontalloben tycks under denna period spela en betydelsefull roll för utvecklingen av förmågan att reglera känslor, något som starkt påverkas av föräldrarnas beteende. Det är därför möjligt att frontallobsutvecklingen – och därmed förmågan att reglera känslor – är särskilt sårbar under denna period. De områden i hjärnan som är kopplade till förmågan att känna och uttrycka negativa känslor, liksom de områden som reglerar negativa känslor, överaktiveras hos barnet om mamman är deprimerad. Detta kan i sin tur ytterligare öka sannolikheten för att sådana känslor ska komma till uttryck. Dawson och hans kollegers forskning (1997) pekar på att en selektiv aktivering av dessa områden i frontalloben hos spädbarn till deprimerade mödrar kan ske mycket tidigt.

Det verkar alltså finnas forskning som stödjer antagandet att depression post partum är en riskfaktor när det gäller utvecklingen av spädbarnets hjärna (åtminstone EEG-aktiviteten). Motsvarande forskning kring skyddsfaktorerna, t ex att vårdas av en känslig och lyhörd förälder eller ha ett positivt temperament, saknas emellertid (Nelson & Bosquet 2000). Med all säkerhet kommer neuropsykologisk forskning framöver att bidra till ökad kunskap om spädbarns psykiska hälsa.



# Föräldraskapet

Som tidigare nämnts utgår den här rapporten från en modell bestående av tre delar: spädbarnets beteende och utveckling, föräldraskapet och parrelationen. I detta avsnitt behandlas det som lite tillspetsat kan kallas ”det sista svåra steget in i vuxen världen”, dvs föräldraskapet, som inte sällan medför en kris-situation för många föräldrar.

Livskris brukar man tala om när livsperspektivet förändras och livet får en ny inriktning. I en krissituation är tidigare erfarenheter och sätt att reagera ofta inte tillräckliga. Den ställer krav på förändrade anpassningsmönster. Mycket tyder på att övergången från make–maka-dyaden till mamma–pappa–barn-triaden innebär en sådan kris för många föräldrar.

En kris behöver dock inte nödvändigtvis betraktas som något negativt. Erikson (1973) beskriver t ex graviditeten och föräldraskapet som ”en vändpunkt, en kritisk punkt av ökad sårbarhet och ökade möjligheter” och vill inte tala om dem som ”en hotande katastrof”.

De blivande föräldrarna har många olika uppgifter. Kihlbom, Mattson och Ström (1994) har specificerat ett antal uppgifter som ingår i detta att bli förälder. Först gäller det att både mentalt och fysiskt integrera en ny identitetsdel, alltså sig själv som förälder, i sig själv. Man ska träda in som mamma eller pappa i relation till en ny människa. Efter det kommer förändringen i relationen till de egna föräldrarna och syskonen – man är inte längre bara barn och syster eller bror utan också förälder, vilket ger ett nytt perspektiv på de tidigare relationerna, framför allt den till de egna föräldrarna.

Den psykologiska anspänningen i anslutning till föräldraskapet fyller flera olika funktioner, bl a den att förbereda de blivande föräldrarna och göra dem maximalt mottagliga för sitt barn. Man kan tänka sig att något liknande händer under spädbarnstiden. Det krävs såväl en viss anspänning som lugn och ro för att föräldrar och barn ska lära känna varandra och komma varandra riktigt nära.

När man talar om den psykologiska anspänningen i samband med spädbarnstiden, syftar man däremot oftast på de mer eller mindre allvarliga problem, som i första hand drabbar mamman, t ex depression post partum. Lagerkrantz (1981) fann t ex på 70-talet att en tredjedel av kvinnorna i en undersökningsgrupp hade problem i form av uttalad och svårlöst kris i samband med att de fick barn. Även Nilsson och Almgren (1970) menade att 45 procent av alla kvinnor som föder barn får någon form av psykiska svårigheter efter förlossningen. Oavsett om siffrorna i nuläget stämmer eller ej, tycks risken för att föräldrarna ska drabbas av psykiska problem under spädbarnstiden vara större jämfört med under andra perioder i livet (Cooper m fl 1988). I det följande behandlas några av dessa problem.

## Föräldrastress

Att livet får en ny inriktning innebär ofta att den allmänna stressnivån ökar. Stress uppfattas i detta sammanhang som ett varaktigt spänningstillstånd i kroppen som inte ”släpper taget”. Bland annat på grund av den ökade stressen upplever en del föräldrar att de inte har de personliga resurser som krävs för att klara av föräldraskapet. Denna känsla av oförmåga kallas inom forskningen för föräldrastress (Östberg 1999).

Orsakerna till föräldrastress varierar från individ till individ. Faktorer som bidrar till att öka föräldrastressen är bristande stöd från t ex far- och morföräldrar och svårigheter att kombinera familjeliv och arbetsliv. Om föräldrarna dessutom är trötta och inte har någonstans att vända sig för att få praktisk hjälp, kan stressen öka ytterligare (Östberg 1999).

De vardagliga bekymren, dvs de mindre påfrestningar som inträffar regelbundet, t ex mat- och sömnproblem, skrikighet och återkommande mindre infektioner hos barnet (Östberg m fl 1997), tycks märkligt nog bidra till att öka föräldrastressen mer än s k livsavgörande händelser (Crnic & Greenberg 1990; Krech & Johnston 1992). Psykosociala problem som arbetslöshet, hög arbetsbelastning och bristande socialt stöd verkar också påverka stressnivån i negativ riktning.

Olika former av socialt stöd verkar vara det som effekti-

vast minskar föräldrastressen (Crnic m fl 1983; Younger 1991). I några studier har man visat att känslomässigt stöd från partnern är viktigast (Crnic m fl 1983), medan man i andra undersökningar har funnit att stöd från släkt och vänner har störst betydelse när det gäller att minska stressen (Crnic & Greenberg 1990).

Östberg m fl (1998) har intresserat sig för förekomsten av stress, psykosociala problem och förmågan att svara på spädbarnets signaler hos föräldrar som sökt hjälp på en specialbarnvårdscentral. Resultaten visade att de ”hjälpökande” mammorna var mer stressade än de ”hjälpökande” papporna. De var också betydligt mer stressade än mammor i allmänhet, dvs mammor som inte sökt hjälp på denna typ av central. Man fann även ett samband mellan graden av stress hos mammor, familjens psykosociala situation och problem hos barnet. Mer stressade mammor hade en sämre psykosocial situation och deras barn uppvisade fler problem.

En samvariation mellan föräldrastress och psykosociala problem tycks med andra ord förekomma. Mammor i familjer med fler psykosociala problem upplever sig t ex som mindre ”kompetenta” och mer begränsade i sin föräldraroll och rapporterade fler relationsproblem med partnern än mammor med färre psykosociala problem (Östberg 1998).

Ett samband existerar även mellan föräldrastress och tecken på depression hos mamman. Inte särskilt förvånande förekommer det mer föräldrastress hos deprimerade mammor jämfört med mammor som inte är deprimerade (Milgrom & McCloud 1996). Dessutom tycks deprimerade mammor med hög stressgrad återhämta sig långsammare från sin depression än de med låg stressgrad (Gotlieb m fl 1991).

Det motsatta gäller emellertid också, dvs mammor med hög föräldrastress uppvisar fler tecken på depression jämfört med mammor som är mindre stressade. Den förra gruppen mammor var även mindre ”svarsbenägna” gentemot sina barn och bedömde sina barn oftare som temperamentsmässigt ”besvärliga”. Resultaten visade också att socialt stöd hade en dämpande effekt på föräldrastressen; ju mer stöd, desto mindre stress (Östberg 1999).

Sammantaget visar forskningen att föräldrastress är ett

problem som man måste ta allvarligt på. Risken är stor att en ond cirkel påbörjas, där ett problem leder till ett annat osv. Man har t ex funnit ett samband mellan hög grad av föräldrastress, osäker anknytning och fler beteendeproblem hos barnet. Östberg (1998) drar slutsatsen att fokus i ett förebyggande program som syftar till att minska stress i föräldrarollen bör ligga på hela familjen och inte specifikt på barnets problem. Vidare bör pappan involveras mer i behandlingen och ses som en resurs när det gäller att ta hand om barnet.

## Tecken på depression hos nyblivna mammor

Även om barnafödandet innebär en positiv utveckling för de allra flesta är det också en period då framförallt kvinnor uppvisar en ökad sårbarhet. Denna sårbarhet kan visa sig i ett brett spektrum av reaktioner. Ungefär varannan mamma känner en ökad labilitet, irritabilitet och nedstämdhet, s k blues, tre till fem dagar efter förlossningen, något som brukar gå över efter en eller ett par dagar. De kvinnor vars ”blues” inte klingar av utan i stället fortsätter under längre tid har en ökad risk för att få en depression (Wickberg & Hwang 2001).

En relativt stor andel nyblivna mammor, cirka 10 procent, får en mer eller mindre uttalad depressionsperiod. Hur vanliga sådana depressioner är och hur länge de varar, tycks främst ha att göra med det stöd som familjen och samhället kan erbjuda de nyblivna föräldrarna. Som vid föräldrastress tycks tillgång till socialt stöd vara av avgörande betydelse för om en kvinna ska drabbas eller ej.

Den allvarligaste psykologiska reaktionen är en psykos post partum (efter förlossningen). En till två promille av alla nyförlösta kvinnor drabbas, och den kräver psykiatrisk vård. Frekvensen har visat sig vara densamma i olika kulturer och under olika tids-perioder, vilket tyder på en övervägande biologisk orsaksbakgrund (Kumar m fl 1994). I många länder i (framförallt) Europa har särskilda mor-barn-enheter etablerats inom den psykiatriska slutenvården. Dessa enheter erbjuder de nyblivna mammorna vård i en lugn och rofylld miljö där de har möjlighet att ha barnet hos sig. I Sverige saknas sådana enheter, sannolikt beroende på att den nyblivna pappan har en unik möjlighet att bland annat med hjälp



av föräldraförsäkringen ta hand om barnet och även ansvara för att mamma och barn ges möjlighet att träffas så mycket som är möjligt.

### Vad kännetecknar en depression post partum?

I vardagligt språkbruk har begreppet depression ofta flera betydelser och kan täcka hela skalan av reaktioner från nedstämdhet och depressiva symptom till den djupaste formen av depression eller melankoli. En depression kan ses antingen som en ”normal” reaktion på stress och svårigheter, eller som en reaktion i gränsområdet till ett psykiskt sjukdomstillstånd eller som en klinisk depression. I engelskspråkiga länder är begreppet ”postnatal depression” allmänt känt och betecknar alla grader av depressiva symptom under spädbarnstiden. I svenskt språkbruk finns inte motsvarande begrepp, vilket kan uppfattas som att problemen är mindre kända här. En annan förklaring kan vara att man i Sverige i allmänhet använder ordet depression för att beteckna kliniska tillstånd (egentlig depression). Depressiva symptom anses vara ”normala”, övergående problem som hör till omställningen i samband med att man får barn.

När det gäller symptombild, förekomst och förlopp skiljer sig depressioner post partum inte från depressioner under andra perioder i livet. Vad som däremot är specifikt är just sammanhanget och konsekvenserna. Det finns flera exempel på detta. Själva det faktum att man är nybliven mamma påverkar hur man upplever depressionen. En deprimerad mamma tycker ofta att hon gått miste om en viktig livsperiod. Dessutom är påverkan på barnet och familjen troligen större under denna känsliga period än annars. Faktorer som är speciella för graviditet och förlossning kan också bidra till en ökad sårbarhet för psykiska problem. Något som ofta är positivt i detta sammanhang är att nyblivna mammor är mer mottagliga för hjälp och att de redan har etablerade kontakter med olika stödsystem, som mödra- och barnhälsovården.

Det som kännetecknar depression post partum är ett sänkt stämningsläge som gör att vardagen upplevs som tung och grå. Skuld känslor som emanerar ur känslan av att inte räcka

till som mamma, känslor av tomhet och av att inte ”vara sig själv” dominerar. Andra vanliga reaktioner är, svårigheter att koncentrera sig och att fatta beslut, aptit- och sömnrubbningar (som inte direkt beror på barnet) extrem trötthet och brist på energi. En del kvinnor upplever att de tappat kontrollen över tillvaron, vilket kan leda till stegrad oro, panikliknande attacker och vredesutbrott. Själva kärnan i en depression har beskrivits som en känsla av hopplöshet inför hela livssituationen (Brown & Harris 1978).

För de flesta kvinnor går depressionssymptomen över inom några månader (två till sex månader), medan det för andra kan finnas kvar i varierande grad under upp till ett eller till och med flera år. Det mest slående med en depression under denna period av livet är att den inte enbart påverkar kvinnan utan också riskerar att påverka relationen till barnet och till partnern. Negativa effekter av olika slag kan finnas kvar även efter det att depressionssymptomen försvunnit. (Milgrom m fl 1999).

### Hur vanlig är en depression post partum?

En jämförelsevis stor andel kvinnor uppvisar tecken på depression post partum. Prevalensen har i epidemiologiska studier varierat mellan 8 och 15 procent. I en analys av 59 studier med sammanlagt cirka 13 000 kvinnor redovisade O’Hara och Swain (1996) en genomsnittlig förekomst på 13 procent. I de studier där diagnosen depression ställdes med hjälp av diagnostiska (DSM-III-R) kriterier för egentlig depression, var den genomsnittliga prevalensen betydligt lägre, cirka sju procent.

Liknande resultat har erhållits i en Göteborgsstudie, där 1 655 nyblivna mammor vid två tillfällen efter förlossningen ombads att fylla i en självskattningsskala. Två månader post partum visade 12,5 procent av kvinnorna tecken på depression och tre månader post partum var antalet kvinnor med depressionstecken 8,3 procent. Bilden komplicerades av att endast 4,5 procent av kvinnorna hade höga depressionspoäng vid båda dessa tillfällen. För dessa kvinnor fanns en uppenbar risk för en långvarig depressionsperiod (Wickberg & Hwang 1997).

Något högre prevalenstal har rapporterats i en studie som omfattade drygt 300 kvinnor i södra Stockholmsregionen (Bågendahl-Strindlund & Monssen-Börjesson 1998). Tre månader post partum visade 14,5 procent av kvinnorna depressionstecken. Av de 39 kvinnor med tecken på depression uppfyllde emellertid endast en kvinna kriterierna för en ”egentlig” depression.

