

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan
SOL 064
Höstterminen 2001

Samspelsbehandling på spädbarnsverksamhet

- en livlina

En studie om tidig intervention i mor - barnrelationen

Författare: Gunilla Isaksson Sonka

Handledare: Gunilla Lindén

Abstract

This paper addresses the first psychological attachment between parents and children. If problems should arise, support is offered via a special infantsupport department. The aim with this study was to, on an individual level and focusing on the mothers, establish how the mothers experienced the support they have been offered and how this support has influenced their relationship to their child as well as their living situation.

The questions were:

In what way have the mothers established their contact with the department offering the support?

How has the support and therapy been formed?

How have the mothers experienced the support measures taken?

Has the support resulted in any change in respect to the mother?

The study is a qualitative case study based on seven interviews.

The result have shown that the mothers came in contact with the support department in a variety of ways. They have been offered verbal therapy. All of the mothers have experienced the support as positive and it has influenced their parenting abilities in a positive manner. The study shows the importance in offering support to mothers and infants during the first important stage of infancy in order to secure the development of the child.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid.
1 INLEDNING	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Problemformulering	5
1.3 Syfte och frågeställningar	6
2 METOD	7
2.1 Studiens uppläggnig	7
2.2 Urvalsmetoder och dess etiska aspekter	7
2.3 Genomförande	8
2.4 Metodreflektioner	9
2.5 Bearbetning och analys av insamlat intervjumaterial	9
3 EN TEORETISK BAKGRUND	10
3.1 Kvinnan – mamman	10
3.1.1 <i>Moderskap – en institution</i>	10
3.1.2 <i>Forskning kring tidig mor – barn intervention</i>	11
3.1.3 <i>Spädbarnsverksamheter</i>	11
3.2 Barnet	13
3.2.1 <i>Spädbarnspsykologisk forskning</i>	13
3.2.2 <i>Det kompetenta spädbarnet</i>	14
3.2.3 <i>Barnets syn och betydelsen av ögonkontakt</i>	15
3.2.4 <i>Barnets leende</i>	15
3.2.5 <i>Temperamentets effekt på anknytningen</i>	16
3.3 Bowlbys anknytningsteori	16
3.3.1 <i>Utgångspunkter</i>	16
3.3.2 <i>Begreppet ”Trygg bas”</i>	18
3.3.3 <i>Begreppet ”Inre arbetsmodeller”</i>	19
3.3.4 <i>Alternativa anknytningspersoner</i>	19
3.3.5 <i>Olika anknytningsmönster</i>	20

3.4 Samspel – Anknytning	21
3.4.1 <i>Faktorer som kan påverka anknytningen</i>	21
3.4.2 <i>Konsekvenser för barnet</i>	23
3.4.3 <i>Postpartum depression</i>	24
4 RESULTAT	25
4.1 Redovisning av insamlat material	25
4.1.1 <i>Beskrivning</i>	25
4.1.2 <i>Mina intervjupersoner</i>	26
4.1.3 <i>Verksamheten</i>	26
4.1.4 <i>Mammornas upplevelser från den första tiden med barnet</i>	30
4.1.5 <i>Hur knyts kontakten med spädbarnsverksamheten?</i>	33
4.1.6 <i>Behandlingskontakten</i>	35
4.1.7 <i>Resultat av behandlingsstöd</i>	38
4.2 Analys	40
4.3 Slutdiskussion	43
5 LITTERATURFÖRTECKNING	46
BILAGOR	
Bilaga 1: Förfrågan till verksamhetsansvarig	48
Bilaga 2: Informationsbrev till intervjupersoner	49
Bilaga 3: Intervjuguide, mödrar	50
Bilaga 4: Intervjuguide, professionellt verksamma	51

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund

Det finns perioder i våra liv som kanske påverkar oss mer än andra perioder. Rent utvecklingsmässigt är det första året i en människas liv en explosion av utveckling både ur psykologiskt och fysiologiskt hänseende. En annan förändrande period är till exempel puberteten. En tredje period är den när vi blir föräldrar. Att vänta och att få barn innebär för de flesta att livet får en helt ny inriktning. Detta gäller för både den blivande mamman och den blivande pappan. Förändringen sker på många olika plan. Det gäller att betrakta sig i helt nya roller utifrån att vara mamma eller pappa istället för dotter eller son. Paret skall gå från "tvåsamhet" till "tresamhet". Vårt individualistiska samhälle, där den personliga utvecklingen och utrymmet tar stor plats och betonas, får plötsligt läggas åt sidan för det lilla barnet som kräver uppmärksamhet alla dygnets timmar. Perioden innehåller både fantastisk glädje och lycka men även en osäkerhet inför allt det nya. Känslomässigt är människan under den här perioden kanske mer öppen än vanligtvis. Spädbarnsforskaren Daniel D. Stern resonerar kring graviditet och modersmentalitet:

"Även om du förmodligen tycker att du redan känner ditt barn efter att ha burit pådet i så många månader, är det nyfödda barnet i själva verket fortfarande en gåta för den nyblivna modern. Samtidigt dras hon av en oemotståndlig kraft till denna lilla främling. En mor lär sig att tillåta sig att bli älskad av sitt barn" (Stern, 1998, s 23).

Psykiateren Astrid Lindberg (1993) beskriver att under graviditeten försiggår det en psykologisk regressiv process hos de blivande föräldrarna. De söker sig bakåt och får kontakt med den egna barndomen med sina minnen av både sorg och glädje som finns lagrade från den tiden. Detta leder till en sårbarhet både till omvärlden men även i förhållande till varandra. Processen är en förberedelse för att ta emot det sårbara barnet.

Det finns någonting utmanande när det gäller att skapa teorier och utgångspunkter kring det lilla barnets psykologiska utveckling. Vi berörs av det späda barnets värld eftersom vi alla har varit spädbarn och har våra egna erfarenheter från denna period. Denna tid är dock gömd för oss, vi minns inte medvetet vår första tid i livet. När vi som vuxna möter spädbarn får vi en möjlighet att känna igen vår egen spädbarnstid men nu som den vuxne i relationen. Det är dessa två dimensioner som finns med när vi skapar teorier kring spädbarnets utveckling

(Risholm Mothander, 1994). Utifrån resonemanget kring de två dimensionerna finns detta även i vårt sätt att vara förälder och på det sätt vi ofta tilltalas av de spädate barnen.

Den här uppsatsen handlar om två av de mest dynamiska perioderna i en människas liv, vår nyföddhetsperiod och den där vi förvandlas till förälder. Dessa två perioder skall dessutom förenas i ett samspel som skall verka för utveckling för de båda deltagande parterna. Det här är ett ämne som intresserar mig dels utifrån mina erfarenheter från mitt tidigare arbete inom barnpsykiatri med äldre barn och deras familjer. Även socialhögskolans undervisning har hjälpt till att väcka mitt intresse ytterligare genom att återkommande beröra teorier kring det viktiga samspelet och anknytningen mellan föräldrar och barn. Att själv vara förälder, detta äventyr, är även det en inspirationskälla för ämnet.

1.2 Problemformulering

Forskning och vetenskap inom utvecklingspsykologin betonar alltmer vikten av att barn får en så bra start i livet som möjligt. Man menar att det späda barnets känsla av att vara önskat och älskat och på det sätt det blir bemött av sin tidigaste omvårdare präglar inte enbart den fortsatta barndomen utan även våra vuxna liv. Fram till i början av 1960-talet fokuserades intresset för de nyfödda barnen mest på vård och skötsel utifrån de ”kroppsliga” behoven så som mat och blöjbyte. Med ökad kunskap ser man numera att ingenting talar för att regleringen av de kroppsliga behoven skulle vara av större vikt än samvaron med barnet i andra avseenden (Berg Brodén, 1989). Barnets möjlighet till utveckling och överlevnad är beroende av att de fysiologiska likväl som de psykologiska behoven tillgodoses.

Med sitt ursprung i Freuds psykoanalytiska teori har nu modernare teorier vuxit fram, ett exempel på detta är anknytningsteorin. Anknytningsteorin talar om spädbarnet som aktivt och med ett inbyggt motivationssystem att söka trygghet och skydd i en relation, i de flesta fall med en förälder. Anknytningen uppstår genom samspel mellan den vuxne och barnet och den tidiga anknytningen mellan föräldrar och barn ses av barnpsykologin som mycket betydelsefull för utveckling och psykisk hälsa (SOU 1998:31).

Genom forskning vet vi nu att det lilla barnet redan från början är intresserat och inriktad på social kontakt. Föräldrar och barn har redan från början ett ömsesidigt samspel och för de flesta finns det en intuitiv anpassning från föräldrarnas sida till barnets rytm och behov (SOU 1998:31).

Det första mötet med barnet och den första perioden det lilla barnet och föräldrarna skall fungera tillsammans är en mycket speciell period. Det är många aspekter som påverkar hur denna tid blir, till exempel den beredskap och de förväntningar man har inför barnet. Det är inte lika naturligt för alla föräldra – barnpar att samspelet och den begynnande anknytningen automatiskt kommer igång. Mycket kan så att säga ”hända på vägen”. Det kan vara komplikationer under graviditeten, ett för tidigt fött barn, en svår och smärtsam förlossning, relationssvårigheter mellan föräldrarna, depression, egna traumatiska upplevelser som aktualiseras inför sitt eget föräldraskap. Detta kan vara möjliga anledningar till att delar av föräldraförmågan kan vara försvagad eller tillfälligt satt ur spel (Berg Brodén, 1989).