### Vad orsakar en depression post partum?

Epidemiologisk forskning har visat att de viktigaste orsaksfaktorerna till en depression post partum finns inom det psykologiska och det sociala området. Konflikter i parrelationen, traumatiska eller stressande händelser och bristande stöd från partner, vänner och familj, samt sociala och ekonomiska svårigheter har visat sig öka risken för att mamman ska drabbas av en depression under spädbarnstiden (O’Hara & Swain 1996). I svenska studier har man funnit att ensamstående mammor samt mammor med fler än ett barn (Wickberg & Hwang 2001), löper större risk att drabbas av depressiva symptom än andra mammor.

Att mamman redan tidigare har varit deprimerad tycks också vara en riskfaktor, särskilt om obstetriska komplikationer tillstöter, om mamman får en långvarig ”blues” eller om barnet har ett besvärligt temperament (O’Hara & Swain 1996). Trots mycket omfattande forskning saknas stöd för en hormonell orsaksbakgrund till depression post partum. Ett undantag är en liten grupp kvinnor, cirka en procent av alla kvinnor, som har en sköldkörtelrubbing, något som i sin tur kan vara relaterat till psykologisk stress (Harris 1996).

Förhållanden i samhället anses också bidra till depressioner post partum, och det har visat sig att det är flera faktorer som gör att dessa depressioner är vanligare i sk moderna samhällen än i samhällen i tredje världen. I vårt ”moderna” samhälle har vi fler skilsmässor och fler ensamstående föräldrar och styvfamiljer, vi saknar tydliga ritualer kring barnafödandet, är mer osäkra i vår föräldraroll och saknar ofta stöd från den egna föräldragenerationen.

### Tidig upptäckt av depression post partum

Många deprimerade mammor söker inte hjälp och uppmärksammas inte av hälsovården (Wickberg m fl 1996). Vid en

genomgång av cirka 4 500 journaler bedömde sjuksköterskor vid barnvårdscentraler i södra Sverige att 4,7 procent av mammorna varit deprimerade någon gång under barnets första levnadsår. Och i en nyligen publicerad Stockholmsstudie fann man att endast två procent av alla mammor identifierades som deprimerade vid den s k tremånaderskontrollen på barnvårdscentralen (Bågendahl-Strindlund & Monssen-Börjesson 1998). Antalet deprimerade mammor tre månader post partum är troligtvis betydligt högre än så.

Att upptäcka depressioner post partum på ett tidigt stadium behöver inte vara speciellt svårt. En enkel självskattningsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) har utvecklats av Cox och hans medarbetare i Storbritannien (Cox m fl 1987) och används numera av hälsovårdspersonal i ett 15-tal olika länder. Skalan är enkel att administrera, tar cirka fem minuter att fylla i och har goda s k psykometriska egenskaper. I Sverige har skalan översatts och prövats och därefter validerats mot diagnostiska kriterier (DSM-III-R). Med ett screeningförfarande i två steg erhöles en god träffsäkerhet. Syftet med det dubbla screeningförfarandet var att uppmärksamma kvinnor som hade depressionstecken som inte gick över eller som fördjupats. Genom att erbjuda skalan vid två tillfällen kunde även antalet ”falska positiva”, dvs kvinnor med endast tillfälliga, övergående tecken på depression minskas betydligt, ett förfarande som även fått stöd i andra studier. De deltagande kvinnorna hade inget emot att fylla i skalan, och den var enkel att integrera i det ordinarie BVC-arbetet (Wickberg & Hwang 2001).

Det bör påpekas att en självskattningsskala endast är ett hjälpmedel och att den bör kompletteras med samtal och vid behov med en klinisk bedömning. En förutsättning för att en skala av detta slag ska användas är att det finns stöd- och behandlingsinsatser att erbjuda de kvinnor som ”faller ut” vid screeningen.

### Följderna på kort och lång sikt av depression post partum

En depression post partum påverkar inte bara kvinnan utan även parförhållandet och barnet (Murray & Cooper 1998). Depression hos en förälder ökar stressen hos den andra föräldern, vilket kan få till följd att föräldraförmågan för-

sämras för båda föräldrarna (Zelkowitz & Milet 1997). Även män kan drabbas av depression i anslutning till spädbarnstiden (Ballard m fl 1994; Matthey m fl 2000).

En allvarlig konsekvens av en depression post partum rör samspelet och i förlängningen den känslomässiga anknytningen mellan föräldrar och barn. Forskning visar att deprimerade mammor tillbringar mindre tid med att se på, röra vid och prata med sitt barn och de uppvisar färre positiva och fler negativa ansiktsuttryck än mammor som inte är deprimerade (Cohn m fl 1986). Field (1995) har visat att deprimerade mammor, uppfattar sitt barn mer negativt än vad andra mammor gör. Barnen till deprimerade mammor har lägre aktivitetsnivå, är mindre uppmärksamma, jollrar mindre, är mindre uttrycksfulla, tittar bort mera och protesterar oftare än barn till mammor som inte är deprimerade.

I samspelet med sina barn kan deprimerade mammor vara antingen tillbakadragna eller påträngande (Tronick & Weinberg 1997). Tillbakadragna mammor är oftare oengagerade, känslomässigt ”tomma” och uppmuntrar eller besvarar inte barnets försök till kontakt i samma utsträckning som andra mammor. Barnen blir mer benägna att protestera och på olika sätt visa missnöje än andra barn. Påträngande mammor verkar störa barnen i deras aktiviteter och kan ha ett bryskt eller arg tonfall när de samspelar med sina barn. Barnen blir undvikande i kontakten och tillbringar merparten av tiden med att se bort från mamman. Tronick och Weinberg (1997) menar att man kan beskriva dessa barns situation som att de befinner sig i ett socialt vakuum och att de som en konsekvens av samspelet med mamman utvecklar en likgiltig och självreglerande livsstil. Det bör framhållas att ovan nämnda resultat härrör från barn till svårt deprimerade mödrar.

Vilka blir konsekvenserna på längre sikt av att mamman haft en depression post partum (för en översikt, se Cooper & Murray 1998)? Barn till mammor som varit deprimerade har visat sig ha en sämre kognitiv förmåga vid fem års ålder än barn till mammor som inte haft denna depression. Dessa resultat tycks särskilt gälla pojkar och barn i familjer som är socioekonomiskt utsatta. Kvinnor som haft en depression post partum, rapporterar också fler beteendeproblem hos barnet när detta fyllt 18 månader, bl a i form av sömn-, mat-

och separationsproblem. En allvarlig konsekvens av depression post partum är att dessa barn, i större utsträckning än barn till icke deprimerade mammor, tycks ha en otrugg anknytningsrelation till mamman. Hur långvarig depressionen är spelar emellertid en avgörande roll för hur anknytningsrelationen ser ut.

Om man studerar betydelsen av en depression post partum i relation till andra riskfaktorer i kombination med skyddande faktorer träder en delvis annan bild fram (Rutter 1995). I en nyligen publicerad amerikansk undersökning visade det sig att om mammans depression var den enda riskfaktorn, tycktes en i övrigt god mamma-barn-relation kunna skydda barnet mot negativ påverkan av mammans depressiva symptom (Carter m fl 2001). Men om mamman också hade andra psykiska problem, som ångesttillstånd, ätstörning och/eller andra svårigheter, som ekonomiska problem eller pressade familjeförhållanden, ökade risken för påfrestningar i mamma-barn-relationen och därmed i barnets utvecklingsprocess. Undersökningar pekar på vikten av att kvinnor med såväl hög som låg risk för depression post partum uppmärksammas. Man bör också vara extra uppmärksam då flera riskfaktorer uppträder samtidigt. Insatserna som erbjuds familjerna bör fokuseras både på att minska depressiva och andra tecken på psykisk ohälsa och på att stärka den s k föräldraförmågan.

### Vilken roll spelar pappan vid en depression post partum?

Endast ett fåtal studier har intresserat sig för den roll pappan spelar när mamman får en depression post partum. Detta är anmärkningsvärt, eftersom mycket tyder på att pappans direkta och indirekta betydelse blir särskilt tydlig i familjer där mammans föräldrafunktion helt eller delvis är satt ur spel på grund av psykisk ohälsa i samband med barnafödande. Förmodligen är pappans direkta betydelse som anknytningsperson speciellt viktig i detta sammanhang.

Det är troligt, men ännu inte visat, att relationen till pappan kan ha en skyddande effekt för barnets utveckling då mamman visar tecken på psykisk ohälsa. Hossain m fl (1994) fann t ex att spädbarn till deprimerade mammor samspelade mer positivt med sina icke-deprimerade pappor än med sina deprimerade mammor. Barnen i kontrollgruppen (vars föräld-

rar inte var deprimerade) uppvisade inte några sådana skillnader i samspelet.

Ett annat utfall av mammans ohälsa kan vara att pappan allt mer drar sig undan familjen, vilket kan få till följd att såväl mamman som hennes relation till barnet påverkas negativt (Boyce 1994).

I en svensk undersökning fann Edborg m fl (2000) att i familjer där mamman uppvisat depressionstecken post partum uppfattade både mamman och pappan barnet som mer kinigt och svårskött vid ett års ålder jämfört med föräldrar i familjer där mamman inte visat sådana tecken. De ”deprimerade” mödrarna var också i större utsträckning stressade i sin föräldraroll, något som emellertid inte gällde för deras partners. Däremot var papporna i de ”deprimerade” familjerna mer missnöjda med det sexuella samlivet. De hade inte heller utnyttjat föräldraledigheten i samma grad som pappor i allmänhet. Författarna pekar på att den sammanlagda risken (av att ha ett svårskött barn och en ”deprimerad” partner) kan minska pappans förmåga att vara tillgänglig för barnet. Stöd till paret blir därför av särskilt stor betydelse.

I en nyligen publicerad australiensisk undersökning följde man drygt 150 föräldrapar från tiden före förlossningen till ett år efter barnets födelse (Matthey m fl 2000). Såväl kvinnorna som männen hade högst frekvens av tecken på psykisk ohälsa när barnet var ett år gammalt. Antalet pappor med tecken på depression varierade mellan tre och fem procent, medan motsvarande siffror för mammor var åtta till tolv procent. Hur föräldraparet fungerade tillsammans hade en avgörande betydelse för deras psykiska välbefinnande.

En slutsats man kan dra av dessa studier är att mammor med lättare depressioner ofta förmår att upprätthålla ett positivt samspel med sina barn. Emellertid tycks försvårande förhållanden som att familjen har låg socioekonomisk status, att mamman tidigare haft en psykisk sjukdom och att hon är ensamstående förälder ha en ackumulerad effekt på barnets utveckling.

## Föräldrar till för tidigt födda barn

Att bli förälder till ett mycket för tidigt fött barn innebär påfrestningar på flera plan, både för den enskilda föräldern

och för hela familjen. De psykologiska och praktiska förberedelserna inför föräldraskapet blir abrupt avbrutna, och ibland är förlossningen traumatisk och utgången för barnet oviss. Föräldrar till mycket för tidigt födda barn reagerar ofta med krisreaktioner i samband med barnets födelse.

Att föräldrar till för tidigt födda barn, åtminstone till att börja med, har en svårare föräldrauppgift än föräldrar till fullgångna barn, visade en svensk undersökning (Stjernqvist 1999). Så många som 85 procent av mammorna och 65 procent av papporna visade tecken på överklighetskänslor, förändrad tidsuppfattning, sömnrubbingar och aptitlöshet som en följd av den för tidiga födseln. Mammornas krisreaktioner var genomgående djupare och mer långvariga än pappornas. Pappan fungerade ofta som stöd åt mamman och deras krisreaktioner visade sig först när läget för barnet stabiliserats.

Barnets första levnadsår innebar ofta en känslomässig och fysisk belastning för föräldrarna. 75 procent av mammorna reagerade med somatiska symptom som magont, huvudvärk och extrem trötthet. Hälften av alla par rapporterade problem i relationen dem emellan, något som de relaterade till barnets födelse. Motsvarande siffra för mammorna till icke prematurfödda barn var cirka 20 procent. Papporna beskrev en extrem trötthet, även om pappor till för tidigt födda barn inte skilde sig nämnvärt i detta avseende från pappor till fullgångna barn.

Vid en uppföljningsstudie då barnen var fyra år gamla fanns det inte längre någon skillnad i det psykiska välbefinnandet mellan föräldrarna till de för tidigt födda barnen och föräldrarna till de fullgångna barnen. Såväl parrelationen som mammornas reaktioner hade normaliserats, vilket tyder på att det finns "en starkt självläkande kraft i familjer, som normalt har en välfungerande relation" (Stjernqvist 1999, s 136). Men även om oron hade minskat hos föräldrarna till de för tidigt födda barnen fanns det hos vart femte föräldrapar en kvarstående ängslan för barnets utveckling, något som visade sig även då barnen var tio år gamla.

Två tredjedelar av syskonen till de för tidigt födda barnen hade under den första tiden reagerat med aggressivitet eller regressiva symptom på oron i familjen. Dessa symptom fanns emellertid inte kvar vid undersökningarna som gjordes när de





prematurt födda barnen var fyra respektive tio år gamla.

I ytterligare en svensk studie av för tidigt födda barn, har samspelsmönster mellan mamma och barn respektive pappa och barn studerats (Stjernqvist 1999). Samspelsobservationerna genomfördes ett år efter den extremt tidiga födseln.

När det gällde föräldrarnas bidrag till samspelet fanns få skillnader jämfört med föräldrar till fullgångna barn, och när det gällde papporna fann man inga skillnader alls. Mammorna till de för tidigt födda barnen visade däremot mindre glädje och mer oro i förhållande till barnen än mammorna till barn födda i fullgången tid.

Barnens bidrag till samspelet uppvisade stora skillnader, sannolikt beroende på att de för tidigt födda barnens utveckling var försenad inom områden som kommunikation och motorik. Deras aktivitetsnivå var lägre och de visade mindre glädje och ömsesidighet i samspelet med föräldrarna. De svarade också föräldrarna med mindre såväl ögonkontakt som verbal kontakt, de var mindre uthålliga i sin lek och mindre nyfikna på omvärlden. De för tidigt födda barnens föräldrar kompenserade till stor del barnens svagheter genom att öka sin egen aktivitet, stödjade barnen i deras lek och anpassa sig till det barn de fått.

I ännu en svensk studie jämfördes samspelet mellan mamma och barn hos en grupp barn som var födda i graviditetsvecka 29–34 och en grupp fullgångna barn (Nordström-Erlandsson 1996). Barnen i de båda grupperna undersöktes med hjälp av videoinspelningar, intervjuer och frågeformulär vid 2, 6 och 18 månaders ålder. Det visade sig till att börja med vara svårare att samspela med de för tidigt födda barnen. Mammorna till dessa barn kände sig mindre säkra, kompetenta och nöjda än mammorna till de fullgångna barnen. De uppfattade också sina barn som mer oförutsägbara och allvarligare i humöret. Skillnaderna var tydliga under de första månaderna men hade tonats ned då barnen var 18 månader.

Resultaten är tänkvärda och visar att föräldrar med för tidigt födda barn behöver mycket stöd under den första tiden. De behöver hjälp att förstå sitt barn. Genom att ge dem detta stöd kan man bidra till att samspelet mellan föräldrar och barn utvecklas i gynnsam riktning.

# Parrelationen

Trots sin hjälplöshet har det nyfödda barnet stor makt. Han eller hon kan bli en källa till såväl sammanhållning som splittring i familjen. Hur påverkas parrelationen av ett barns födelse? Ett sätt att svara på frågan är att betrakta ”den nyfödda familjen” som ett socialt system där alla påverkar alla. Familjen som system strävar efter jämvikt (homeostas). Man kan jämföra det med ett värmesystem med inbyggd termostat. Systemet klarar av avvikelser inom vissa gränser, men när dessa överskrids reagerar termostaten och systemet reglerar sig självt. Hur pass vida gränserna är för olika familjer varierar mycket. För en del är gränserna mycket snäva, för andra mycket vida.

Då ett barn föds måste hela systemet struktureras om för att jämvikten åter ska uppstå. Hur lätt eller svårt det är att strukturera om ett system har att göra med vilken typ av system – öppet eller slutet – som familjen utgör. I öppna system utvecklas och förändras rollerna allt eftersom familjens behov förändras. Reglerna i familjen är klart formulerade och flexibla så att de kan ändras vid behov. I slutna system är rollerna däremot stela och rigida. De förändras inte fast behoven i familjen egentligen kräver det. Förändringar uppfattas som hotande, och reglerna som styr familjemedlemmarnas beteende är orubbliga och kan inte ifrågasättas. De flesta familjer är varken helt öppna eller helt slutna utan befinner sig antagligen i området mellan dessa två ytterligheter.

Att förändringarna i samband med att familjen utökas ofta innebär en stor påfrestning på parrelationen visar bland annat Belskys forskning (1981). I två undersökningar har han funnit att från tre månader före till nio månader efter förlossningen sjunker graden av harmoni och tillfredsställelse i äktenskapet dramatiskt. Nedgången var större för kvinnor än för män. Såväl kvinnor som män var mindre nöjda med sina äktenskap efter barnets födelse, men de par som var mest

respektive minst nöjda före barnets födelse fortfor att vara det även efter födseln. Det tycks med andra ord som om barnet påverkar relationen, men en bra relation blir inte dålig och en dålig inte bra för att man får barn.

## Den förändrade parrelationen

I en svensk intervjustudie som genomfördes med en grupp föräldrar fyra till sex månader efter barnets födelse, menade merparten av föräldrarna att parrelationen påverkats i negativ riktning (Lindsten 1987; se även Hwang 1999). Även om de båda föräldrarna var överens om att så var fallet, var orsakerna som man angav sinsemellan olika. Kvinnorna betonade irritationen och ”småbråken”, medan männen förmedlade att de kände sig satta på undantag. Något tillspetsat kan man säga att för mannen blev barnet inkräktaren som kom och ”förstörde” paradiset. Men givetvis fanns det också föräldrar, både kvinnor och män, som tyckte att relationen påverkats i positiv riktning av barnets födelse. Gemenskapen de upplevde i och med barnet hade fördjupat förhållandet.

En aspekt av parrelationen som sällan hamnar i fokus är den sexuella relationen. Hur påverkas den av att man får barn? Intervjusvaren visade att många hade svårt att prata med sin partner om detta och att flera av föräldrarna, särskilt männen, förväntade sig att det sexuella samlivet efter ett kort uppehåll skulle återupptas. För kvinnorna dominerade den minskade lusten och skuldkänslor gentemot mannen. För männen dominerade två motstridiga känslor. Å ena sidan kände de sig undanskuffade, å andra sidan kände de att de egentligen både förstod och accepterade kvinnans minskade lust. Typiskt var att männen pendlade mellan dessa båda känslor. Men det var inte alla par som tyckte att graviditeten, förlossningen och nyföddhetsperioden hade haft en negativ verkan på sexuallivet. Några upplevde till och med större glädje av samlivet än de gjorde innan de fick barn.

Det är lätt att överdriva betydelsen av de eventuella sexuella ”problemen” under nyföddhetsperioden. För många handlar den uteblivna lusten helt enkelt om en kroppslig omställning i kombination med ren trötthet, och för de allra flesta är detta något övergående. För några få blir emellertid

de sexuella ”problemen” och kvinnans och mannens reaktioner på dessa, bara ytterligare ett bevis för att deras relation redan före barnets ankomst inte var bra.

## Parrelationens betydelse

Föräldrarnas relation tycks direkt och indirekt påverka barnets känslomässiga anknytning till föräldrarna. Har föräldrarna en bra relation och är nöjda med den, ökar sannolikheten för att barnets anknytning ska bli trygg till mamman och pappan (Cummings & O’Reilly 1997). En bra parrelation verkar överhuvudtaget fungera som en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa. Den kan kompensera för en otrygg anknytning som någon av föräldrarna haft under sin barndom och på så sätt bidra till att de egna barnen i alla fall får en trygg anknytning (Colin 1996). Exakt hur detta går till är emellertid ännu oklart.

Inom parentes kan nämnas att flera studier har pekat på likheter mellan spädbarnets anknytningsrelationer och den vuxna individens kärleksrelationer längre fram i livet. Trygga älskande upplever kärleksrelationer som belönande och oroas inte ständigt över att partnern ska överge dem eller bli för krävande. Ambivalenta älskande upplever osäkerhet i relationer, är rädda att partnern inte älskar dem tillräckligt och ställer ibland orimliga krav på partnern. Avvisande älskande är rädda att komma partnern för nära och tvekar att binda upp sig.

Man har genom undersökningar kunnat visa att konfliktfyllda relationer mellan föräldrar är kopplade till anpassningsproblem hos barnen. En gammal tes som åtminstone till viss del tycks stämma är att: ”problemäktenskap” ger ”problembarn”. Senare års forskning har emellertid visat att det sällan går att identifiera enskilda riskfaktorer som i sig själva är tillräckliga för att förklara varför utvecklingen gått snett. Det tycks inte handla om de konfliktfyllda relationerna i sig utan på vilket sätt föräldrarna hanterar sina konflikter (Davies & Cummings 1998). Det finns både konstruktiva och destruktiva konflikthanteringssätt. Om föräldrarna löser sina konflikter på ett positivt sätt, lär sig barnet att handskas med sina egna konflikter, t ex i relation till jämnåriga. Om

barnet däremot exponeras för fientlighet och våld mellan föräldrarna ökar risken avsevärt för psykisk ohälsa (Holden m fl 1998). Detta gäller barn i så kallade normalpopulationer men också, och i ännu högre grad, barn vars föräldrar är psykiskt sjuka, har ett psykiskt sjukdomstillstånd (t ex depression) och/eller andra sociala problem, som alkoholism. Mängden familjeproblem och vilket stöd som finns eller saknas i familjens nära omgivning är avgörande för barnets utveckling.

Konflikter i äktenskapet har tidigare förknippats med risk för aggressivitet hos barnet. Nyare forskning visar emellertid att risken är ännu större att barnet ska uppvisa tecken på ångslan, depression och osäkerhet (Cummings & Davies 1994). Konflikter som tar sig uttryck i att en av föräldrarna hotar att lämna familjen eller drar sig undan och tiger, kan vara lika stressande för barnet som när relationen präglas av aggressivitet. Det tycks inte heller vara så att barn vänjer sig vid den stress som upprepade konflikter mellan föräldrarna innebär (Cummings m fl 1994). I stället påverkas barnets förmåga att reglera känslor (se avsnittet om spädbarnet) och andra beteenden negativt och därmed också dess sociala förmåga, särskilt om barnet känner sig utsatt eller hotat. Vilken betydelse konflikter mellan föräldrarna får för barnet kan också bero på faktorer som har att göra med barnet, t ex dess temperament.

Slutligen har konflikter i parrelationen inte bara direkta utan även indirekta effekter för barnet, eftersom konflikterna oftast påverkar föräldraförmågan.

Eftersom kvaliteten i föräldrarelationen har stor betydelse för barnets utveckling kan den sägas utgöra en del av föräldraförmågan (Davies & Cummings 1994). Föräldrar med mycket konflikter i sin parrelation har t ex visat sig vara mindre konsekventa, mer negativa och kontrollerande, uttrycka mindre värme och vara mindre lyhörda för barnets signaler än andra föräldrar.



## Vardagsliv för svenska föräldrar

Hur vardagen levs och upplevs av svenska föräldrar har nyligen skildrats i boken *Det moderna föräldraskapet* (Bäck-Wiklund & Bergsten 1997). Boken bygger på omfattande intervjuer gjorda med ett trettiotal unga barnfamiljer under en tvåårsperiod. Resultaten visar att familjen, med barnen i centrum, utgör den dominerande livsplanen för såväl män som kvinnor. Männen och kvinnorna talar om familjen på ungefär samma sätt, som ett gemensamt projekt. När de berättar om hur familjens vardagsliv gestaltar sig, framträder emellertid viktiga skillnader mellan dem. När det kommer till handling är familjeprojektet således fortfarande individuellt och könsspecifikt. Författarna drar slutsatsen att förklaringen till att kvinnor och män upplever ambivalens, stress och konflikter i sitt föräldraskap ryms i denna paradox.

De intervjuade kvinnorna beskriver hur deras ursprungliga känsla av sammanhang (Antonovsky 1991) förändrades under en period på ett och ett halvt år (från det barnet var sex månader till det var drygt två år). Känslan av sammanhang innefattar enligt Antonovsky, olika komponenter, som t ex begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, och beskriver hur människor upplever sina möjligheter att hantera bl a stress i vardagen. I studien (utifrån ett av Antonovsky särskilt utarbetat frågeformulär), utkristalliserades tre grupper av mammor. Den första gruppen, de stabilt positiva eller säkra mammorna utgjorde en femtedel av den intervjuade gruppen. De ambivalenta mammorna, hälften av kvinnorna i gruppen, var inte nöjda med sin tillvaro men kunde ändå inte mobilisera tillräckligt med energi för att förändra den. Den tredje gruppen, de resignerade mammorna, (som ökade från en femtedel av alla kvinnorna till nästan en tredjedel mellan de två intervjutillfällena) visade genomgående låga värden på såväl begriplighet, hanterbarhet som meningsfullhet. Dessa mammor kände resignation över sitt livsprojekt, dvs familjeprojektet.

Hur de intervjuade kvinnorna upplevde sig själva som mammor och yrkesarbetande visade sig ha stor betydelse för deras känsla av sammanhang. En säker yrkes- och moders-

roll och en trygg tillvaro var viktiga förutsättningar för en stabil känsla av sammanhang, men det var inte tillräckligt. De säkra och de resignerade mammorna var i många avseenden lika, men upplevde ändå sin situation helt olika. Förklaringen låg i att kvinnornas relationer till sina män var olika. De säkra mödrarna upplevde i sin parrelation en jämställdhet som handlade om ömsesidig tillit, en känsla av lika värde och individuell autonomi. De var nöjda eftersom de själva kontrollerade sina liv och inte upplevde sig som utnyttjade. Hos de resignerade mödrarna fanns samma krav på egen kontroll och autonomi, men mellan makarna fanns inte den tillit och den samstämmighet vad gällde värderingar som behövdes för att uppnå det. De resignerade mammorna uttryckte missnöje och det var ofta konflikter i dessa familjer. De ambivalenta mammorna upplevde bristande kontroll och autonomi och beskrev vardagen som ett kontinuerligt problemlösande, präglad av tillfälliga lösningar som skiftade från situation till situation. De upplevde sig som utnyttjade, med många konflikter som följd. Ett ständigt sökande efter en förändrad livssituation präglade deras vardagstillvaro.

Föräldraparen i undersökningen hade alla ordnat sitt vardagsliv på olika sätt. Även om alla talade om jämställdhet, menade de helt olika saker. På ett plan såg det mesta ut som i ett traditionellt familjeliv. På ett annat plan visade sig det moderna föräldraskapet innebära ett ständigt prövande av nya alternativ och ständiga förhandlingar för att forma fungerande regler i familjen. Kvinnorna var mer osäkra än männen i rollen som fostrare, och för dem framstod förhållandet mellan hem och yrkesliv som mer konfliktfyllt än det gjorde för männen. De kände sig ambivalenta när det gällde fördelningen mellan hemarbete och förvärvsarbete. Hur man fördelade hemarbete och förvärvsarbete mellan makarna tycktes vara resultatet av en förhandling eller ett ”frivilligt” val. Vissa föräldrar menade att de gjort ett medvetet och rationellt val i sättet att ordna sitt familjeliv. För att tillfredsställa både familjens och sina egna behov valde många kvinnor, som en kompromiss, att arbeta deltid. Valet hade medfört stabilitet i familjens tillvaro men innebar också att kvinnorna hamnade i underläge. Även männen förlorade, eftersom valet



för dem innebar att de hade begränsad kontakt och tid med sina barn.

En könsspecifik arbetsdelning inom familjeprojektet kolliderade med det moderna jämställdhetsidealet, och detta skapade ambivalens hos såväl männen som kvinnorna som deltog i undersökningen. Det kan, enligt författarna, vara ett uttryck för den moderna människans uppdelning i olika sfärer, i det här fallet i en manlig och en kvinnlig kunskapsfär. Uppdelningen i ett manligt respektive kvinnligt kunskaps- och ansvarsområde har förts vidare under generationer men har nu kommit att uppfattas som det mest rationella sättet att fungera i vardagslivet. I intervjuerna framställdes familjeprojektet som något där specialisering, effektivitet och rationell tidsplanering är det viktigaste och där jämställdheten alltså får stå tillbaka. Den till synes traditionella, könsspecifika uppdelningen kan på detta sätt i själva verket kan vara ett uttryck för ett modernt tänkande.