Utifrån detta kan man fråga sig hur verkligheten ser ut. Erbjuder samhället det stöd föräldrar och barn kan behöva när bekymmer i anknytningen uppstår? Ser samhället vikten av verksamheter som sysslar med denna problematik? Hur sker samverkan av olika resurser såsom mödravård, barnavårdscentral, socialtjänst och psykiatri. Uppsatsens empiriska del är knuten till en barnpsykiatrisk spädbarnsverksamhet.

1.3 Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att på individnivå, med fokus på mödrarna undersöka, beskriva och analysera: Hur uppfattar mödrar i en spädbarnsverksamhet det behandlingsstöd de erbjudits och hur har detta stöd påverkat deras relation till barnet samt livssituation i övrigt?

Utifrån detta finns följande övergripande frågeställningar:

- Hur har mödrarna kommit i kontakt med den verksamhet som erbjuder stöd?
- Hur har stöd-/behandlingsinsatserna varit utformade?
- Hur är mödrarnas upplevelse av insatserna?
- Har stödet resulterat i någon förändring för mödrarnas del?

Utifrån ett familjeperspektiv avgränsas studien till att behandla mödrarnas upplevelser av kontakten med spädbarnsverksamheten. Skälet till detta är att behandlingskontakten vanligtvis är utformad utifrån mödrarnas behov av stöd.

2 METOD

2.1 Studiens uppläggning

Studien är en kvalitativ fallstudie där jag valt att belysa den speciella företeelsen kring mor och barns första period tillsammans i livet med betoning på det psykologiska samspelet (Patel & Davidsson, 1991). Fallstudie är lämplig som metod när man som i denna studie har en liten undersökningsgrupp och fokus mer är att studera en speciell företeelse. Metoden kan motiveras av att detta skede är intressant i sig utifrån psykologiska och relationsmässiga aspekter. En annan utgångspunkt är även att studien utifrån teoribildningar som anknytningsteorin kan ge en mer kliniskt belysning av begreppen.

Fördelen med en fallstudie är att den kan visa på ett större djup i en speciell företeelse, här genom mammornas upplevda berättelser. Nackdelen kan vara att det begränsade undersökningsmaterialet inte självklart är jämförbart med andra som har liknande problematik. Materialet kan inte ses som något generaliserande för alla mammor och barn som har bekymmer under sin första tid tillsammans. Varje mor – barnpars upplevelser måste inom området ses som unika. Det studien kan visa är exempel på hur bekymmer under den första perioden mellan mor och barn kan påverka samspel och fortsatt anknytning.

De datakällor jag har använt mig av i studien är intervjumaterial från sju intervjuer, fem av dem med mödrar som fått behandlingsstöd på spädbarnsverksamhet och två intervjuer är med professionellt verksamma, två terapeuter på samma verksamhet. Dessutom bygger uppsatsen på litteratur, forskningsrapporter och artiklar kring ämnet.

2.2 Urvalsmetoder och dess etiska aspekter

Jag inledde min studie genom att ta kontakt med den Barnpsykiatriska spädbarnsverksamheten i Växjö (som är min bostadsort), för att diskutera mitt ämnesval och möjligheter att kunna komma i kontakt med mammor för intervjuer. Efter en positiv diskussion kände jag mig övertygad i mitt ämnesval.

Det är genom de professionellt verksamma jag har fått tillgång till de mammor jag har intervjuat. Väljer man, som i mitt fall, att intervjua människor som i någon form varit patient eller klient måste kontaktvägarna gå genom en förbindelselänk beroende på sekretess och etiska övervägande. En ytterligare aspekt på att välja intervjupersoner som befinner sig i en

behandlingsituation är att personen så att säga måste ”orka med” att bli intervjuad. Därför överlämnade jag till de professionellt verksamma att göra de avväganden och val av vilka mammor som skulle kunna tänkas vara möjliga att intervjua. De verksamma på spädbarnsverksamheten tyckte att det kunde vara intressant att de mammor som skulle intervjuas hade haft kontakt med olika terapeuter inom verksamheten, fördelningen blev att tre av mödrarna hade haft samma behandlingskontakt. De två andra mammorna hade haft kontakt med varsin av de två övriga terapeuterna på enheten.

De mödrar jag träffade måste betraktas som den tillgängliga grupp som var möjlig för mig. En diskussion kring bortfall måste göras i steget före min kontakt med intervjupersonerna. Det var de professionellt verksamma som i första ledet skötte kontakten med de mödrar jag sedan intervjuade. Det är därför utanför min vetskap om någon ytterligare mamma tillfrågades och sa nej till att medverka i studien. Valet av de två professionellt verksamma som intervjuats gjordes utifrån att de av planerings och tidsskäl fanns tillgängliga.

2.3 Genomförande

Den teoretiska och empiriska delen av studien har genomförts parallellt. För att få tillgång till personer skyddade av sekretesslagen inledde jag med att skriva ett brev till Barn och ungdomspsykiatriska kliniken verksamhetsansvarige för att formellt få klartecken att genomföra studien (Bilaga 1). Efter ett positivt svar lämnade jag i uppdrag till personalen på spädbarnsverksamheten att ta kontakt med mammor och fråga dem om deras intresse och samtycke till att medverka i min studie. Till de mammor som samtyckte och var positiva skickades därefter ett brev där jag presenterade mig och mitt syfte med intervjun (Bilaga 2). Av de mammor som var intresserade att medverka i en intervju gav fyra av dem tillåtelse för de professionellt verksamma att lämna ut deras telefonnummer för att ge mig möjlighet att ringa dem och avtala tid med tanke på den ev. tidsfördröjning som annars kunde uppstå om man bad intervjupersoner att själva ringa upp. Den femte kvinnan tog själv kontakt med mig och avtalade tid för intervju. Vid dessa telefonsamtal frågade jag ännu en gång om deras samtycke och betonade på samma sätt som jag skrivit i mitt brev, att materialet skulle behandlas konfidentiellt. På detta sätt kom jag i kontakt med fem intervjupersoner som jag sedan intervjuade. För att få en bakgrund till intervjumaterialet från mammorna valde jag också, att intervjua två terapeuter inom verksamheten.

I mina intervjuer har jag använt mig av ett antal halvstrukturerade frågor (Bilaga 3 och 4).

Denna typ av frågor ger möjlighet för intervjupersonen att utveckla sina svar och leder mer till ett resonemang kring frågorna. Fördelen med en viss struktur är att man som intervjuare har kontroll på att alla personer får samma frågor. Dessutom har man möjlighet att ställa följdfrågor och det är ofta lämpligt eftersom man i denna typ av studie önskar djupa och ingående svar av intervjupersonerna (Denscombe, 1998).

Fyra av de fem intervjuerna med mödrarna har gjorts i deras hem och vardera pågått cirka en till en och en halv timme. Vid intervjuerna har bandspelare använts efter att intervjupersonerna gett sitt medgivande. Den femte intervjun genomfördes per telefon. Kvinnan kände i detta fall att hon gärna ville medverka men att hon av omsorg om sig själv önskade att vi kunde prata per telefon. Telefonintervjun tog 50 minuter och jag förde noggranna anteckningar genom hela telefonsamtalet. De två terapeuterna på spädbarnsverksamheten har intervjuats på sin arbetsplats, även vid dessa användes bandspelare och tidsmässigt överensstämmer de med mödrarnas.

2.4 Metodreflektioner

Att vara beroende av mellanpersoner för att komma i kontakt med intervjupersoner innebär vissa begränsningar. Man befinner sig i en beroendeställning som kan påverkas av, som i mitt fall, av de verksammas sjukskrivningar eller hårda arbetsbelastning. För mig medförde det konkret att det tog tid innan all kommunikation med intervjupersonerna hade klarats av. Detta innebar att intervjuerna kom igång senare än planerat. I det inledande skedet kanske jag inte heller var tillräckligt tydlig till de behjälpliga verksamma om den snäva tidsramen kring uppsatsen. Att inte komma igång med intervjuer innebar för mig ett stressmoment. Detta medförde att jag fick ägna första tiden åt att läsa litteratur och tidigare forskning kring ämnet. Fördelar och nackdelar med att intervjuer görs tidigt eller sent i en uppsats kan diskuteras. Jag var väl påläst när jag väl träffade mina informanter. Samtidigt känner jag, att det var de som genom sina levande historier gav substans åt litteraturen. De gav även nya reflektioner som jag tyckte att jag borde belysa i teoriavsnittet. Ytterligare en nackdel med mellanpersoner som styr urvalet av intervjupersoner är att jag inte har möjlighet att påverka vem eller vilka mina intervjupersoner blir och i och med detta begränsas min möjlighet att styra studien.