Det moderna föräldraskapet tycktes förutsätta en förmåga att handskas med ambivalenser i tillvaron. Ett exempel på detta var en samtidig önskan att vara närvarande (med barnen) och att vara frånvarande (yrkesarbete) eller att samtidigt ha ansvar och vara fri från ansvar. Hur föräldrar kan handskas med sin ambivalens och samtidigt fullfölja familjeprojektet är en öppen fråga. Ett sätt kan vara att ”periodisera” sitt liv (att under en period vara förälder på heltid), ett annat att hålla yrkesliv och familjeliv åtskilda. Både männen och kvinnorna upplevde ett motsatsförhållande mellan arbete och familj, men de upplevde och uttryckte det på olika sätt. För kvinnorna var det ett personligt problem, de upplevde sig som otillräckliga och lade skulden på sig själva, framför allt i förhållande till barnen. Männen däremot sökte orsakerna till motsatsförhållandet i yttre omständigheter, som de inte själva rädde över.

Även om männen i studien var familjeorienterade, hann de inte umgås särskilt mycket med familjen. De flesta kvinnorna var yrkesorienterade men förvärvsarbetade så lite som möjligt. Föräldrarna tycktes gå en balansgång mellan yrkesroll och föräldraroll, mellan att dela jämställt och att dela upp hemarbetet könsspecifikt i försöken att motsvara såväl

egna som andras ideal och krav. Med andra ord försökte de finna en kompromiss mellan mer traditionella och mer moderna ideal och krav. När konflikten mellan mammarollen och yrkesrollen blev för stor, uppstod det stress hos kvinnorna. För männens del fanns en ambivalens och lojalitetskonflikt mellan två sinsemellan olika men fullt legitima krav, dels kravet att försörja familjen, dels kvinnornas krav på engagemang i hemmet. Det som tycks stressa männen mest var emellertid det som skedde på jobbet – deras ambivalens (mellan arbete och familj) var starkt kopplad till tidspress. Kvinnorna däremot stressades mest av det som skedde i hemmet. Den sammanlagda stressen ledde ofta till konflikter, där de viktigaste konfliktämnena, enligt både män och kvinnor, var barnets fostran och hur ansvaret och arbetet i hemmet skulle delas upp. Boendet och ekonomin var andra återkommande konfliktorsaker.

Sammanfattningsvis visade undersökningen att både kvinnornas och männens identiteter var utsatta för ständig bearbetning och förändring, och att de som föräldrar kontinuerligt reflekterade över olika, möjliga, framtida livsstilar och ideal. Deras bilder av hur en tillvaro som jämställd förvärvsarbetande förälder kunde se ut var emellertid både många och otydliga. Traditionella och moderna förebilder förekom parallellt. Såväl männen som kvinnorna upplevde ett motsatsförhållande mellan arbetsliv och familjeliv, även om detta uttrycktes på olika sätt.

## Färre barn och äldre föräldrar

Ambivalens inför barnafödande och svårigheter att förena parrelation, föräldraskap och yrkesliv kommer till uttryck både i unga människors attityder och värderingar och i statistiken (t ex antal födda barn). Under 1990-talet har barnafödandet i Sverige minskat drastiskt, från drygt två barn per kvinna till cirka 1,5 barn per kvinna (Statistiska Centralbyrån 1999). Inget annat land har haft så stora svängningar i nativiteten. Nedgången har varit tydligast hos unga kvinnor. Idag är närmare 40 procent av dagens 30-åriga kvinnor barnlösa, en fördubbling jämfört med 1970 (Bernhardt 2000 a). Mycket tyder på att det finns ett påtagligt samband mellan

ekonomi och barnafödande och att den lågkonjunktur och arbetslöshet som fanns i början av 90-talet påverkat födelse-talet. Att välja att föda sitt första barn senare är emellertid en trend som pågått under en längre tid och som tycks mera vara ett utslag av kvinnors ökade självständighet än av konjunktursvängningar. Längre utbildning, fler tillfälliga jobb och begränsad möjlighet att få fast jobb samt risken att bli uppsagd eller omplacerad under föräldraledigheten har gjort det svårare för unga kvinnor att vara kvar i arbetslivet även under småbarns-åren. Sannolikt inverkar dessa omständigheter negativt även på den aktiva papparoll som vuxit fram under de senaste decennierna (Bernhardt, 2000 b).

Hur ser unga vuxna i dagens Sverige på familj och arbetsliv och vilka planer har man för framtiden? I en nyligen publicerad enkätundersökning, som omfattade cirka 2 300 personer mellan 22 och 30 år gamla (Bernhardt, 2000), visade resultaten på en ganska stor tveksamhet inför att skaffa barn. Bernhardt menar att om denna tveksamhet kvarstår, kommer nativiteten att förbli låg och i värsta fall även sjunka ytterligare.

Undersökningen visade att unga kvinnor fäste lika stor vikt vid arbetet som unga män. Att ha ett fast arbete och att vara etablerad i sin yrkeskarriär innan man skaffar barn är viktigt. Hos kvinnorna med högre utbildning framstod en skärpt konflikt mellan fortsatt arbetsliv och ett tänkt föräldraskap. Även männen reflekterade över vilka möjligheter de hade att förena en aktiv papparoll med den arbetssituation de hade. Är arbetssituationen osäker, kan både män och kvinnor komma att undvika sådana omständigheter som föräldraledighet och deltidarbete.

Undersökningen visade också att det fanns stora skillnader mellan män och kvinnor när det gällde orsakerna till deras tveksamhet att skaffa barn. För männen var de ekonomiska skälen avgörande, medan det för kvinnorna var åldern som gjorde att de var tveksamma.

Vissa förutsättningar tycks gälla för viljan att skaffa barn, t ex att man har en partner, är färdig med sin utbildning, har bostad och tillräcklig inkomst och ”att man känner sig trygg i tillvaron”.

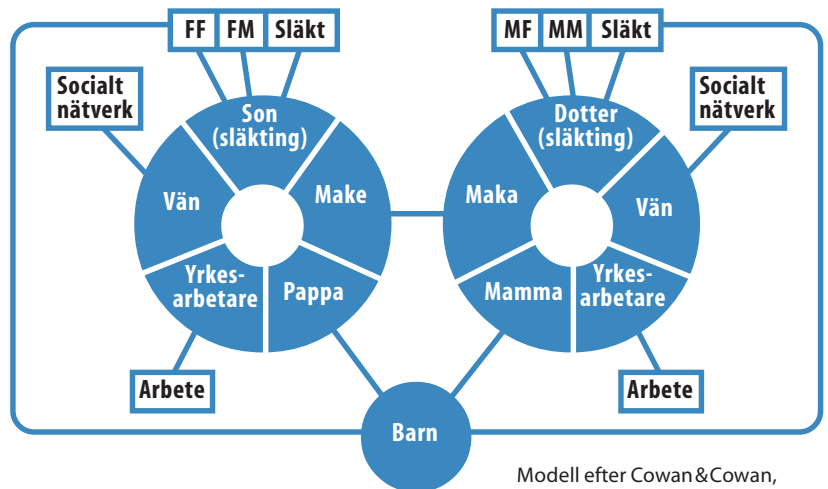
Undersökningen mynnade ut i följande slutsatser: Även om

barnafödandet fortfarande är ett förväntat beteende, kan en ökad tolerans för barnlöshet, fler mindre stabila parrelationer, lång utbildning och osäkerhet på arbetsmarknaden leda till att allt fler människor aldrig skaffar barn. Det verkar inte handla om att man medvetet beslutar sig för att avstå från barn utan snarare om att man skjuter beslutet på framtiden tills det inte längre är möjligt att få barn. Bernhardt (2000 a) menar att möjligheterna att kombinera karriär och familj kan ha avgörande betydelse för de framtida födelsetalen. Avgörande är sannolikt också ett barnvänligt samhälle och ett delat ansvar för hem och barn. Intressant nog förväntade sig 80 procent av kvinnorna och 70 procent av männen i studien att de som föräldrar skulle ha en rättvis fördelning av ansvaret för hem och barn.

Som framgått hittills i detta avsnitt kan det nyfödda barnet bli en källa till såväl sammanhållning som splittring i familjen. Parrelationen är bara en av flera faktorer som avgör om det ska bli på det ena eller på det andra sättet.

Andra betydelsefulla faktorer är: (1) egenskaper hos respektive förälder, (2) relationen mellan respektive förälder och barnet, (3) relationen mellan kärnfamiljen och respektive ursprungsfamilj och (4) balansen mellan stressande och stödjande krafter utifrån, bl a det sociala nätverket och arbetsplatsen. Cowan och Cowan (1987) har föreslagit en modell där de knyter ihop parrelationen med de fyra faktorerna ovan.

Det är uppenbart att man måste hålla många bollar i luften samtidigt om man vill förstå *allt* som händer när tvåsamheten blir till en tresamhet. Detta avsnitt har fokuserats på en av dessa bollar, nämligen parrelationen och barnets och föräldrarnas påverkan på parrelationen och vice versa.



Modell efter Cowan & Cowan, i Berman & Pedersen (Red.) Men's Transition to Parenthood. Lawrence Erlbaum Assoc. 1981.

# Förebyggande arbete

En av anledningarna till att man i görligaste mån vill förhindra tidig psykisk ohälsa hos spädbarn är att den har relativt dålig prognos om den förblir obehandlad (Fonagy 1996). Fördjupad kunskap och viktiga upptäckter har gjort att man nu bättre vet hur man ska planera för ett förebyggande arbete. Så har man t ex upptäckt att barnet under sina första levnadsår tycks ha vissa sk sensitiva perioder, dvs extra känsliga perioder, då det centrala nervsystemet utvecklas (Siegel 1998). Dessutom har man under de senaste åren blivit mer medveten om de skadliga effekter en tidig känslomässig stress kan åstadkomma.

## Hälso- och sjukvårdens roll

Alla insatser inom hälso- och sjukvården som riktar sig mot spädbarn och spädbarnsfamiljer är förebyggande till sin natur. Redan för ett tjugotal år sedan ingick prevention av psykisk ohälsa i ett av de tre huvudmålen för mödra- och barnhälsovårdens verksamhet (Socialstyrelsen 1981:4). Panoramat av ohälsa har sedan dess ytterligare förskjutits från medicinska till psykosociala problem och under 90-talet har samma mål ("att söka minska skadliga påfrestningar för barn och föräldrar") åter formulerats (Socialstyrelsen 1994:19).

Hälsovårdens insatser sker på såväl generell som riktad nivå. Generella insatser är de som erbjuds alla, medan riktade insatser är avsedda för särskilt sårbara grupper. Ett exempel på det senare är stöd och behandling till föräldrar och barn som redan har tecken på eller löper särskilt stor risk att drabbas av psykisk ohälsa. Avvägningen mellan de olika nivåerna är en viktig principiell fråga. Det senaste decenniets folkhälsoforskning har visserligen givit klara belägg för att små insatser för det stora flertalet ur folkhälsosynpunkt ger betydligt bättre utdelning än stora insatser riktade till små

högriskgrupper, men för att minska hälsoklyftor som har psykosociala orsaker är riktade, förstärkta, insatser till sårbara grupper sannolikt nödvändiga (SOU 1998:31).

Eftersom nästan alla blivande och nyblivna föräldrar besöker mödra- och barnavårdscentralerna finns en potential för ett förebyggande arbete som, i en internationell jämförelse, är relativt unik. Dessa verksamheter är uppskattade och accepterade av alla socialgrupper, även av de föräldrar som annars av olika anledningar kan vara svåra att nå (Sundelin & Håkansson 2000). Ett psykosocialt arbete kan ske genom föräldragrupsverksamhet, individuellt stöd som ges av barnmorskan/sjuksköterskan eller genom att kontakt förmedlas till andra yrkesgrupper. Ett problem är att det psykosociala arbetet inom hälsovården ofta är oklart definierat och att det saknas strukturerade och väl utprovade metoder för tidig upptäckt och för stöd vid psykisk ohälsa (SOU 1998:31).

Under de senaste åren har flera utredningar uppmärksammat behovet av riktade insatser (till sårbara grupper) för att förebygga psykiska problem hos spädbarn. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har i ett särskilt delbetänkande pekat på den särställning som mödra- och barnhälsovården intar, eftersom den har möjlighet att möta alla barn och föräldrar i ett avgörande skede, nämligen tiden runt barnets födelse (SOU 1997:119). Barnpsykiatrikommittén framhåller i sitt slutbetänkande på liknande sätt att det är motiverat att i högre grad än tidigare rikta insatserna inom den förebyggande hälsovården mot särskilt sårbara grupper och att vid behov individualisera insatserna. Gravida kvinnor med stark oro, deprimerade föräldrar, barnfamiljer med flyktingbakgrund samt föräldrar med missbruk, psykisk sjukdom eller annan allvarlig sjukdom och deras barn är exempel på sådana utsatta grupper. Kommittén betonar också att stödet bör riktas till båda föräldrarna (SOU 1998:31). En utredning om föräldrautbildningen föreslår att mödra- och barnhälsovården tar ett fortsatt och ännu tydligare ansvar för stödet till föräldrar som väntar barn och föräldrar med barn upp till ett år (SOU 1997:161).

Mödra- och barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa har nyligen analyserats vid en av Medicinska forskningsrådet

anordnad konferens. I slutdokumentet framhålls tre principiella förhållningssätt (MFR 1999). Det första rör betydelsen av att det är föräldrarna som tillsammans med personalen fattar beslut angående intensiteten och inriktningen hos de insatser som erbjuds. Med andra ord föreslår man ett mer flexibelt och individuellt inriktat stöd till barnfamiljerna. Den andra huvudprincipen är ”att barnhälsovården får ett mycket starkt markerat ansvar för att uppmärksamma behovet av insatser under barnets två första levnadsår, dvs under den period då andra samhällsinstitutioner saknar täckande kontakter med populationen. Särskild uppmärksamhet på metodutveckling för att stödja anknytningsprocessen och ge tidigt stöd i föräldrarollen, är angelägen”. Den tredje huvudprincipen för insatser riktade mot barnfamiljerna är att framtida, nya inslag i verksamheten ska vara kunskapsbaserade. Ett samarbete mellan forskningsinstitutioner och regionala och lokala barnhälsovårdsenheter bör ligga bakom utformningen av barnhälsovårdens policy och programinnehåll (MFR1999).

## Generella insatser

### Föräldragrupper

Föräldrautbildningen har (sedan riksdagsbeslutet 1979) utvecklats till att utgöra en viktig del av det förebyggande, psykosocialt inriktade arbetet inom hälsovården och når ungefär 70 procent av alla förstagångsföräldrar (SOU 1997:161).