2.5 Bearbetning och analys av insamlat intervjumaterial

Materialet från mina halvstrukturerade intervjuer har jag bearbetat enligt kvalitativ metod. Efter intervjuerna skrev jag ordagrant ut bandinspelningarna. Därefter läste jag igenom dem

upprepade gånger för att utifrån syftet och dess frågeställningar kunna hitta teman som kunde besvara frågorna (Patel & Davidsson, 1991). Intervjuerna har bearbetats dels utifrån varje intervju helhet och dels bearbetats utifrån de olika teman som används i min resultatredovisning. Inför min bearbetning av intervjuerna fick jag återigen fundera utifrån etiska aspekter. De berättelser mammorna gav i mina intervjuer är detaljerade och genom att okritiskt redovisa dem är det möjligt att mödrarna och deras familjer skulle gå att känna igen. Dessa tankar gjorde att jag har funderat en extra gång över hur jag skall återge vissa delar ur materialet från mammorna.

3 EN TEORETISK BAKGRUND

3.1 Kvinnan – mamman

3.1.1 Moderskap – en institution

I de flesta kulturer är det modern som är barnets primära vårdare. Barnavård och omsorgen för barnen har traditionellt setts som ett kvinnoområde. Ett antagande är att kvinnan har en modersinstinkt och att den medför att hon naturligt fyller modersfunktionen. Denna syn leder till att vi i det närmaste betraktar moderskapet som en självklar institution. *”Vi utgår från att den är socialt, psykologiskt och biologiskt naturlig och funktionell och ifrågasätter inte de antaganden som finns omkring dess funktion”* (Berg Brodén, 1989, s 100). Forskning inom rollinlärningsteorier menar att kvinnors modersfunktion är ett resultat av kvinnlig rollträning och rollidentifikation. Flickor lärs att bli mödrar. Moderskap och kvinnlighet är två sammankopplade begrepp som är djupt rotade inom oss och som förs vidare från generation till generation (ibid).

Även psykologisk forskning har hjälpt till att betona och befästa vår syn på modersbegreppet. Freuds psykoanalytiska driftteori menar att det är kvinnans modersinstinkt som gör henne mest lämpad att vårda sitt barn. Winnicott menar att de fysiska band som uppstår genom att modern bär barnet i sin livmoder leder till en identifikation mellan mor och barn som förser henne med en känsla av vad barnet behöver (Berg Brodén, 1989). Att moderns roll i forskning och teoribildningar har fått en så stark betydelse diskuteras. Betoningen på moderns roll har ibland fått till följd att hon betraktats som syndabock för en eventuell negativ utveckling hos barnet. Konkret kan ett sådant synsätt visa sig i att det finns olika förväntningar på mödrar och

fäder i social barnavård. Mödrar görs mer ”ansvariga” för barn och kan också utsättas för större social kontroll än fäder när det gäller omsorgen om barnen (Farmer & Owen, 1998).

Att ”bli mor” innebär för kvinnan omvälvningar ur många aspekter. I en fysisk mening skall kvinnans kropp under den korta graviditetsperioden ställa om sig till att föda fram ett fullt utvecklat barn. Denna omställning sker parallellt med stora psykiska förändringar där tankar och känslor kretsar kring den egna identiteten. Kvinnan ställer sig frågor som: Vem är jag? Vem var jag som barn? Hur kommer jag att bli som mor? (Lindberg, 1993). Socialt är det en stor förändring utifrån en helt förändrad roll. Att bli mamma innebär att ta det slutgiltiga steget in i vuxenvärlden vilket innebär att ändra sitt betraktelsesätt från att vara ”sin mors dotter” till att själv vara mor.

Utifrån betraktelsesättet att moderskapet är en institution förväntas nyblivna mammor automatiskt kvalificerade för sin uppgift att vara mor, utan någon som helst ”utbildning”. På samma självklara sätt förväntas en nybliven mamma att älska sitt barn och detta kan vara en fråga som blivande mammor kan ha funderingar kring, tänk om jag inte kommer att göra det? (Stern, 1998). Det traditionella modersbegreppet är i mycket förknippat med lycka och förväntan. Kanske kan det därför vara en speciellt svår känsla när det självklara sviktar.

3.1.2 *Forskning kring tidig mor – barn interventionen*

Margareta Berg Brodén (1992) är psykolog/psykoterapeut. Hon har genom sitt arbete och de behandlingsinsatser som görs på Viktoriagården i Malmö (en verksamhet som arbetar med samspel mellan föräldrar och små barn), dokumenterat kunskap kring det tidiga samspelet och anknytningen mellan mor och barn. Berg Brodén menar att i stora drag kan man beskriva att den ännu så länge knapphändig forskning som gjorts kring tidiga interventioner, d v s tidiga insatser mellan mor och barn, mestadels har haft fokus på förebyggande åtgärder riktade mot speciella riskgrupper. Exempel på riskgrupper är socioekonomiskt utsatta, handikappade barn, prematurt födda barn (för tidigt födda barn) och tonårsmödrar. Dessa studier har varit breda och allmänt inriktat sig på psykisk hälsa och inte belyst avgränsade problem som anknytningsproblematik.

3.1.3 *Spädbarnsverksamheter*

I början av 1980-talet startades Viktoriagården. Med den som föregångare och modell har sedan startats ett antal efterföljare som kan se olika ut exempelvis beroende organisation,

resurser och personaltillgång. Organisatoriskt kan verksamheterna ha olika tillhörighet, som barnpsykiatri, socialförvaltning, barnhälsovård eller samverkansformer mellan dessa (Berg Brodén, 1992). Familjer kan remitteras och hänvisas till verksamheter genom mödravårdscentral, kvinnoklinik, barnmedicinsk klinik, BB-förlossningsavdelning, prematuravdelning, vuxenpsykiatri, annan verksamhet inom barnpsykiatri, barnavårdscentral eller socialtjänst (SoS-rapport 1993:14). En utvärdering gjord 1996 på Växjö barnpsykiatriska spädbarnsverksamhet visar att det även är vanligt att föräldrar själva tar kontakt med verksamheten. Undersökningen visar att 15 mödrar av 49 själva tog kontakt med verksamheten, troligtvis har dessa mödrar fått vetskap om verksamheten genom någon av de nämnda instanserna (Papadopoulou Eberhagen, 1996).

Det finns en stor variation i de hjälpsökande familjernas sociala och ekonomiska situation. Familjer från alla socialgruppsstillhörigheter söker stöd. Som exempel varierar utbildningsnivå lika väl som ålder hos mödrarna. Socialstyrelsens rapport över spädbarnsverksamheter från 1993 redovisar deltagande kvinnor upptill 47 år, medelåldern ligger strax under 30 år. Samma rapport visar att olika verksamheter har skillnader i andel av ensamstående mammor. Exempelvis var 47 % av mödrarna på Viktoriagården i Malmö ensamstående. I den tidigare nämnda utvärderingen från Växjö var den jämförbara procentsatsen ensamstående mammor 18 % (Papadopoulou Eberhagen, 1996). Förklaringar till skillnaderna kan vara befolkningsstruktur men även behandlingsinriktning.

Samspelsbehandling i spädbarnfamiljer kan utövas i olika former. Det kan vara heldygnsinstitutioner eller öppenvårdsbehandling. Metoderna kan utifrån familjens behov vara utformade på olika sätt beroende på problematik och vad man önskar hjälp med. Det kan ske genom enskilda samtal eller i gruppverksamhet med andra föräldrar och barn. Behandling kan även ske hos psykolog vid mödra- och barnavårdscentraler. Grundtanken är att skapa förutsättningar och undanröja hinder för anknytning mellan förälder och barn.

Under spädbarnstiden finns hos barnet en återskapande förmåga hos både nervsystem och psyke, ett skydd för att trygga utvecklingen. Även mamman är emotionellt öppen och formbar i sina känslor under den här perioden, vilket medför att hon har en beredskap att ta emot hjälp om konflikter dyker upp, detta gäller även fadern. Det är just detta unika som gör spädbarnperioden så gynnsam för behandlingsinsatser av olika slag. Perioden representerar

hopp och förändringsvilja. Behandling ger därför ofta både snabb och varaktig effekt (Brodén, 1993).

3.2 Barnet

3.2.1 Spädbarnspsykologisk forskning

Spädbarnspsykologi är ett relativt nytt ämne inom vetenskapen och genom forskning de senaste 50 åren har vårt synsätt på de spädbarnen förändrats (Berg Brodén, 1989). Barnet betraktades tidigare som en "ofullgången varelse" som krävde en period av genetisk förutbestämd mognad utanför mammans kropp för att bli färdig. Det lilla barnet ansågs behöva skydd, föda och värme för att utvecklas och växa och den nu rådande synen att det nyfödda barnet har en kompetens att själv locka till sig sociala relationer var till för några år sedan okänt för vetenskapen (Risholm Mothander, 1994).

Spädbarnsforskningen har under de år den utvecklats i huvudsak följt två spår. Teorier har utvecklats som ger beskrivningar av spädbarnets inre, subjektiva upplevelser och utveckling. Den andra riktningen utgår från objektiva kriterier som laboratoriestudier och beteendebeskrivningar där den studerar spädbarnets kompetens och utveckling. Man kan sammanfatta de olika synsätten som ett inifrån- och ett utifrånperspektiv på barnet och dessa två synsätt har fram till de senaste åren haft svårt att se gemensamma utgångspunkter. Ett samarbete mellan de två riktningarna har dock kommit igång de senaste åren och det banar väg för en ny era inom utvecklingspsykologin (Berg Brodén, 1989).