En utvärdering av 71 föräldragrupper med gravida kvinnor och deras män visade att det föräldrarna mest uppskattade med gruppverksamheten var att få träffa andra människor som befann sig i samma situation (Rydén 1995). Män och kvinnor hade delvis olika önskemål om vad som skulle tas upp under gruppträffarna. Tankar kring förlossningen och amningen var dominerande hos kvinnorna medan mäns tankar i första hand kretsade kring barnet och hur parets förhållande skulle påverkas av att de fick barn. En tredjedel av männen lyfte fram frågor om föräldraskapet, om mamma- respektive papparollen och om vilka förväntningar man hade på varandra.

I vilken mån föräldrautbildningen ökat föräldrarnas kompetens och därmed utgjort ett stöd till föräldrarna är svårt att säga, då det saknas kontrollerade studier i Sverige. I Norge har man utarbetat ett program för samspel mellan föräldrar och barn som syftar till att stärka föräldrarnas kompetens. Programmet syftar ytterst till att utveckla samspelet mellan föräldrar och barn och har utarbetats vid psykologiska institutionen vid Oslo universitet. I föräldragrupperna handlar det om att tänka efter hur man själv gör som förälder och att diskutera hur ett barn reagerar som får, alternativt inte får, detta bemötande. Avsikten är att aktivera föräldrarna och få dem att fundera över och sätta ord på vad som är ett bra samspel. Vid en utvärdering av metoden kunde man se att föräldrar som deltagit i sammanlagt sex gruppträffar och enskilda samtal visade mer positiva känslor mot barnet, belönade och bekräftade barnet mer, kommunicerade mer med barnet och följde barnets initiativ i större utsträckning än föräldrarna i kontrollgruppen gjorde (Hundeide 1996).

Som ett komplement till föräldragrupper som vänder sig till alla föräldrar finns även exempel på riktade föräldragrupper. Sådana föräldragrupper med en för ändamålet anpassad inriktning förekommer på många håll i landet. Det kan handla om föräldragrupper för ensamstående föräldrar, tvillingföräldrar, tonårsföräldrar eller flyktingföräldrar. Föräldrar som nyligen varit med om en svår förlossning och adoptivföräldrar har t ex i Stockholm erbjudits att delta i samlingsgrupper.

## Öppen förskola

Den öppna förskolan vänder sig till alla föräldrar med förskolebarn men utnyttjas mest av föräldrar som är hemma med spädbarn och småbarn under sin föräldraledighet. Under första hälften av 90-talet då arbetslösheten i Sverige ökade, besökte även arbetslösa föräldrar med äldre förskolebarn den öppna förskolan. De första öppna förskolorna startade redan i slutet av 60-talet.

Verksamheten är gratis och kan besökas när föräldern så önskar. Den erbjuder en mötesplats där föräldrar kan träffas tillsammans med sina barn, lära känna varandra, utbyta





erfarenheter, ha roligt tillsammans och också få stöd i sitt föräldraskap. Även om anställd personal (förskollärare, socialarbetare m fl) leder verksamheten, uppmuntras föräldrarna till egna initiativ. Den öppna förskolan har blivit mycket populär och numera finns omkring 800 öppna förskolor i Sverige.

Ett projekt med öppen förskola, Flekis, som startade 1978 i Göteborg, har redovisats i ett av EU finansierat projekt, "Mental Health Promotion for Children up to 6 years" (1999). Utvärderingar har visat att föräldrarna i högsta grad uppskattade verksamheten och att personalens insats, liksom deras tillgänglighet och förskolans öppettider, var avgörande. Ju mer samarbete man hade med barnhälsovården, desto fler föräldrar deltog. Detta gällde särskilt för familjer med psykosociala problem.

### Familjecentraler

En strävan att samordna stödet till barnfamiljerna har under de senaste åren lett till ett mer familjecentrerat arbete. På flera håll i landet har mödra- och barnhälsovården, den öppna förskolan och socialtjänsten fördjupat sin samverkan i så kallade familjecentraler. Detta innebär inte enbart en samlokalisering av verksamheterna utan framför allt en möjlighet till omfattande samarbetsformer. Familjecentraler är särskilt betydelsefulla i områden där det bor många barnfamiljer med stora och sammansatta behov på grund av socioekonomiska svårigheter eller annan utsatthet. Ett lättillgängligt stöd kan då vara avgörande.

## Riktade insatser

Riktade förebyggande insatser bygger på att de spädbarn med familjer som löper risk att utveckla psykisk ohälsa uppmärksammas så tidigt som möjligt. Detta kräver kunskap och erfarenhet hos dem som möter spädbarnsfamiljerna. Det kräver också lyhördhet och beredskap att rätt tolka det man ser, något som underlättas om man har tillgång till regelbunden psykologkonsultation.

Hur stort är behovet av riktade insatser under spädbarnstiden? En kartläggning i flera stadsdelar i Göteborg visade att tre till sex procent av alla familjer hade behov av individuella stödinsatser under graviditeten och barnets första 18 månader (Rydén 1997). Antalet kvinnor och män som registrerats som nybesök inom öppen- och slutenvårdspsykiatri var 1,3 procent. Sex procent av spädbarnsfamiljerna hade kontakt med BVC-psykolog, och för hälften av familjerna hade kontakten startat redan under graviditeten. Siffrorna stämmer väl överens med det faktum att BVC-sjuksköterskorna bedömde att det fanns samspelssvårigheter i 3,5 procent av alla spädbarnsfamiljer. Av samtliga spädbarn i undersökningen ansågs 6,6 procent vara i behov av utredning eller av bistånd inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. I nästan hälften av dessa spädbarnsfamiljer gjordes bedömningen att föräldrarna hade svårigheter med anknytningen till barnet. Behovet av en särskild spädbarnsverksamhet inom varje primärvårdsområde underströks kraftigt.

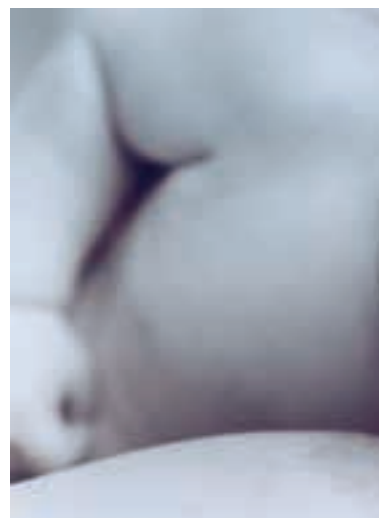
## Behandling av sömn- och uppfödningssproblem

Flera svenska undersökningar som visar att en relativt stor andel (10–20 procent) av alla föräldrar upplever problem med barnens sömn, uppfödning och sätt att vara under de två första levnadsåren (Magnusson & Sundelin 2001) har nyligen publicerats.

Redan tidigare visade Lindberg (1994) att en fjärdedel av alla spädbarn har uppfödningssproblem under det första halvåret (främst kolik) och att dessa problem, men då mestadels i form av matvägran, finns kvar hos vart tionde barn även efter sex månaders ålder.

I en omfattande undersökning uppgav 16 procent av för-

äldrarna att deras barn (som var mellan 6 och 18 månader gamla) hade stora svårigheter att somna och 30 procent att barnet ofta vaknade på natten (Thunström, 1999 a). Nästan alla föräldrar (93 procent) hade sökt hjälp på barnavårdscentralen, men knappt hälften var nöjda med den hjälp de fått. Drygt sex procent av barnen hade svåra sömnproblem och dessa var relaterade till föräldrarnas stress och oro för barnets hälsa (trots att det rörde sig om friska barn) samt till uppfödningssproblem. En bakomliggande faktor tycktes vara en allmän osäkerhet i föräldrarollen. De familjer där barnen hade mycket svåra och långvariga sömnproblem (två procent) hade i större utsträckning än andra familjer psykosociala problem, hälsoproblem samt utmattning och depression hos mamman (Thunström, 1999 b). Barnen kännetecknades av ett "besvärligt" temperament, hög grad av aktivitet och problem i sitt sätt att vara (se regulatory disorders). Trots stora problem hade dessa föräldrar i mindre utsträckning än andra föräldrar sökt hjälp på barnavårdscentralen eller hos barnläkare. Ett behandlingsprogram som innebar ett tvärfackligt engagemang och som tog hänsyn till hela familjens situation visade goda resultat, både på kort och på lång sikt. De goda resultaten "höll i sig" även två och ett halvt år efter insatsen (Thunström 2000).



I en nyligen genomförd undersökning har en individuellt upplagt intervention/insats av BVC-sjuksköterska och psykolog visat sig kunna minska föräldrars stress. Föräldrastressen var relaterad till uppfödningssproblem, mat- och sömnproblem hos barnet. Känslan av att inte räcka till som förälder liksom känslan av begränsad rörelsefrihet och den sociala isoleringen minskade och parrelationen förbättrades, medan oron över hälsoproblemen kvarstod (Östberg & Hagekull, opublicerat manuskript).

De slutsatser man kan dra är följande: Dessa familjer behöver råd och stöd från barnavårdscentralen men också

tillgång till konsult hjälp (t ex barnläkare och barnpsykolog) när problemen är alltför sammansatta och svåra att lösa. I allvarliga fall är en spädbarnsenhet, ett slags ”special-BVC” med särskild kompetens och erfarenhet av spädbarn, nödvändig, inte minst för att undvika att barnet ska behöva läggas in på barnklinik.

## Samspelsbehandling

Går det att påverka samspelet mellan barn och föräldrar under spädbarnstiden och därigenom förhindra att en otrygg anknytningsrelation utvecklas? Vilka insatser kan göras och när? Att skilja förebyggande insatser och behandlingsinsatser



från varandra är inte enkelt, eftersom alla insatser under spädbarnstiden kan betraktas som mer eller mindre förebyggande. De förebyggande insatserna, som helst bör påbörjas under barnets första halvår eller före ettårsåldern, syftar i allmänhet till att förbättra förälderns lyhördhet och fokuserar ofta direkt på hur han/hon beter sig i specifika situationer. Behandlingsinsatserna kommer in först senare då barnet redan utvecklat en otrygg anknytning till föräldern och börjat visa tecken på beteende- eller kontaktstörning. Flera

olika, såväl psykodynamiska som beteendeariktade behandlingsmetoder och teorier, finns beskrivna i arbetet med spädbarnsfamiljer (Stern 1995).

Några av de institut som arbetar med psykoterapi för föräldrar och barn, dvs i sammanhang där relationen mellan förälder och barn är allvarligt störd, är knutna till universitetskliniker.

I San Francisco startade Fraiberg redan år 1979 ”The Infant-Parent Program” (Pawl & Lieberman 1997). Ett annat program är STEEP (Steps toward Effective Enjoyable Parenting) och är ett behandlingsprogram som vänder sig till sk högriskmammor och deras spädbarn (Erickson m fl 1992).

”Watch, Wait & Wonder” är en metod som utvecklats i

Toronto av Muir och medarbetare (1992) och som i korthet går ut på att mammorna lär sig att uppmärksamma barnets spontana aktivitet. Interventionen kräver att mamman finns på golvet tillsammans med spädbarnet och iakttar och följer barnet i allt det gör samt svarar på barnets initiativ utan att själv initiera någon aktivitet. Metoden har jämförts med mer traditionell psykodynamisk mor-spädbarns-behandling (Cohen m fl 1999). I denna studie erhöll 67 mödrar och deras spädbarn (10 till 30 månader gamla) behandling vid i medeltal 15 tillfällen, ett tillfälle per vecka. Utvärderingen skedde direkt efter avslutad behandling och sex månader senare. Båda metoderna var effektiva när det gällde att minska föräldrarnas stress och att utveckla barnens förmåga att reglera känslomässigt beteende. Mödrarna i "Watch, Wait & Wonder"-gruppen rapporterade emellertid i högre grad att de kände sig tillfreds och effektiva i sin föräldraroll, och de psykologiska problemen minskade i högre grad efter behandlingen, jämfört med mödrarna i den traditionella behandlingsgruppen. Barnen i den förra gruppen visade dessutom bättre kognitiv utveckling och emotionell regleringsförmåga än barnen i den traditionella behandlingsgruppen. De slutsatser man drog var att det var verksamt att mödrarna hade nära fysisk kontakt med sitt barn, att de följde barnets initiativ till lek och att de fick göra sina upptäckter själva i stället för att terapeuten tilläts styra eller tolka. Genom att barnet själv kunde initiera samspelet med sin mamma tycktes dess känsla av kompetens öka och även förmågan att bättre reglera/styra sitt beteende och sina känslor.

De positiva resultaten kvarstod sex månader efter avslutad behandling. Men vid uppföljningen hade mödrar och barn i den mer traditionella behandlingsgruppen kommit ikapp, dvs det förelåg inga skillnader mellan de båda grupperna. Även om båda metoderna var effektiva, tycktes man med Watch, Wait & Wonder-metoden snabbare nå positiva behandlingsresultat, vilket i ett anknytningsperspektiv kan vara värdefullt för barnet.

I Sverige har spädbarnsverksamheter, som utgör en "melanvårdsform" för spädbarnsföräldrar, under de senaste åren startat på många håll. För spädbarnsfamiljerna är emellertid

tillgången till behandling mycket ojämnt fördelad. I Skåne är cirka fem procent av alla spädbarnsfamiljer i kontakt med spädbarnsverksamheter, medan motsvarande siffra i Stockholm är 0,5 procent (Kornfält 2000).

Föregångare när det gäller metodutveckling har varit Viktoriagården i Malmö, vars verksamhet utvärderats (Berg Brodén 1992) och beskrivits av Berg Brodén (1989).

Gryningen i Karlskoga och Maskan i Stockholm är andra spädbarnsverksamheter där kontinuerlig metodutveckling bedrivits. De flesta spädbarnsverksamheter är inriktade på samspelsbehandling, och flera av dem använder sig av en videobaserad teknik, den så kallade Marte Meo-metoden (se Hedenbro & Wirtberg 2000). Det finns ett behov av kontrollerade studier för att utvärdera behandlingseffekten av de olika metoder som används.