Freuds psykoanalytiska teori fick starkt inflytande på 1940-talet och kompletterade tidigare barnforskning gjord av Piaget. Freud "upptäckte" det omedvetna och drifterna och såg barnet som "*en driftstyrd och i grunden asocial varelse*" (Berg Brodén, 1989, s 45). Teorin betonar drifterna och de fysiologiska behoven. Mammans roll för barnet betraktas mer som en funktion för att tillfredställa barnets behov och drifter än som relaterande objekt för barnet. Denna teoribildning ser anknytningen som uppstår mellan mor och barn mer som något som uppstår som ett resultat av behovstillfredsställelse (ibid). Freud utvecklade sin psykoanalytiska teori med en inriktning på och genom arbete med vuxna personer och även i första hand med betoning på psykiska störningar i stället för normal utveckling. Detta kan vara en förklaring till att spädbarn under denna tid sågs som ointressanta och att vi kan ha svårt att "känna igen" spädbarnet utifrån dagens betraktelsesätt (Havnesköld, 1992).

Från Freuds synsätt utvecklades teorier som mer betonade relationernas betydelse för barnet. Psykoanalytikern Spitz utvecklade en mer analytisk teori om barnets första år. Han var den förste som lyfte fram den viktiga relationen mellan mor och barn och hans forskning kring samspelet mellan dem har betytt mycket för senare forskning. Winnicott är en annan forskare som betytt mycket inom området. Han tillhör tillsammans med Klein och Mahler objektrelationsteoretikerna. Dessa teorier kan beskrivas som *”en tyngdpunktsförskjutning från drifterna och jagutvecklingen till just relationer och representationer av inre och yttre objekt”* (Havnesköld, 1992, s 13). Winnicott menar i sitt synsätt att barnet endast kan betraktas i termer av en emotionell mor-barnenhet och ett nyckelbegrepp i hans synsätt är det lilla barnets totala beroende. Mahler har tillfört förståelse för barnets tidiga relationsutveckling genom sin jagutvecklingsteori med mycket spridda begrepp som autism, symbios och separation – individuation (Berg Brodén, 1989).

En forskare som idag uppmärksammas mycket och som ges stor betydelse inom det barnpsykologiska området är Daniel N. Stern. Hans teori, som fortfarande är under utveckling, är en syntes av psykoanalytiska teorier och aktuell spädbarnsforskning, grundad på empiriska spädbarnsobservationer. Hans forskning kan ses som ett försök att bygga en bro mellan nuvarande forskning och delar av äldre teoribildningar (Ohlsson & Östberg, 2000). Stern, som bland annat har inspirerats av John Bowlbys anknytningsteori, som förklaras i kommande avsnitt, tar i sin teori utgångspunkten att det lilla barnet redan från början har en begynnande och gryende självuppfattning och det centrala begreppet i hans teori är *”känslan av självet”* (Havnesköld, 1992).

3.2.2 *Det kompetenta spädbarnet*

Redan när barnet föds är det en unik varelse med egna personliga förutsättningar. Barnet är utrustat med en beredskap för att ingå i ett samspel med andra människor som är nödvändigt för dess utveckling och överlevnad. Det är genom att bli sett och mött som det kan existera (Brodén, 1993). Uttrycket *”det kompetenta spädbarnet”* används ofta inom spädbarnsforskning och med det menar man att barnet redan vid födseln har ett antal förmågor som hjälp i det sociala samspelet.

Redan i födelseögonblicket fungerar barnets alla sinnen och de används också från allra första stund, även under fostertiden har de delvis fungerat. Barnet kan redan från början kombinera

intryck som kommer från olika sinnesorgan och på det sättet skapa vissa helhetsbilder. Tidigare trodde man att spädbarn i större utsträckning uppfattade världen i fragment (ibid). Forskningsstudier har visat att barn känner igen sin mammas röst redan ett par veckor innan förlossningen och rent allmänt reagerar spädbarn på mänskliga röster. Särskilt mammans röst har en lugnande effekt på barnet. Ett barn som ammas kan genom sitt luktsinne redan under första levnadsveckan skilja sin mammas lukt från en annan kvinnas. Ett nyfött barn reagerar på beröring, speciellt av mun- och handregionerna, beröring har en lugnande inverkan på barnet (Heimann, 1993).

3.2.3 Barnets syn och betydelsen av ögonkontakt

Synen är det sinnesorgan som är minst utvecklat vid födseln och barnet fokuserar till en början på konturer och skarpa kontraster. Ett tecken på att späda barnet har en visuell förmåga är att barnet redan tidigt imiterar ansiktsrörelser och föredrar i jämförelse med annat, att titta på ansiktsliknande mönster. *"Vid ett par dagars ålder tittar spädbarnet mer på sin mamma än på en främling"* (Heimann, 1993, s 96). Ögonkontakten är en central kontaktkanal i samspelet mellan förälder och barn och redan under den andra levnads månaden sker en snabb utveckling av barnets förmåga att använda synen i samspelet. Mamma och barn har nu längre och längre stunder av direkt ögonkontakt och mammans förmåga och vilja att under längre stunder ha ögonkontakt med barnet ger det lilla barnet en möjlighet att ständigt återkomma till henne. En stark indikation på att kommunikation saknas mellan föräldern och barnet är att det saknas stabil ögonkontakt (Ohlsson & Östberg, 2000). Är mamman passiv och inte svarar på barnets signaler och inviter i ögonkontakten kommer barnet till en början att försöka få mamman att svara på kontaktförsöken, detta med blick, rörelser och ljud. Fortsätter mamman att vara passiv kommer barnet så småningom att ge upp sina försök och successivt bli mer passiv och ointresserat. En del barnpsykologer menar att spädbarn som undviker ögonkontakt med vuxna genom att titta bort, uppvisar mer sociala och psykologiska problem som sexåringar. Heimann (1993), docent i barnpsykologi, menar att det är viktigt att komma ihåg att undvikande av ögonkontakt är en konsekvens av att samspelet mellan barnet och den vuxne inte fungerar och inte en orsak till svårigheten.

3.2.4 Barnets leende

Redan under den första levnadsveckan kan man observera inifrån kommande leenden hos spädbarn. Vid fyra veckors ålder brukar en annan typ av leende komma, kallat det sociala

leendet. Från början utlöses det främst av mänskliga röster för att sedan oftare utlösas av att barnet ser ett mänskligt ansikte. Leendet utlöses av sociala signaler i ett samspel mellan barnet och en vuxen. Vid sex månader ler inte barnet längre mot vem som helst utan visar tydligt att det är föräldrarna, syskon och andra närstående som föredras (Heimann, 1993). Som förälder är det första leendet man får från sitt barn en mycket speciell och stark känslomässig upplevelse. För föräldern är leendet ett tecken på att barnet känner igen sin mamma och pappa och det ger en känsla av att vara utvald. Detta kan ha betydelse i samspelet mellan barnet och föräldern eftersom leendet inspirerar och ger ny glädje i samspelet (ibid). Föräldrar kan uttrycka att de plötsligt känner att allt går mycket lättare när barnet börjar svara med leenden, det ger ett nytt gensvar i kontakten.

3.2.5 Temperamentets effekt på anknytningen

Föräldrar påverkar sina barn men barn påverkar även sina föräldrar. Barn kan upplevas som mer "lätta eller svåra". Det glada barnet som har lätt att anpassa sig till rutiner som sömn och mat eller det skrikiga barnet som har svårt att komma till ro eller som har svårt att acceptera förändringar. Temperamentskillnader mellan barn kan vara en förklaring till att föräldrar kan uppleva svårigheter i kontakten med ett av barnet och ej de övriga i en syskonskara (Daniel m fl, 1999). Barns individuella skillnader i temperament och aktivitetsnivå ligger till grund för den omvårdnad de får och de samspelsmönster de skapar. Ett barn som oftare gråter får mer uppmärksamhet än ett barn som är mer nöjt. Detta kan vara på gott eller ont eftersom ett mer skrikigt barn även kan väcka mer irritation och att föräldern drar sig ifrån det. Barnets leende har samma effekt men på omvänt sätt. Även skillnader i barns vakenhetsrytm kan skapa skillnader i de relationsmönster de etablerar. Det mer vakna barnet har längre stunder då det har möjlighet att skapa dialog och samspel. Barn är dessutom olika tydliga i de signaler de sänder till sin omgivning. Det barn som på ett mer diffust sätt signalerar sina behov och därmed kan vara svårt att tolka och tillfredsställa kan skapa osäkerhet och påverka självkänslan negativt hos sina föräldrar (Brodén, 1993).

3.3 Bowlbys anknytningsteori

3.3.1 Utgångspunkter

John Bowlby är grundare av "the attachment theory", på svenska benämnd anknytningsteorin (Ohlsson & Östberg, 2000). I sitt arbete under 1930 och 1940- talen upplevde Bowlby att han inte kunde förklara psykologiska fenomen enbart genom den psykoanalytiska

förklaringsmodellen. I sin forskning ställde sig Bowlby avgörande frågor som, varför blir barn upprörda när de skiljs från sina mammor? Varför växer de älskade och stabilt omvårdade barnen så gott som alltid upp till harmoniska vuxna? Vad är det som gör att barn som inte haft en stadigvarande modersfigur finner relationer och framtida socialt liv så svårt? Bowlby behövde en teori för att kunna förklara varför separationer i barns liv kunde få så långtgående effekter för en del (Howe, 1995). Genom att anamma ett mer tvärvetenskapligt synsätt kunde han använda sig av nya metoder för att förstå barns utveckling på ett bättre sätt. Den teori han utvecklade baserar sig på vikten av att barn behöver knyta an till framför allt en vuxen person under sin barndom.

Efter att ha bland annat inspirerats av den forskning Lorenz bedrev om ankungars och gåsungars präglingens beteende antog Bowlby under 1950-talet utgångspunkten att även människan är en integrerad del av evolutionen. Det lilla människobarnets behov av anknytning styrs av evolutionen enligt samma lagar som andra djurarter. Barnets behov av omhändertagande är särskilt stort eftersom det är beroende av en omvårdare under mycket längre tid än de flesta andra djurarter. Bowlbys slutsats utifrån detta var *”att människobarnet måste vara utrustad med ett beteendesystem vars funktion är att främja tillräcklig närhet till den huvudsakliga vårdaren – oftast modern – så att föräldrabeskyddet underlättas”* (Broberg, 1996, s 4).

I sin teori menar Bowlby att anknytningsbehovet är ett medfött biologiskt beteende, att människan är född med förmågan att relatera till andra och att barnet redan från början tar en aktiv del i anknytningen. Barnet kan enligt den biologiska tanken, inte låta bli att knyta an och de få barn som inte är anknutna är antingen mycket svårt störda eller har de allvarliga funktionella brister (Risholm Mothander, 1998).

Bowlby menar att anknytning mellan barnet och omvårdaren uppstår genom två kompletterande beteendesystem, anknytningssystemet hos barnet och omvårdnadssystemet hos föräldern. Biologiskt är barnet vid födseln förmögen att överleva men det kan ej göra det på egen hand, hjärnan är vid födseln ej utrustad för att hantera individen på ett självständigt sätt. Barnet har därför blivit utrustat med förmågor som kan bidra till överlevnaden. Affektsystemet är ett sådant system, genom att exempelvis skrika får barnet uppmärksamhet genom att det aktiverar sin omgivning och uppnår därmed ett primärt behov, att bli upptäckt

och därmed omhändertagen. I och med att barnet utvecklas och växer breddas och utökas affektsystemet genom leendet och andra kontaktvägar (Risholm Mothander, 1998).

Bowlby menar i sin teori att på samma sätt som barnet, har även föräldrarna en biologisk förprogrammerad förmåga att interagera med sitt barn vilken aktiveras genom de starka känslor barnet väcker hos sina föräldrar (Howe, 1995). Under goda omständigheter får modern strax efter förlossningen en beredskap att möta sitt barn, *”känna att just detta barn är hennes, bli förälskad i det och känna behovet att ta hand om det”* (Risholm Mothander, 1994, s 69). Barnet använder sin medfödda biologiska kraft att för att väcka modern och därigenom skapas en bindning som är livsavgörande för det lilla barnet, genom detta blir det omhändertaget.

Fram till barnet är sex till sju månader har det i stort sett ingen separation och främlingsrädsla som upprätthåller funktionen av närhet till föräldrarna. Barnet kan heller inte själv förflytta sig från föräldern. Under denna period är det i huvudsak föräldrarnas omvårdnadssystem som upprätthåller närheten till barnet. När barnet efter cirka åtta månaders ålder blir alltmer rörligt i och med den motoriska utvecklingen fyller främlings och separationsrädslan en skyddande funktion för barnet. Ett fysiskt avstånd från föräldrarna, kombinerat med yttre hotfulla stimuli som till exempel en främmande person skapar rädsla hos barnet. Under den här perioden fungerar barnets anknytningsbeteende relativt reflexmässigt i och med barnets önskan att vilja hålla sig nära föräldern.

”Genom att alltsådefiniera begreppet bindning som en fundamental form av beteende med en egen inre motivation, skild från matning och sexualitet och lika viktig för överlevnaden, tillmäts beteendet och motivationen en teoretisk status som de aldrig tidigare fått – även om såväl föräldrar som kliniker länge varit intuitivt medvetna om deras betydelse” (Bowlby, 1994, s 46).

3.3.2 Begreppet ”Trygg bas”

Bowlby menar att barnets beteende styrs av två kompletterande tendenser. Det ena är anknytningsbehovet av ömhet, närhet och beskydd som barnet finner i mammas famn. Den andra riktningen är barnets behov av att nyfiket utforska världen, det som driver barnet utåt. Dessa krafter är lika starka och beroende av varandra, när barnet är tillräckligt tryggt tar nyfikenheten överhand och barnet kan växa och frigöra sig. Under goda omständigheter fungerar föräldrarna som en plattform av trygghet för barnet, ”en hamn”. Här tar barnet sin

utgångspunkt för att utforska världen med den inre förvisningen att det kan återvända till "hamnen" för känslomässig påfyllnad. Detta kallar Bowlby för en "trygg bas" och det är det mest centrala begreppet i hans teori (Broberg, 1996). Basens existens ger den trygghetskänsla som gör att barnet kan hänge sig åt sin nyfikenhet. På motsvarande sätt fungerar det otillräckligt trygga barnet, tendensen att vilja utforska världen minskar och barnet kan visa detta genom klängighet och beroende (ibid).

3.3.3 Begreppet "Inre arbetsmodeller"

"Inre arbetsmodeller" är ytterligare ett centralt begrepp i Bowlbys anknytningsteori. Inre arbetsmodeller är någonting som utvecklas i takt med att barnet växer och utvecklar sin kognitiva förmåga, vilken hjälper barnet att utveckla föreställningen om sig själv och andra. Det är dessa föreställningar som kallas för inre arbetsmodeller och de innehåller både medvetna och omedvetna aspekter. *"Ändamålen med en inre arbetsmodell är att uppfatta och tolka händelser samt att förutsäga framtiden och upprätthålla planer för sitt eget handlande"* (Broberg, 1996, s 5).

Om modern har varit lyhörd för barnets signaler och behov, respekterat barnets vilja att få utforska och upptäcka och varit den trygga plats där barnet får skydd, kommer barnet att utveckla en positiv inre arbetsmodell av sig själv som älskad och värdefull. Modellen kompletteras av en trygg föräldrabild. Det omvända är ett barn som behandlats med kyla och därmed känner sig bortstött. Hos detta barn utvecklas inre arbetsmodeller utifrån att vara icke önskad och dålig. Bilden av föräldern blir präglad av opålitlighet och fientlighet. Erfarenheten från en positiv eller negativ första relation skapar arbetsmodeller för hur kommande relationer kan se ut och arbetsmodellerna kommer att påverka hur man relaterar till andra människor och nya situationer genom hela livet (Broberg, 1996).

3.3.4 Alternativa anknytningspersoner

Bowlby uttrycker, *"att bindningsbeteende är varje form av beteende som leder till att en person når eller bibehåller närhet till någon annan klart identifierad person som uppfattas som bättre i stånd att klara världen"* (Bowlby, 1994, s 45). Utifrån Bowlbys synsätt att anknytningsbeteende är ett naturligt beteende har det lilla barnet en förmåga att kunna välja ut någon annan person såsom pappan eller någon annan om mamman inte finns tillgänglig. Mamman kan till exempel av psykologiska eller känslomässiga skäl vara otillgänglig för barnet. Barnet söker aktivt den som står för trygghet och säkerhet. Vid slutet av det första

levnadsåret har de flesta barn utvecklat en stark anknytning, oftast till båda föräldrarna. Bowlby menar att när grunden i anknytningen väl finns, när barnet alltmer kan börja "läsa" och förstå sina föräldrar utvecklas en alltmer komplex relation som Bowlby kallar "ett partnerskap" mellan barnet och den vuxne (Howe, 1995). Anknytningsbeteenden är tydligast i den tidigaste barndomen, men det kan märkas under hela vår livscykel. Det framträder tydligast av situationer av rädsla, utmattning eller till exempel vid sjukdom, då personen kan behöva trygghet och tröst. Beteendet har biologiskt sett en skyddsfunktion och kan utifrån det ses som en viktig del av människonaturen (Bowlby, 1994).