### Att förbättra anknytningen

Antalet välgjorda, kontrollerade studier av interventioner baserade på anknytningsteori är ännu relativt få. En metaanalys av tolv kontrollerade studier av 869 mamma-barn-par har publicerats av van Ijzendoorn och hans medarbetare (1995). Man fann att interventioner som var inriktade på samspelet mellan mamman och barnet var effektiva när det gällde att göra mammorna mer lyhörda för barnets signaler och få dem att svara på dessa signaler på ett för barnet förutsägbart sätt. Effekten var mindre, men statistiskt säkerställd, vad avsåg barnets anknytning till föräldern. De barn vars mammor varit föremål för intervention utvecklade en trygg anknytning i högre grad än barnen i kontrollgruppen. Interventionerna gjordes under andra halvan av barnets första levnadsår. Majoriteten av de studier som ingick i metaanalysen avsåg mammor som visade bristande lyhördhet utan att för den skull uppvisa allvarliga omsorgsbrister.

En av de studier som ingick i metaanalysen, och som uppmärksammats mycket, rörde 100 mammor från socialt utsatta familjer med spädbarn som var temperamentsmässigt mycket besvärliga. Då barnen var mellan sex och nio månader gamla, fick mammorna vid tre hembesök hjälp med att dels uppmärksamma, dels svara på barnets signaler, framför allt gråt och

tecken på oro. Mammorna som deltagit i behandlingen visade sig vara mer lyhörda än de mammor som inte deltagit. Behandlingen påverkade också anknytningen positivt. Knappt 70 procent av barnen till de ”behandlade” mammorna hade vid tolv månaders ålder en trygg anknytning, medan motsvarande siffra för barnen till mammorna i kontrollgruppen var knappt 30 procent. Drygt hälften av barnen i kontrollgruppen, dvs barnen till de icke behandlade mammorna, hade en undvikande anknytning (van Den Boom 1994).

Det bör emellertid betonas att även små effekter kan ha betydelse, sett ur ett folkhälsoperspektiv. Det saknas ännu så länge långtidsuppföljningar som visar om effekterna står sig över tid eller om skillnaderna mellan experiment- och kontrollgrupper så småningom utjämnas. De resultat man hittills fått ger stöd för antagandet att korttidsinterventioner som har ett klart fokus är mer effektiva än längre och mer allmänna insatser (Broberg 2000).

### Stöd till mammor med depression post partum

Trots det stora antalet studier inom området finns det förvånansvärt lite forskning som rör behandling av depression post partum. Under 90-talet har endast sex randomiserade, kontrollerade behandlingsstudier publicerats (Cooper & Murray 1998). I den enda kontrollerade studie som hittills utvärderat effekten av antidepressiv medicinering av depression post partum, fann man att medicinering respektive stödjande samtal gav lika goda behandlingsresultat (Appleby m fl 1997). Anmärkningsvärt nog erhöll man inte någon förbättrad effekt i de fall där de två metoderna (medicin och samtal) kombinerades. Ett mer än femtioprocentigt bortfall gör det emellertid svårt att dra några säkra slutsatser av denna studie.

Östrogenbehandling har i en uppmärksammas placebo-kontrollerad studie visat goda resultat för en grupp kvinnor med djup och långvarig depression post partum som ej förbättrats av antidepressiv medicinering. Det saknas emellertid populationsbaserade studier kring effekten av östrogentillskott för kvinnor med lättare och kortvariga depressionsepisoder (Gregoire m fl 1996).

När det gäller psykologisk behandling har tre kontrollerade studier, varav två i England (Holden m fl 1989; Cooper & Murray 1997) och en i Sverige (Wickberg & Hwang 1996), utvärderat effekten av en stödjande samtalsbehandling ("counselling"), som erbjöds av barnvårdscentralens (BVC) sjuksköterska. Metoden innebär i korthet att sjuksköterskan inte ger råd utan har ett lyssnande förhållningssätt och att mamman är i fokus i stället för barnet. Samtliga tre studier visade att denna metod var effektiv som intervention för dem som inte behövde specialisthjälp (se Wickberg & Hwang, 2001, för en litteraturgenomgång).

I den svenska studien erbjöds en grupp mammor med depressionstecken sex stödjande samtal, ett i veckan, av sin BVC-sjuksköterska. Kontrollgruppens mammor gavs det ordinarie besöksprogrammet på BVC. Kvinnorna som erbjöds stödsamtal "tillfrisknade" i högre grad än de kvinnor som inte fick sådana samtal. Åttio procent av kvinnorna i behandlingsgruppen som hade en klinisk depression (enligt diagnossystemet DSM-III-R) förbättrades jämfört med 25 procent av de deprimerade kvinnorna i kontrollgruppen. De 17 BVC-sjuksköterskorna som medverkade i studien gavs fyra halvdagars fortbildning i metodiken för stödjande samtal samt möjlighet till regelbunden handledning.

I den engelska studien (Cooper & Murray 1997) jämfördes tre grupper med kvinnor som behandlades med någon av de psykologiska behandlingsmetoderna kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk korttidsterapi och stödjande samtal med en kontrollgrupp som endast fick göra rutinbesök. Resultaten visade att graden av tillfrisknande i samtliga tre behandlingsgrupper förbättrades signifikant, oberoende av behandlingstyp, jämfört med kontrollgruppen. Positiva behandlingsresultat har också rapporterats från en studie i USA, där kvinnor som var deprimerade post partum erbjöds sk interpersonell psykoterapi, dvs en korttidsbehandling som är inriktad på relationsproblem och som tidigare visat sig framgångsrik vid depressionsbehandling.

Psykologisk behandling har visat positiv effekt inte bara på mammans depression utan också på kvalitén i mor-barnrelationen. I en longitudinell studie fann man en koppling



mellan en snabb förbättring av mammans depression post partum och barnets anknytningsrelation (Cooper & Murray 1997). Färre barn hade en osäker anknytning vid 18 månaders ålder. Mammorna uppgav dessutom färre problem med barnen (mat-, sömn- och skrikproblem) såväl vid behandlingstidens slut, dvs fyra till fem månader post partum, som vid en uppföljning 18 månader post partum.

En annan typ av behandling som visat sig förbättra morbarn-relationen är babymassage. I en nyligen publicerad engelsk undersökning randomiserades deprimerade mammor till antingen babymassagegrupp och stödgrupp eller till enbart stödgrupp. I den förstnämnda gruppen förbättrades samspelet mellan mamma och barn (efter fem gruppträffar med träning i babymassage) vilket inte skedde i kontrollgruppen. Däremot förbättrades mammans stämningsläge i båda grupperna. Man vet dock inte om effekten kvarstod på längre sikt (Onozawa m fl 2001).

Under de senaste åren har åtminstone en tredjedel av landstingen i Sverige introducerat en enkel självskattningsskala (EPDS, se avsnittet om föräldraskapet) inom barnhälsovården för att lättare kunna uppmärksamma mammor med depressionstecken (Kornfält 2000). I Skaraborg har två FOU-projekt avslutats, där både screening med EPDS samt stödjande samtal av BVC-sjuksköterskan (Oscarson 2000; Påhlsson 2000) prövats inom den ordinarie barnhälsovårdsverksamheten. Samtalsstöd har givits av BVC-sjuksköterska och stödjande terapi av BVC-psykolog. Verksamheten har uppskattats av kvinnorna som deltog i studien. Samtliga BVC-sjuksköterskor ansåg att stödjande samtal bör ingå i BVC-sjuksköterskans arbete. Projekten har inneburit ett förändrat arbetssätt inom barnhälsovården.

I Uppsala län har mödra- och barnhälsovårdpsykologerna genomfört en undersökning där 18 BVC-sjuksköterskor och 378 mammor deltagit. Mödrarna mådde bättre efter stödsamtalen och uttryckte också att det kändes viktigt att de blev uppmärksammade, att någon brydde sig om hur de mådde och att fokus inte bara låg på barnet (Primärvården i Uppsala läns landsting 2000). Även här var sköterskorna positiva till projektet men efterlyste mer träning i den speciella samtalsmetoden samt mer frekvent handledning av psykolog.

## Stöd till för tidigt födda barn och deras föräldrar

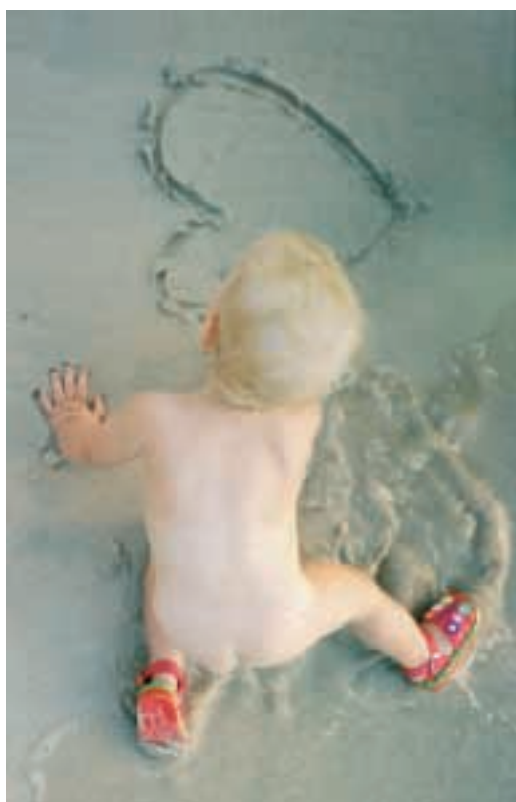
Inom den svenska neonatalvården har man infört en rad åtgärder som på olika sätt syftar till att underlätta för det för tidigt födda barnet. NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) har utarbetats i USA (Als m fl 1994) och är både ett instrument för att bedöma barns mognad och ett omvårdnadsprogram. Detta innebär att vården anpassas efter varje barns mognad och individuella behov. Svenska uppföljningsstudier i Falun och Stockholm har utvärderat effekterna av NIDCAP-vård. Studierna visade att NIDCAP-vårdade barn hade kortare vårdtider, färre beteendeproblem och bättre samspel med mamman vid tre års ålder jämfört med en kontrollgrupp bestående av fullgångna barn. Dessutom ansåg personalen att barnens välbefinnande hade påverkats positivt och att föräldrarnas medverkan i vården hade ökat (Stjernqvist 1999).

Flera internationella studier (Rauh m fl 1988; Achenbach m fl 1993) har visat goda resultat vad gäller stödinsatser till mamma och barn, både på neonatalavdelning och i hemmet genom regelbundna hembesök av en sjuksköterska.

För att förbättra eftervården för de för tidigt födda barnen startade man i Lund en särskild, tvärfacklig neonatal uppföljningsmottagning för dessa och andra riskbarn. Syftet var att tidigt identifiera barn med neurologiska skador, att ge stöd och råd till föräldrar samt BVC-personal, att identifiera svårigheter i samspelet (anknytningen) mellan föräldrar och barn samt att följa barnens utveckling under förskoleåren. Mottagningen har visat sig vara mycket uppskattad av majoriteten av föräldrarna (Stjernqvist, 1999). På universitetssjukhusen i Lund och Malmö pågår också en interventionsstudie, där föräldrar till barn födda före 33:e graviditetsveckan erbjuds en omfattande intervention. Interventionen består dels av en psykologintervention vid tre tillfällen, dels av en sjuksköterskeintervention vid fyra tillfällen på sjukhuset samt elva hembesök under de första sex månaderna efter utskrivningen. På flera håll i landet erbjuds föräldrar till för tidigt födda barn stöd utöver det som barnavårdscentralen kan erbjuda. I Helsingborg erbjuds ett eller flera besök av ett hembesöksteam, som består av personal från sjukhusets neonatalavdelning

med stor erfarenhet av för tidigt födda barns utveckling och speciella särdrag.

En omfattande svensk undersökning erbjöd mammor till en grupp för tidigt födda barn (vecka 29–34) intervention en gång i veckan under fyra veckor (Nordström-Erlandsson 1996). Syftet var bl a att förbättra samspelet mellan mamma och barn och därigenom öka mammans självförtroende. Omfattande utvärderingar som gjordes 2, 6 och 18 månader efter förlossningen visade emellertid inte på några skillnader mellan de mammor som fått extra besök och dem, som inte erbjöds några sådana extra besök. En tänkbar orsak till de uteblivna effekterna är att interventionen var för kort, en annan kan vara att den gav effekt först långt senare.



## Förslag till åtgärder

I arbetet för att förhindra psykisk ohälsa hos spädbarn kan åtgärderna ha flera olika inriktningar. Nedan följer förslag på några sådana inriktningar:

- fokus på hela familjen
- fokus på riskfaktorer och skyddande faktorer i kombination
- förebyggande psykosociala program
- specialistkompetens och tvärfackliga spädbarnsteam

### Fokus på hela familjen

Modellen som består av de tre delarna barnet, föräldraskapet och parrelationen, och som den här rapporten helt och hållet bygger på, visar att man inte kan uppfatta dessa tre delar som oberoende av varandra utan som direkt och indirekt sammanhängande. Modellen visar också hur stöd och andra insatser på olika nivåer (generell och riktad) kan utformas till spädbarn och spädbarnsfamiljer.

En konsekvens av modellen är att man i arbetet för spädbarns psykiska hälsa bör lägga fokus på hela familjen, inte på barnets specifika problem. Ett exempel på detta är ett föräldrautbildningsprogram som har utvecklats i Värmland (Carlsson 1998; Stålfors 1998). Programmet utgår ifrån föräldraskapet, parrelationen och föräldrarnas egen medverkan. Syftet är lära ut konfliktlösning och kommunikation, stimulera till diskussioner och utbyte av erfarenheter. Föräldrarna får en skrift med olika frågeställningar med sig hem för att diskutera sinsemellan och med andra föräldrar i föräldragruppen. Exempel på frågeställningar som tas upp är, att förstå varandras språk, (den sexuella) lusten, att dela föräldraledighet, föräldraledighet och karriär, pappans roll, arbetslöshet, relationen till mor- och farföräldrar, rökning och alkohol.

Ett annat exempel på att fokus bör läggas på hela familjen visar en undersökning av föräldrastress hos föräldrar som sökte hjälp för sina spädbarn på en special-BVC. Mammorna visade genomgående mer tecken på föräldrastress än papporna, men man fann också att mammans och pappans stressnivå (inom samma familj) var klart relaterade till varandra och

även till familjens psykosociala situation.

Vid ett interventionsprogram som syftar till att minska stress i föräldrarollen bör fokus således vara på hela familjesituationen, inte specifikt på barnets problem. Vidare bör pappan involveras mer i behandlingen och ses som en resurs när det gäller att ta hand om barnet (Östberg 1998).