3.3.5 Olika anknytningsmönster

Bowlbys medarbetare Mary Ainsworth utvecklade tankarna kring Bowlbys teori genom att intressera sig och utarbeta en testmetod för att undersöka individuella skillnader i sättet spädbarn knöt an till sina mödrar. Metoden kallade hon för "Strange Situation". Metoden lämpar sig för att studera anknytningsbeteende hos barn i ett till två års ålder och består av några korta separationer och återföreningar av mor och barn i en laboratoriemiljö. Testet pågår under cirka tjugo minuter och videofilmas för analys. De observationsmetoder Ainsworth utarbetade genom sin "Strange Situation" hjälpte till att utveckla den empiriska forskningen kring betydelsen av anknytningen mellan föräldrar och barn. Utifrån sina studier kunde Ainsworth urskilja och kategorisera tre olika anknytningsmönster. Trygg anknytning (B) som enligt forskning uppvisas av 60 – 70 % av normalpopulationen i västvärlden. Undvikande anknytningsmönster (A), 15 – 30 % av befolkningen har detta mönster av anknytning. Slutligen, Ambivalent anknytningsmönster (C) som uppvisas av 10 – 20 % av normalpopulationen i västvärlden (Broberg, 1996).

Mönstret för trygg anknytning (B): Barnet undersöker på ett frimodigt sätt världen och litar på att hans/hennes föräldragestalt finns tillgänglig och hjälpsam vid svåra och skrämmande situationer. Anknytningsmönstret bygger på att föräldern under barnets första år varit lyhörd och tillgänglig för sitt barn och på ett kärleksfullt sätt mött barnet när det sökt tröst och skydd (Bowlby, 1994).

Mönstret för undvikande anknytning (A): Barnet förväntar sig i detta anknytningsmönster att bli bortstött istället för att få ett hjälpsamt gensvar när han/hon söker stöd och omsorg och detta leder till att individen så småningom strävar mot att bli emotionellt självtillräcklig.

Mönstret uppstår på grund av att barnet blivit avvisat när de sökt sig till föräldern för tröst och trygghet (ibid).

Mönstret för ambivalent anknytning (C): I det här anknytningsmönstret är barnet osäker på om hans/hennes förälder kommer att vara tillgänglig i de situationer när han/hon söker dem för stöd och tröst. Osäkerheten leder till att barnet blir känslig för separationer och därför känner en rädsla för att lämna förälder för att utforska världen. Anknytningsmönstret uppkommer genom att föräldern ibland varit tillgänglig ibland inte. Barnet kan ha varit utsatt för separationer eller känt sig hotad av att bli övergivet (ibid).

Ytterligare ett anknytningsmönster har under de senare åren beskrivits i forskning bland annat av Mary Main, en elev till Mary Ainsworth. Det kallas det desorganiserade anknytningsmönstret (D). Barnen visade upp en desorganiserad form av något av de tidigare nämnda mönstren, särskilt det ambivalenta mönstret. Bland normalpopulationen är detta anknytningsmönster relativt ovanligt. Forskning visar att det är mer vanligt förekommande i riskgrupper. Man syftar på barn som blivit misshandlade eller grovt försummade, familjer där mödrarna varit deprimerade, misshandlade eller har varit utsatta för sexuella övergrepp som barn (Bowlby, 1994). Main har fortsatt sin forskning med att även undersöka hur föräldrars egen anknytningshistoria i barndomen påverkar deras egen förmåga att knyta an till sina barn när de blir föräldrar (Broberg, 1996).

3.4 Samspel - Anknytning

3.4.1 Faktorer som kan påverka anknytningen

Berg Brodén (1992) menar att en instabil yttre livssituation såsom dålig ekonomi eller arbetslöshet, avsaknaden av familj och vänner samt konfliktfyllda relationer till närstående är en ytterst ogynnsam utgångspunkt för barnafödande. Berg Brodén menar att alla svårigheter och konflikter konkurrerar om moderns energi och därmed försvagas hennes möjlighet att knyta an till sitt barn. Det är dock av betydelse att inte enbart anamma socioekonomiska orsaker som att vara ensamförälder eller ”fattigdom” som de enda förklaringarna till anknytningsproblem. Av lika stor betydelse är att inte enbart se en psykodynamisk förklaringsmodell. Synen på föräldraskap måste vara vidare än så (Daniel m fl, 1999).

Andra faktorer som kan kräva energi och påverka samspel och anknytning är orsaker kopplade till svårigheter under mammans graviditet eller förlossning. Ett för tidigt fött barn, barn som drabbas av sjukdom är anledningar kopplade till anknytningen ur ett annat perspektiv. Mamman kan under den första tiden tillsammans med barnet drabbas av en depression. Psykologiska orsaker och osäkerhet i föräldrarollen är andra aspekter. Dessa exempel skall inte ses som orsaker utan som predisponerade riskfaktorer. De flesta kvinnor klarar av sitt moderskap väl även om de varit utsatta för mycket traumatiska händelser som kan kopplas till de nämnda exemplen (Berg Brodén, 1989).

Tillgång till en stödjande partner för mamman, ett stödjande nätverk för familjen och trygga sociala förhållande är faktorer som i alla de nämnda situationerna är mycket viktiga och kan väga upp och vara ett stöd i situationer där föräldrarna eller barnet inte mår bra. Det är av vikt att se helheten och ha en kunskap och förståelse inför att det är många faktorer som påverkar anknytningen mellan föräldrar och barn (Ohlsson & Östberg, 2000).

För mamman och barnet är naturligtvis pappan, den egna familjen och det egna sociala nätverket det viktigaste och det som i de allra flesta fall träder in. Samhället kan få spela en roll för att stödja mamman till exempel med bostad och ekonomiskt bistånd.

Barnavårdscentralen kan ha en stor betydelse eftersom de träffar alla barn och deras föräldrar. Utifrån en forskargrupp i Göteborg har en metod utarbetats för att identifiera och uppmärksamma depressioner hos nyblivna mammor. Metoden bygger på en självskattningsskala som fylls i av mamman vid något av hennes besök på barnavårdscentralen. Genom att uppmärksamma mamman och se till så att hon får det stöd hon behöver betonar man att det inte är enbart barnets fysiska utveckling som är det viktiga. Mödravårdscentral och barnavårdscentral har en annan viktig funktion genom att anordna föräldrautbildning i grupp. Frågor kring barnets första tid, känslor av ambivalens till barnet och de svårigheter som kan uppstå kan diskuteras och vara ett stöd för nyblivna föräldrar. Gruppverksamheten skall utgå från föräldrarnas egna frågor kring föräldraskap och barnets känslomässiga utveckling och samspelet med föräldrarna bör där lyftas fram (SOU 1998:31).

Även om den första tiden och de första åren är viktiga för utvecklingen av en god anknytning finns alltid möjligheter att genom insatser och stöd skapa nya förutsättningar för en god och utvecklande anknytning även för ett äldre barn (Daniel m fl, 1999).

3.4.2 Konsekvenser för barnet

Komplexiteten i de orsaker och sammanhang som ligger till grund för icke-fungerande anknytningsmönster är stor. Anknytningsbekymmer kan uppstå antingen genom att barnet haft ett osäkert anknytningsmönster till sin närmaste omvårdare och/eller att anknytningen av någon anledning blivit störd eller avbruten på något sätt (Daniel m fl, 1999).

Ett dåligt fungerande samspel mellan det lilla barnet och föräldern kan, om det fortsätter vara bristfälligt för barnet, visa sig i dålig viktuppgång, långsam utveckling, sömnstörningar eller att barnet är allmänt missnöjt och kinkigt. Det är den första direkta konsekvensen för det späda barnet och det kan innebära allvarliga följder eftersom barnet är beroende av en god utveckling både fysiologiskt och psykologiskt under den första tiden (Ohlsson & Östberg, 2000).

Bowlby menar utifrån sin anknytningsteori att våra inre arbetsmodeller av oss själva och relationsmönster till andra personer påverkar oss livet ut genom vår självbild och på det sätt vi fortsätter att bygga sociala relationer till andra. Den indelning av anknytningsmönster, som Ainsworth genom sin forskning arbetade fram, kan ge en ledtråd hur våra framtida relationsmönster kan te sig. Ett barn som fått möjlighet att tillsammans med sin närmaste omvårdare utveckla en stark och stabil anknytning fortsätter att under sin barndom utvecklas på alla plan, bland annat är den språkliga och den kognitiva utvecklingen beroende av att barnets första tid har varit gynnsam (Daniel m fl, 1999). En god anknytning hjälper barnet att bland annat utveckla sitt självförtroende och att hantera situationer av stress och frustration. Barn som upplevt störningar eller bekymmer i sin första anknytning till föräldern kommer att få svårigheter i att skapa goda relationer. Dessa svårigheter kan bestå i att de kan ha bekymmer med att känna empati och att visa sina känslor. De kan ha ett omoget beteende och verka självcentrerade. För dem har den första anknytningen inneburit en psykologisk smärta och det kan vara därför de i sina relationer försöker att hålla en känslomässig distans till andra för att om möjligt skona sig själva från fortsatt smärta (Daniel m fl, 1999).

Till barnpsykiatrin kommer alltfler barn och ungdomar som saknar förankring i sig själva och i sin omgivning. De förstår inte hur relationer fungerar och de har svårt att tolka sociala signaler. Pia Risholm Mothander (1998), psykolog och forskare inom området menar att de relationsstörningarna vi konfronteras med inom barnpsykiatri och socialtjänst handlar om tidiga beteendestörningar hos barn, ångest hos föräldrar, störningar i föräldrafunktionen eller i regleringen mellan barn och föräldrars beteende. Risholm Mothander menar att dessa symtom

och tecken kräver ett förändrat teoretiskt tänkande. Kunskap och förståelse om teoretiska och empiriska kopplingar mellan anknytningsmönster och barns goda utveckling kan vara till hjälp för exempelvis socialarbetare när de skall bedöma och utreda kvalitén på barns relationer. En mycket viktig aspekt vid bedömning av anknytningsförhållanden är att ”alla anknytningar” skall betraktas med respekt eftersom de har stor betydelse för barnet, även om de utåt sett verkar vara destruktiva (Daniel m fl, 1999).

3.4.3 *Postpartum depression*

Utifrån uppsatsens syfte är inte min tanke att förklara orsakssammanhang till anknytningsbekymmer i den här uppsatsen. I min problemformulering ger jag några möjliga exempel på vad som kan ligga till grund för problematiken. Även i avsnittet som behandlar, faktorer som kan påverka anknytningen nämns en del orsakssammanhang. Nedstämdhet och depression hos nyblivna mammor är ett tillstånd som jag trots detta vill stanna upp kring och belysa på grund av att det är en mycket vanlig anledning till bekymmer i samspelet mellan mor och barn.

För de flesta mammor är den första tiden med barnet en period då känslorna växlar mellan glädje och sorg. Så småningom stabiliseras tillvaron men en del kvinnor känner sig efter några månader alltmer nedstämda och oroliga. Känslorna kan vara mycket blandade inför barnet. Mamman kan ha tankar kring att skada sig själv eller sitt barn eller bete sig avvisande mot barnet. Mödrar kan hamna i en ond cirkel av trötthet och uppgivenhet kanske på grund av att de försöker kompensera barnet genom att ständigt amma och bära på det. Andra tecken kan vara sömnsvårigheter som inte är kopplade till barnets vakenhetsperioder under natten.

Enligt forskning drabbas så många som 10 % av alla nyblivna mammor av postpartum depression, d v s depression efter förlossningen (Wickberg, 1993). Detta skall inte förväxlas med det man benämner som puerperalpsykos, det som allmänt kallas för amningspsykos. Detta är en djupare och allvarigare form av psykos eller depression som är mycket ovanlig. Den drabbar en till två kvinnor per tusen födselar (ibid).

Depressionstillståndet kan förklaras genom biologiska faktorer som har att göra med barnafödandet. Dessa faktorer ökar sårbarheten för en eventuell depression hos en grupp av kvinnor. De flesta depressioner förklaras dock av psykologiska och sociala faktorer såsom tidigare svåra livshändelser, tidigare depressioner eller problem i relationer till exempel till

barnets pappa. Brist på stöd, arbetslöshet eller minskad personlig frihet kan vara andra anledningar. Depressioner hos nyblivna mammor är ibland svåra att upptäcka. Mammor kan dra sig för att berätta, eftersom omgivningens tryck på att man skall vara lycklig och tacksam för sitt fina barn är stor. Man kan känna rädsla inför att bli betraktad som en ”dålig” mamma. Det finns nyblivna mödrar som inte är medvetna om att de är deprimerade. Det är inte så vanligt att mammor själva söker hjälp för tillstånd av nedstämdhet. Många av de som söker hjälp gör det ofta inom den medicinska vården och då för symtom hos barnet eller för egna psykosomatiska besvär (Wickberg, 1993).

Tidig upptäckt och stöd för mamman är viktigt eftersom det har visat sig att barn till deprimerade mödrar visat en högre grad av otrygg anknytning, framför allt om depressionen varat mer än 6 månader. Att mamman får hjälp och stöd kan ha en avgörande betydelse för barnet. *”Ett spädbarn har med andra ord inte tid att invänta att mammans depression skall självläka”* (SOU 1998:31, s 89).

4 RESULTAT

4.1 Redovisning av insamlat material

4.1.1 Beskrivning

Som jag skrivit i mitt metodavsnitt är redovisningen av mina intervjuer bearbetad utifrån en kvalitativ metod. Redovisningen inleds med ett större avsnitt där de två terapeuterna beskriver den verksamhet de arbetar i. Därefter följer ett antal teman som kan belysa och ge svar på mitt syfte och mina frågeställningar i uppsatsen. För att åskådliggöra min redovisning av mitt material följer en kort beskrivning av innehållet i de olika avsnitten.

Verksamheten: En kort inblick i spädbarnsverksamhetens organisation. Därefter ges en beskrivning av vilka de mammor är som får behandlingsstöd på spädbarnsverksamheten och vad det är de vill ha och behöver stöd i. Terapeuterna beskriver därefter metoder i sitt behandlingsarbete utifrån nyckelorden samspel och anknytning.

Mammornas upplevelser från den första tiden med barnet: I det här första temat berättar mammorna om sin tankar och förväntningar inför det kommande barnet. De berättar även om

upplevelser kring förlossning och tiden på BB. För fyra av de fem mammorna har just förlossningen och tiden på BB haft stor betydelse och mammorna har själva ”stannat” upp kring denna i mina intervjuer. Detta trots att jag i min intervjuguide inte har någon fråga kring just detta.

Hur knyts kontakten mellan mödrar och spädbarnsverksamheten? I det här temat beskriver mammorna hur de har kommit i kontakt med spädbarnsverksamheten.

Behandlingskontakten: Mammorna berättar i det här temat om hur deras stödkontakt med terapeuten på spädbarnsverksamheten har varit utformad.

Resultat av behandlingsstöd: Mammorna berättar här om hur de har uppfattat kontakten och om den har lett till något resultat eller förändring.

4.1.2 Mina intervjupersoner

Här presenterar jag mina intervjupersoner med ålder, barnet som är aktuellt i kontakten med spädbarnsverksamheten och mammornas civilstånd. Mödrarna i intervjuerna har fått fiktiva namn:

Sara, 23 år. Första barnet, Sara är sambo med barnets pappa.

Magdalena, 36 år. Första barnet, Magdalena är sambo med barnets pappa.

Emma, 37 år. Tredje barnet, två äldre barn i skolåldern (mellanstadiet). Gift med barnens pappa.

Johanna, 35 år. Första barnet, Johanna är gift med barnets pappa.

Margareta, 35 år. Andra barnet, det äldre barnet är i övre förskoleåldern. Margareta är gift med barnens pappa.

De två professionellt verksamma kallar jag vid förnamn, **Anna** och **Maud**.

4.1.3 Verksamheten

Organisation: Spädbarnsverksamheten, som är en öppenvårdsverksamhet, ingår i den Barn och ungdomspsykiatriska kliniken på Sankt Sigfrids sjukhus i Växjö. Det är en liten avskild enhet belägen i bottenplanet av det hus där det övriga barnpsykiatriska arbetet bedrivs. På spädbarnsverksamheten arbetar tre personer, fördelade på 2.25 % tjänstgöringsgrad. (Att

jämföra med att verksamheten hade 72 ärenden, år 2000) Av medarbetarna är två, Inga-Britta och Maud psykologer med terapeututbildning, steg 2. Den tredje medarbetaren, Anna har skötarutbildning med terapiutbildning, steg 1 och är även Marte Meo-terapeut.

Spädbarnsverksamheten kom igång på försök i liten skala 1989 efter inledande diskussioner med andra verksamheter som arbetade med den här patientgruppen, bland annat psykolog på barnavårdscentral och ett behandlingshem för mammor och barn. Från år 1992, då den permanentades, har den sedan vuxit och ses som alltmer viktig. Detta både inom den egna organisationen men framför allt av andra verksamheter som spädbarnsverksamheten samverkar med. Anna menar att detta inte var självklart från början då bland annat förespråkare för barnavårdscentralen såg verksamheten som en konkurrent. Anna beskriver att i de inledande diskussionerna nämndes inte uttryck som ”anknytning”. Det man såg som viktigt var att tidigt ”gå in” och skapa en bra första tid för de minsta barnen.

Problematik: Både Anna och Mauds uppfattning är att mammor som söker stöd på spädbarnsverksamheten ofta är kvinnor som har kommit upp något i ålder och kanske väntat med att skaffa barn. De har det ofta socialt stabilt med arbete och bra utbildning. Det är vanligare att mammor är sammanboende med barnets pappa än att de är ensamstående. Maud uppfattar att mammorna ofta är kvinnor med höga krav på sig själva, vana vid att betraktas som ”duktiga” och ha kontroll. De träffar även en del unga mammor. Mammor med social problematik träffar de också men det förekommer inte så ofta.

Den problematik som mammor uttrycker när de söker stöd på verksamheten kan vara att de psykiskt inte mår bra efter en svår förlossning eller ett akut kejsarsnitt. Maud tycker sig se att det har blivit fler som kommer på att de har fått ett dåligt bemötande i sjukvården. Andra anledningar som skapat oro och varit en anledning att söka stöd kan vara att barnet är för tidigt fött eller att barnet är sjukt eller mår dåligt på annat sätt. Det kan vara ett barn som är svårt att trösta eller på annat sätt ”ett lite jobbigt barn” som skapar oro och stress och känslor av misslyckande hos mamman. Det kan finnas relationsproblematik hos de nyblivna föräldrarna. Postpartum depression är en annan anledning. Detta är en företeelse som uppmärksammas alltmer, bland annat av BVC-sköterskor (distriktssjuksköterskor på barnavårdscentral). De har genom spädbarnsverksamheten fått utbildning om samspelsproblematik och använder sig av ett självskattningsformulär som alla mammor fyller i. Formuläret kan ge en vägledning i hur mamman känner sig känslomässigt. Maud menar att i

och med att det nu finns en större öppenhet inför depressionstillstånd är det fler mammor som aktivt vill ha hjälp med detta. På spädbarnsverksamheten tar man även emot blivande mammor där man kan befara att det inte kommer att bli en bra anknytning, kanske på grund av stor oro inför förlossningen.