### Fokus på riskfaktorer och skyddsfaktorer i kombination

Genomgående i rapporten har ett antal risk- respektive skyddsfaktorer för spädbarnets psykiska hälsa identifierats. En slutsats är att det sällan går att urskilja enskilda riskfaktorer som i sig själva är tillräckliga för att förklara varför utvecklingen ”gått snett”. Så kallade linjära samband, dvs samband där en tydlig orsak–verkan kan ses, är med andra ord sällsynta, som t ex i en depression post partum hos modern. Utifrån ett linjärt tänkande kan depression hos modern ge upphov till problem hos spädbarnet, t ex i form av en depression. Den typen av samband är emellertid mycket ovanlig. Betydligt vanligare är i stället att moderns depression påverkar barnet på ett mer indirekt sätt, t ex föranleder en otrygg känslomässig anknytning hos barnet, problem i barnets relationer till andra människor och kognitiva svårigheter, vilka i sin tur kan ge upphov till ytterligare problem för barnet.

Dessutom uppträder ofta flera riskfaktorer (biologiska, psykologiska och sociala) samtidigt, direkt eller indirekt beroende av varandra. Exempel på detta är att barn som växer upp i ekonomiskt utsatta miljöer också oftare har föräldrar med psykiatriska problem. I de flesta länder riskerar de även att få sämre prenatal vård, mindre näringsrik kost, sämre kvalitet på barnomsorg och skola, etc.

Det är de sammanlagda risk- och skyddsfaktorerna och växelverkan dem emellan – snarare än en enskild faktor – som bäst förutsäger ett spädbarns utveckling. Detta är viktigt att hålla i minnet när förebyggande arbete av olika slag diskuteras.

Det räcker inte att en riskfaktor uppmärksammas, fokus måste ligga på den samlade bilden av risk- respektive skyddsfaktorer och samverkan dem emellan.

## Förebyggande psykosociala program

Det psykosociala arbetet inom hälsovården ofta är oklart definierat. Brist på strukturerade och väldokumenterade metoder för tidig upptäckt och intervention gör att insatserna kan se mycket olika ut. Vilka blivande och nyblivna föräldrar och barn som erbjuds kontakt beror på områdets socio-ekonomiska struktur men också på den enskilda barnmorskans/distriktsköterskans arbetssituation, kunskap och intresse. Det finns också olikheter i hur denna typ av arbete



dokumenteras och därmed risk för att det psykosociala arbetet förblir ”osynligt” (Wickberg 1997).

För att få klarare riktlinjer för det förebyggande arbetet inom mödra- och barnhälsovården bör särskilda program utarbetas i landstingen. Ett exempel på detta är ett psykosocialt program som används sedan flera år i Göteborg och Södra Bohuslän (Rydén & Wickberg 1997). Det är ett komplement till det medicinska programmet och syftar till att uppmärksamma de kvinnor som visat sig ha behov av ett mer omfattande (riktat) psykologiskt stöd eller av behandling under graviditeten. Det psykologiska basprogrammet innebär att barnmorskan samtalar med alla blivande föräldrar kring faktorer som man vet kan innebära risk för psykisk ohälsa under graviditeten eller efter förlossningen (Raphael-Leff 1991). Sådana faktorer kan vara stark oro, ofta kanali-

serad till förlösningssrädsla, traumatiska händelser i samband med graviditeten, en konfliktfylld graviditet med stark ambivalens eller problem i parrelationen. Barnmorskan försöker också få en bild av tidigare psykisk ohälsa, sammanlagd stressbelastning, förmåga att hantera stress och vilket eventuellt stöd familjen har. Detta för att tillsammans med föräldrarna bättre kunna planera deras fortsatta kontakt under graviditeten. Basprogrammet förutsätter att det ska inskrivningssamtalet, som ligger till grund för såväl den medicinska som den psykosociala hälsoplaneringen, utökas till två besök för förstagångsföräldrar. De blivande föräldrarna får på detta sätt mer tid att lära känna barnmorskan, och de får en möjlighet att fördjupa samtalen.

### Specialistkompetens och tvärfackliga spädbarnsteam

Den snabbt ökande kunskapen kring spädbarns och spädbarnsfamiljers psykiska hälsa har gjort det allt tydligare att specialistresurser behövs för att komplettera de basverksamheter som finns. Ett tecken på detta är de många spädbarnsverksamheter, inriktade på behandling av samspelsproblem, som vuxit fram under senare år. Många av dessa verksamheter är inriktade mot ”lättare” problem, och personalgruppen består ofta av förskollärare och sjuksköterska, ibland utökad med en socionom- eller psykologresurs. Andra är inriktade mot mera allvarligt störda föräldra-barn-relationer. I dagsläget bedrivs dessa verksamheter i regi av barnpsykiatri eller barnhälsovård och i en del fall i socialtjänstens regi. Dessa verksamheter är viktiga och behöver utvecklas och utvärderas. Även frågan om organisatorisk tillhörighet och samarbetspartners behovs belysas (MFR 1999).

För att bättre hjälpa dessa familjer och för att uppnå en helhetssyn, bör tidigare uppdelade verksamheter samlas i en tvärfacklig enhet som vänder sig till hela spädbarnsfamiljen. Kompetens från såväl vuxen- som barnområdet och socialt arbete behöver finnas representerade i en sådan enhet. Vuxenpsykiater, barnläkare, barnpsykolog och psykoterapeut kompetens bör ingå liksom socionom med särskild erfarenhet av föräldrars omsorgssvikt. De relativt få, men klart definierade och allvarligt drabbade, familjer med t ex långva-

rig psykisk sjukdom eller svår psykosocial problematik (Sydsjö m fl 1995) kräver förvisso spjutspetskompetens för att få rätt behandlingsinsatser. I det här sammanhanget är det uppenbart att svensk hälso- och sjukvård visserligen ”bygger från grunden”, dvs utgår från basverksamheterna, men också att den ofta saknar specialistresurser för behandling av spädbarnsfamiljer. I andra länder, t ex England, tycks förhållandena vara de omvända, dvs man utgår från specialistverksamheterna. I London finns en tvärfacklig forsknings- och behandlingsenhet vid Institute of Psychiatry med en professur inom perinatalpsykiatri och det finns också särskilda sk mother-baby-units, knutna till de psykiatriska klinikerna. En förklaring till att det i vårdkedjan saknas ett led där spädbarnsfamiljerna med psykisk ohälsa kan tas om hand är just att den uppdelning, som av tradition gjorts mellan barn- och vuxenverksamheter, alltså kvarstår. Ofta är det ”långt” emellan dessa verksamheter, och de upplevs som svårtillgängliga för spädbarnsfamiljerna, som ofta behöver stöd på flera olika nivåer.

Det råder enighet om att man inom mödra- och barnhälsovården och barnomsorgen oftast vet vilka familjerna är som behöver hjälp. Svårigheten ligger i att remittera vidare till barnpsykiatri (som sällan arbetar med spädbarnsfamiljer), vuxenpsykiatri och/eller socialtjänsten.

När det gäller spädbarn skulle en central enhet, ett slags special-BVC, med tvärfacklig spädbarnskompetens för diagnostik, behandling och konsultation kunna förstärka mödra- och barnavårdscentralerna. Den skulle utgöra en viktig länk mellan basverksamheterna och de behandlande spädbarnsverksamheterna. En sådan enhet skulle också ha ansvar för att samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten fungerade och hölls levande.

Ett förslag från Stockholms södra sjukvårdsområde (1998) visar hur en tydlig vårdkedja för spädbarns- och småbarnsfamiljer i behov av särskilt stöd skulle kunna se ut. De länkar som ingår är följande: (1) mödra- och barnhälsovård, (2) familjecentraler, (3) lokala tvärprofessionella spädbarns- och småbarnsteam med möjlighet till flexibel dagbehandlingsverksamhet och (4) dagbehandlingsverksamhet för familjer med ”svårare problematik” och i behov av samspelebehandling.



# Referenser

- Achenbach TM., Howell CT., Aoki MF. & Rauh VA. (1993) Nine-year outcome of the Vermont intervention program for Low Birth Weight infants. *Pediatrics*, 91, (1), 45-55.
- Ainsworth M., Blehar M., Waters E. & Wall S. (1978) *Patterns of attachment*. Hillsdale: Erlbaum.
- Alpern L. & Lyons-Ruth K. (1993) Preschool children at social risk: Chronicity and timing of maternal depressive symptoms and child behavior at school and home. *Development and psychopathology*, 5, 371-87.
- Als H., Lawhon G., Duffy FH., McAnulty GB. Gibes-Grossman R. & Blickman JG. (1994) Individualized developmental care for the Very Low Birth Weight preterm infant. *Journal of American Medical Association*, 272, 853-8.
- Andersson K. (1999) *Reactions to novelties: Developmental aspects*. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet.
- Antonovsky A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Appleby L. Warner R. Whitton A. & Faragher B. (1997) A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 314, 932-6.
- Ballard CG. Davis R. Cullen PC. Mohan RN. & Dean C. (1994) Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164, 782-8.
- Belsky J. (1981). Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology*, 17, 3-23.
- Berg Brodén M. (1989) *Mor och barn i ingenmansland. Intervention under spädbarnsperioden*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Berg Brodén M. (1992) *Psyko-terapeutiska interventioner under spädbarnsperioden. Det empiriska underlaget för boken "Mor och barn i ingenmansland"*. Doktorsavhandling, Lunds Universitet.
- Bernhardt E. (2000a) Att skaffa barn på 2000-talet: Vad påverkar viljan att bli förälder? *Framtider*, 4-7.
- Bernhardt E. (2000 b) *Unga vuxnas syn på familj och arbete: rapport från en enkätundersökning*. Centrum för kvinnoforskning, Stockholms Universitet. ISBN 91-87792-19-2.
- Bohlin G., Hagekull B. & Rydell A.M. (2000) Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, 9, 24-39.
- Bowlby J. (1969) *Attachment and Loss, Vol.1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Boyce P. (1994) Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In: J.Cox & J. Holden (red.) *Perinatal Psychiatry*. London: Gaskell.
- Brazelton T.B. & Nugent K. (1995) *Neonatal behavioural assessment scale. Tredje upplagan*. Clinics in Developmental Medicine No 137. London: The Spastics Society.
- Broberg A. (2000) Belägg för betydelsen av det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn. *Läkartidningen*, 97 (25), 3068-70.
- Brown GW. & Harris T. (1978) *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Bågedahl-Strindlund M. & Monssen-Börjesson K. (1998) Postnatal depression; a hidden illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 272-5.
- Bäck-Wiklund M. & Bergsten B. (1997) *Det moderna föräldraskapet: en studie av familj och kön i förändring*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carlsson K. (1998) *Så små frön. Idéer, tankar och erfarenheter runt föräldrautbildning*. Karlstad: Landstinget i Värmland och Värmlands läns allmänna försäkringskassa.
- Carter AS., Garrity-Rokous E., Chazan-Cohen R., Little C. & Briggs-Gowan MJ. (2001) Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 18-25.
- Chess S., Thomas A. & Birch H.G. (1966) *Ditt barn är en personlighet*. Stockholm: Aldus.
- Cohen NJ. Muir E. Lojkasek M. Muir R. Parker CJ. Barwick MB. & Brown M. (1999) Watch, Wait & Wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-51.
- Cohn JF., Matias R., Tronick EZ., Conell D. & Lyons-Ruth D. (1986) Face-to-face

- interactions of depressed mothers and their infants. In: EZ: Tronick & T. Field (red.) *Maternal depression and infant disturbance* (New Directions for Child Development, No 34). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cooper P. & Murray L. (1997) The impact of psychological treatment of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: L. Murray & P. Cooper (red.) *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford.
- Cooper P. & Murray L. (1998) Postnatal depression, clinical review. *British Medical Journal*, 316, 1884-6.
- Cooper P., Campbell EA., Day A., Kennerly LI. & Bond A. (1988) Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806.
- Cowan C. & Cowan P. (1987) Men's involvement in parenthood. Identifying the antecedents and understanding the barriers. In: PW. Berman & FA. Pedersen (red.) *Men's transitions to parenthood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cox JL., Holden JM. & Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-6.
- Crnici KA., Greenberg MT. (1990) Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61, 1628-37.
- Crnici KA., Greenberg MT., Ragozin AS., Robinson MN. & Basham, RB. (1983) Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development*, 54, 209-17.
- Cummings EM & Davies PT. (1994) *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford Press.
- Cummings EM., Hennesy K., Rabideau G. & Cicchetti D. (1994) Responses of physically abused boys to interadult anger involving their mothers. *Development and Psychopathology*, 6, 31-41.
- Cummings EM. & O'Reilly A. (1997) Fathers in family context: Effects of marital quality on child adjustment. In: ME. Lamb (red.) *The role of the father in child development*. New York: Wiley.
- Davies PT. & Cummings EM. (1994) Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- Davies PT. & Cummings EM. (1998) Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. *Child Development*, 69, 124-139.
- Dawson G., Frey, K., Panagiotides, H., Osterling J. & Hessl D. (1997) Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity. A replication and extension of previous findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 179-186.
- Dawson G., Grofer Klinger L., Panagiotides, H., Hill D. & Spieker S. (1992) Frontal lobe activity and affective behavior in infants of mothers with depressive symptoms. *Child Development*, 63, 725-37.
- Dawson G., Hessl D. & Frey K. (1994) Social influences on early developing biological and behavioral systems related to risk for affective disorders. *Development and Psychopathology*, 6, 759-79.
- Edhborg L., Seimyr L., Lundh W. & Widström AM. (2000) Fussy child - difficult parenthood? Comparisons between families with a "depressed" mother and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 225-38.
- Erel O. & Burman B. (1995) Interrelations of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118, 108-32.
- Erickson MF. Korfmacher J. & Egeland B. (1992) Attachments past and present: implications for the therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Developmental Psychopathology*, 4, 495-507.
- Erikson EH. (1973) *Barnet och samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Field TM. (1994) The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. In: N.A. Fox (red.) *The development of emotion regulation*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 208-27.
- Field TM. (1995) Infants of depressed mothers. *Infant behavior and Development*, 18, 1-13.

- Fonagy P. (1996) *Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy*. Plenary address at the Sixth World Conference of the WAIMH, Tampere, Finland.
- Garnezy N. & Rutter M. (1983) *Stress, coping and development in children*. New York: McGraw-Hill.
- Gotlieb IH., Whiffen VE., Wallace PM. & Mount JH. (1991) Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 122-32.
- Greenspan S. (1992) *Regulatory disorders. Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison, CT: International Universities Press.
- Gregoire AJP., Kumar R., Everitt B., Henderson AF. & Studd JWW. (1996) Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*, 374, 930-3.
- Guedeney, A. (2001) *Infant depression and withdrawal: Clinical Assessment*. Infant Mental Health Journal, under tryckning.
- Hagekull B. & Bohlin G. (1999) Tidiga temperamentsdrag – utveckling och betydelse. I: P. Hwang (red) *Spädbarnets psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Harris B. (1996) Hormonal aspects of postnatal depression. *International Review of Psychiatry*, 8, 27-36.
- Hedenbro M. & Wirtberg I. (2000) Samspelets kraft. *Marte meo – möjlighet till utveckling*. Stockholm: Liber.
- Holden JM., Sagovsky R. & Cox JL. (1989) Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 292, 223-6.
- Holden GW., Stein JD., Ritchie KL., Harris DD. & Jouriles EN. (1998) Parenting behaviors and beliefs of battered women. I: GW. Holden, RA. Geffner & EN. Jouriles (red) *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hossain Z., Field T., Gonzales J. Malphurs J. & Del Valle C. (1994) Infants of "depressed" mothers interact better with their non-depressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 348-56.
- Hundeide K. (1996) *Ledet samspill. Håndbok til ICOPS sensitiviseringsprogram. International Child Development Programs*. Nesbru: Vett & Viten.
- Hwang P. (1999) Den nyfödda familjen. I: P. Hwang (red) *Spädbarnets psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jacobvitz D. & Hazen N. (1999) Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. I: J. Solomon & C. George (red.) *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.
- Juntti M.J. (1992) Use of the Brazelton Neonatal Assessment Scale to educate parents of high-risk infants. *Infant Mental Health Journal*, 3 180-83.
- Kihlbom M., Mattson K. & Ström A. (1994) *Uppgift förälder. Att förstå och stödja föräldraviljandet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kornfält R. (2000) Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. *Acta Paediatrica*, Suppl. 434, Vol. 89, 2-8.
- Krech KH. & Johnston C. (1992) The relationship of depressed mood and life stress to maternal perceptions of child behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 115-122.
- Kumar C., Hipwell AE. & Lawson C. (1994) Prevention of adverse effects of perinatal maternal mental illness on the developing child. I: J. Cox & J. Holden (red) *Perinatal Psychiatry*. London: Gaskell.
- Lagerkrantz E. (1981) *Förstföderskan och hennes barn*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Lamb M.E., Hwang C.P., Frodi A.M. & Frodi M. (1982) Security of mother-and father-infant attachment and stranger sociability of traditional and non-traditional Swedish families. *Infant Behavior and Development*, 5, 355-367.
- Lindberg L. (1994) *Early feeding problems. A developmental perspective*. Doktorsavhandling. Uppsala Universitet.
- Lindsten L. (1987) *Den nyfödda familjen – reaktioner och samspel*. Psykologexamensuppsats, Göteborgs Universitet
- Lyons-Ruth K. & Jacobvitz D. (1999) Attachment disorganization. Unresolved loss. Relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. I: J. Cassidy & P.R. Shaver (red.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Magnusson M & Sundelin C (2001) *Barn och ungdomar i Uppsala län. Ett folkhälsoerspektiv 1976-1996. Barnhälsovården i fokus*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län.
- Mahler M., Pine F. & Bergman A. (1984) *Barnets psykiska födelse. Symbios och individuation*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Matthey S., Narnett B., Ungerer J. & Waters B. (2000) Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85.
- Mental Health Europe (1999) *Mental Health Promotion for Children up to 6 years. Directory of Projects in the European Union*. Bryssel: Mental Health Europe.

- MFR (1999) *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa*. A State of the Art Document. Stockholm: Medicinska Forskningsrådet.
- MHV/BHV psykologerna i Uppsala län (2000) *Identifiering och behandling av postnatal depression*. Kompendiematerial. Primärvården, landstinget i Uppsala län.
- Milgrom J., Martin PR. & Negri LM. (1999) *Treating postnatal depression*. Chichester: Wiley.
- Milgrom J. & McCloud P. (1996) Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12, 177-86.
- Moss E. & St-Laurent D. (1999) Disorganized attachment and developmental risk at school age. I: J. Solomon & C. George (red.) *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press, 169-86.
- Muir E. (1991) Watching, Waiting and Wondering: applying psychoanalytic principles to mother-infant intervention. *Infant Mental Health Journal*, 13, 319-28.
- Nelson C. & Bosquet M. (2000) Neurobiology of Fetal and Infant Development: Implications for Infant Mental Health. I: CH. Zeanah (red.) *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press.
- Nilsson Å. & Almgren PE. (1970) Paranatal emotional adjustment. A prospective investigation of 165 women. *Acta Psychiatrica*, 220, 1-61.
- Nordström-Erlandsson B. (1996) *Risk and resilience during the neonatal period*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet.
- O'Hara MW. & Swain AM. (1996) Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Onozawa K., Glover V. Adams D., Modi N. & Kumar C. (2001) Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63, 201-7.
- Oscarson C. (2000) *När går det över? Att identifiera och behandla nedstämdhet/ depression i samband med barnafödande*. Kompendiematerial. Primärvården, Skaraborg.
- Pawl J. & Lieberman AF. (1997) Infant-parent psychotherapy. I: J. Noshpitz (red.) *Handbook of child and adolescent psychotherapy*. Vol.1. New York: Basic Books.
- Powell G.F. & Bettes B.A. (1992) Infantile depression, non organic failure to thrive, and DSM-III-R: A different perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, (83), 185-198.
- Påhlsson M. (2000) *Identifiering och behandling av postpartum depression. Att utveckla ett psykosocialt arbetssätt hos BVC-sköterskan inom barnhälsovården*. Kompendiematerial. Primärvårdens utvecklingsenhet i Tibro.
- Raphael-Leff J. (1991) *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.
- Rauh VA., Achenbach TM., Nurcombe B., Howell CT. & Teri DM. (1988) Minimizing adverse effects of low birthweight: Four-year results of an early intervention program. *Child Development*, 59, 544-53.
- Rutter M. (1995) Psychological adversity: Risk, resilience and recovery. *South African Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-71.
- Rydén B. (1995) Föräldrargrupp i förändring. Göteborg: Folkhälsosekretariatets skriftserie.
- Rydén B. (1997) *Spädbarn i Göteborg. Kartläggning av behov och möjligheter till hälso- och förebyggande insatser för en god anknytning mellan barn och föräldrar*. Göteborg: Folkhälsosekretariatets skriftserie.
- Rydén B. & Wickberg, B. (1997) *Psykologiska insatser under graviditet och postpartumtid – en metod för mödrhälsovården*. Göteborg: Folkhälsosekretariatets skriftserie.
- Samverkansgruppen för barns och ungdomars hälsa (1998) *Spädbarnsfamiljer och småbarnsfamiljer med behov av särskilt stöd*. Kompendiematerial. Södra Stockholms sjukvårdsområde.
- Siegel D. (1998) The developing mind. Toward a neurobiology of interpersonal experience. *The Signal, WAIMH*, 6, (3-4): 1-28.
- Smith L. & Ulvund SE. (1999) *Spädbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget, Sosialstyrelsen (1981:4) Aråd. *Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården*.
- Socialstyrelsen (1994:19) *Kvalitetssäkring av barnhälsovården*.
- SOU 1997:119 *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet*. Delbetänkande av HSU 2000.
- SOU 1997:161. *Stöd i föräldraskapet*. Betänkande av Utredningen om föräldrabildning.
- SOU 1998:31. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén.
- Speltz M.L., DeKlyen M. & Greenberg M.T. (1999) Attachment in boys with early onset conduct problems. *Developmental Psychopathology*, 11, 269-85.
- Spitz R.A. (1946) Anaclitic depression. *Psychoanalytical Study of the Child*, 2, 313-41.
- Sroufe L.A. (1995) *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Statistiska Centralbyrån (1999) *Barnfamiljer 1997*. Demografisk rapport. Stockholm: SCB.
- Stern D. (1991) *Spädbarnets interpersonella värld*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stern D. (1995) *Moderskapskonstellationen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stjernqvist K. (1999) *Född för tidigt*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stjernqvist K. & Svenningsen N.W. (1999) Ten-year follow-up of children born before 29 gestational weeks: health, cognitive development, behaviour and school achievement. *Acta Paediatrica*, 88: 557-62.
- Stålfors G. (1998) *Föräldrar för livet. I väntan på ditt nya barn – ett diskussionsmaterial*. Landstinget i Värmland och Värmlands läns allmänna försäkringskassa.
- Sundelin C. & Håkansson A. (2000) The importance of the Child Health Services to the health of children. Summary of the state-of-the-art document from the Sigtuna conference on Child Health Services with a view to the future. *Acta Paediatrica*, Suppl. 434, Vol. 89, 76-79.
- Sydsjö G., Wadsby M. & Svedin CG. (1995) Barn till psykosociala riskmodrär. Stockholm: Rädta Barnen.
- Thompson R.A. (2000) The legacy of early attachment. *Child Development*, 71, 145-52.
- Thunström M. (1999 a) Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates. *Acta Paediatrica*, 88, 1356-63.
- Thunström M. (1999 b) Severe sleep problems among infants: family and infant characteristics. *Ambulatory Child Health*, 5: 27-41.
- Thunström M. (2000) A 2.5-year follow-up of infants treated for severe sleep problems. *Ambulatory Child Health*, 6: 225-35.
- Tronick EZ., Als LB, Adamson S. Wise & Brazelton TB. (1978) The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Tronick EZ. & Weinberg MK. (1997) Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. I: L-Murray & P. Cooper (red.) *Postpartum depression and child development*. New York: Guildford Press.
- van Den Boom DC. (1994) The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower class mothers with irritable infants. *Child development*, 65, 1457-77.
- van Ijzendoorn M.H. (1995 a) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment. A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bullentine*, 117: 387-403.
- van Ijzendoorn M.H., Juffer F. & Duyvesteyn MGC. (1995 b) Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225-48.
- Weinfield N.S., Sroufe L.A. Egeland B. & Carlson EA. (1999) The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. I: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guildford Press.
- Wickberg B (1997) *Barnafödande och psykisk hälsa*. Kunskapsunderlag till Barnpsykiatrikommittén.
- Wickberg-Johansson B., Erlandsson B. & Hwang CP. (1996) Primary health care management of postnatal depression in Sweden. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 69-76.
- Wickberg B. & Hwang P. (1996) Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39, 209-16.
- Wickberg B. & Hwang CP. (1997) Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 62-6.
- Wickberg B. & Hwang P. (2001) Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken. *Läkartidningen*, 98: 1534-8.
- Younger JB. (1991) A model of parenting stress. *Research in Nursing & Health*, 14, 197-204.
- Zelkowitz P. & Milet T. (1997) Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal*, 18, 424-35.
- Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs. (1994) *Diagnostic classification: 0-3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC: Author.
- Östberg M. (1998) Parental stress, psychosocial problems and responsiveness in help-seeking parents with small (2-45 months old) children. *Acta Paediatrica*, 87, 69-76.
- Östberg M. (1999) *Parenting stress*. Doktorsavhandling. Uppsala Universitet.
- Östberg M. & Hagekull B. (2001) Parenting stress can be reduced by early intervention. Inskickad för publicering.
- Östberg M., Hagekull B. & Wettergren S. (1997) A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 199-208.

# Summary

Our knowledge about an infant's development and interaction with its surroundings – in particular its parents – has grown rapidly in recent years. Today we know a great deal about what leads to mental health and what causes mental disorders in the small child. But how can we make practical use of this knowledge in healthcare and medical services from a preventive perspective?

This report describes the interplay between infants and parents based on a model where the three components are the infant, parenthood and the pair relationship. Common problems relating to infants and parents are discussed, as well as proposals for how the preventive work could be structured.

The first part of the report describes how a close emotional relationship develops between the infant and the parent (so called attachment) as well as individual variations and deficiencies in this development. The infant's temperament and ability to master different expressions of emotion (so called emotional control) is also discussed, as are premature babies and their special difficulties.

In the second part of the report, research dealing with the potential stress of parenthood is reviewed. Depression in new parents, which is another common problem, and proven methods for its early diagnosis and management are also discussed. The third part of the report describes how the pair relationship changes when a child arrives and the significance of this relationship for parenthood and consequently for the infant.

The final part discusses the role played by healthcare and medical services in the prevention of mental disorders in infants and proposes a number of general, but above all targeted, measures. These measures offer a variety of approaches, such as focusing on the entire family and on risk factors and protective factors in combination, preventive psychosocial programs, as well as specialist competence and multi-disciplinary teams for infant care.

# Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa

Många forskare menar idag att psykisk hälsa under spädbarnstiden är en av "nycklarna" till att förebygga andra former av ohälsa under resten av livet.

Rapporten *"Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa"* är en kunskapsöversikt som ingår i det uppdrag som Statens folkhälsoinstitut fått av regeringen: Att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd kan utformas för att göra verklig nytta.

Rapporten tar sin utgångspunkt i en modell, som består av tre delar:

- Spädbarnets beteende och utveckling
- Föräldraskapet
- Parrelationen

Författarna Philip Hwang och Birgitta Wickberg visar att delarna inte kan betraktas isolerade från varandra utan hänger samman på olika sätt. Att analysera och sprida kunskaper om utformning av föräldrastöd kan bli till verklig nytta för hela familjen. Ett exempel är föräldrautbildningsprogram, som utgår från föräldraskapet/parrelationen och som syftar till att lära ut konfliktlösning och kommunikation samt stimulera till diskussioner.

Modellen identifierar även ett antal risk- och skyddsfaktorer, som var och en är otillräcklig, men vars sammanlagda växelverkan kan förutsäga utvecklingen av spädbarns psykiska hälsa.

Bristen på väldokumenterade metoder för att tidigt upptäcka och ingripa vid psykosociala problem gör att de föräldrastödjande insatserna idag skiljer sig åt i olika landsting. Författarna föreslår här att *särskilda förebyggande program* utarbetas i landstingen. Ett av dessa program, som genomförts i Göteborg, går ut på att uppmärksamma samhället på de gravida kvinnor som behöver omfattande psykologiskt stöd eller behandling.

Ett viktigt syfte med rapporten är att även redovisa aktuell forskning om vad vi vet – och inte vet – om föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa.



Statens folkhälsoinstitut 2001:37

Beställningsadress:  
Statens folkhälsoinstitut  
Distributionstjänsten  
120 88 Stockholm

Beställningsfax: 08-449 88 11

E-post: [fhi@strd.se](mailto:fhi@strd.se)  
Internet: [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

ISBN: 91-7257-126-8  
ISSN: 1104-358X