Remissförfarandet: Mammor kommer i kontakt med spädbarnsverksamheten på varierande sätt. Mammor kan själva ta kontakten. Remisser kan komma från barnmorska på mödravårdscentral eller BVC sköterska, Anna upplever att det är mer vanligt att barnmorskor ringer och menar att detta har med att göra vilket ”fokus” de olika yrkeskategorierna har. Barnmorskor har ju mamman i fokus. Har du fått en bra kontakt med din barnmorska under graviditeten är det kanske hellre till henne du uttrycker att du är ledsen eller orolig när du kommer på efterkontroll när ditt barn är fött. Anna menar att detta kan ha samband med att du på BVC har kravet att visa upp barnet, att det ökar i vikt o s v. Om du känner dig som ”dålig och misslyckad” förälder är det inte alltid självklart att uttrycka detta till sköterskan på BVC. Anna menar dock, att sedan BVC-sköterskor fått utbildning kring samspelsproblematik har det skett en ökning i antalet kontakter från BVC. I övrigt samarbetar spädbarnsverksamheten med förlossnings- och barnkliniken, som även de hör av sig angående mammor och barn som haft det traumatiskt och kaotiskt under den första tiden.

Samverkan: Anna berättar att det är många av deras samverkanspartners som ringer och rådfrågar terapeuterna på spädbarnsverksamheten kring ärenden de har. Både Maud och Anna tycker att all den samverkan man har med andra verksamma inom området fungerar mycket bra och att det är positivt att samverka med andra. Ibland arbetar man med ärenden där samarbete eller kontakter sker med vuxenpsykiatri eller socialtjänsten och de har för det mesta alltid fungerat bra. Maud menar att *”det är ju såmed småbarn, det väcker såmycket, man vill samarbeta. Det är ingen som säger, det där är inte vårt bord, man kommer förbi det pågrund av att det är småbarn.”*

Grundsyn i behandlingsarbete: Maud beskriver att spädbarnsverksamheten utgår från ett psykodynamiskt synsätt och att det övergripande målet är att få de mammor och de barn de möter att knyta an till varandra, de verksamma uppgift är att försöka undanröja hinder för detta. Anna beskriver att *”vi måste se till att det här fungerar, för barn kan ju faktiskt dö om de inte får tillräckligt mycket samspel. Det får inte finnas några hinder för att barnet skall kunna knyta an”*. Det allmänna förhållningssättet är att försöka vara en ”container” och att

försöka ”hålla mammans oro” genom att lyssna på och bekräfta vad mammorna uttrycker. Det handlar inte om individualterapi utan mer om att stötta mamman i ett jagstärkande och krisbearbetande syfte. Det kan handla om att komma bakom starka känslor av att själv ha varit övergiven som liten eller att bearbeta svåra förlösningsupplevelser som har blivit ett hinder, man orkar inte ta till sig barnet på grund av att man upplever att *”den här personen, det lilla barnet, har gjort mig såilla”*. Känslorna måste då bearbetas så att de inte står i vägen för anknytningen till barnet och terapeuterna måste då vara det stöd som gör att mamman kan se och möta sitt barn. Ofta handlar det om att bekräfta det som är bra och fungerar i relationen och i och med bekräftelsen få mamman att göra mer av det.

Metoder: Maud beskriver att hon i början av kontakten försöker att skapa sig en bild av mor – barnparet utifrån kontakten de har med varandra. Men det är också viktigt att skapa sig en bild av hur den sociala situationen och nätverket ser ut. Anna menar att det mycket handlar att som terapeut själv ”knyta an” till familjen, man lyssnar och möter dem i den situation de är. Anna beskriver att när hon möter nya mammor och barn har hon alltid anknytningsrelationen i fokus. Utifrån den försöker hon att se hur de relaterar till varandra, hur mamman tittar på barnet och om de har ögonkontakt? Om inte kontakten finns, menar Anna att det kan bero på att mamman just då mår så psykiskt dåligt att hon inte orkar med den. *”Men om det finns en pappa som kan stötta, då behöver jag inte ha samma oro.”* Anna beskriver vidare: *”När jag hälsar på barnet, som är intressant, då kan jag ju se, fäster det här barnet blicken? Kan det över huvud taget fästa blicken? Händer inte det, då blir jag jätteorolig.”* Mammor kan uttrycka att deras barn ändå inte blir glada av att se sin mamma. Det är ett stort nederlag att bli ”bortstött” av sitt barn. Detta kan leda till en kris och känslor av uppgivenhet som gör att man inte vågar möta sitt barn. I dessa fall kan det vara mycket bra att använda sig av videoinspelningar av mor och barn där man konkret kan visa för mamman att barnet genom sin vilja till samspel söker kontakt med mamman. Anna menar att mödrar av detta blir väldigt värmda och att detta kan vara en del i att komma bakom hindren för anknytning. Anna tror och menar att alla vill vara bra mammor, att ge bekräftelsen, ”du duger” är betydelsefullt. Mamman behöver få veta att hon är viktig för sitt barn. En behandlingskontakt kan pågå, från ett par samtal, till att mamman och terapeuten träffas under ett års tid.

Förväntningar: Maud uppfattar inte att föräldrar har några förväntningar på att någon skall *”fixa och ställa allt till rätta”* när de söker stöd på spädbarnsverksamheten. Hennes känsla är mer att de är tacksamma att få komma och prata med någon som lyssnar. Därigenom få en

möjlighet att ventilera det som de är oroliga för. Anna uppfattar däremot att många föräldrar har stora förväntningar på den hjälp de erbjuds.

Konsekvenser: Både Anna och Maud betonar hur viktig barnets första tid är. Därför är det för barnets skull av största vikt att mamman mår bra. Gör hon av olika omständigheter inte det och att det leder till bekymmer i kontakten med barnet måste man, menar Anna, lägga stor energi på att se till så att det snabbt händer någonting positivt i relationen mellan mor och barn. Små barn kan inte vara utan kontakt och heller inte vänta på den. Maud menar att fungerar inte den här första relationen kan det påverka den fortsatta känslomässiga och kognitiva utvecklingen. Skador kan uppstå som sätter sina spår hela livet. Därför är det så viktigt menar Anna att tidigt komma in med en intervention, detta för att det då är lättare att *”ställa saker och ting till rätta, det går att reparera i en relation när du är så liten, därför blir det heller inte så stora skadeverkningar”*. Maud uttrycker kring sitt arbete:

”Jag är förvånad, alltså med så lite kan vi åstadkomma så mycket, det är fascinerande att se hur en mamma som inte orkat med sitt barn, inte orkat ta i det och som uttryckt, ta honom jag orkar inte med honom, efter två tre samtal kan sitta med sitt barn i famnen och söka ögonkontakt och säga, han är ju jättefin” (Maud).

4.1.4 Mammornas upplevelser från den första tiden med barnet

Margareta berörde inte aspekter kring just förlossning och tiden på BB i intervjun, därför är det enbart tiden före hennes barns födelse som beskrivs.

Sara berättar att hon och hennes sambo inte hade några förväntningar på att det skulle bli *”rosenrött”* att bli föräldrar, de tänkte att det nog skulle bli jobbigt. Sara säger att trots ganska låga förväntningar så är det klart att vi gick och väntade. Det Sara och hennes sambo mest funderade kring var vad som skulle hända med deras relation.

”Vad vi var mest oroade för var vad som skulle hända med oss. Inte vad som skulle hända med oss personligen, vi hade inte varit tillsammans så länge innan, vi flyttade ihop när jag var gravid ...det vi var oroliga för var att vi skulle behöva gå vakna om nätterna och gå och vanka och tära på varandra” (Sara).

Sara tyckte att hon hade en bra förlossning och stannade till en början i en vecka på BB. Under de första dagarna hemma började Sara och hennes barns bekymmer i och med att Sara fick stora problem med amningen. Sara beskriver att hon under den här veckan blev alltmer *”stressad”* och att hon mådde jättedåligt. Nu i efterhand känner hon att hon inte har någon

riktig minnesbild från denna vecka, det hon minns är: ”*Jag bara förknippade henne med mat och att det gjorde såont så jag ville liksom inte... jag ville bara så gärna kunna ha henne nära mig, på magen, utan att vara rädd för att det skulle göra ont /.../ rädd för att hon ville ha mat, av mej*” (Sara).

Sara erbjöds att återigen bli inlagd på BB, hon skrev åter in sig där och stannade i en vecka. Under den här veckan kom Sara i kontakt med sin behandlare från spädbarnsverksamheten.

Magdalena berättar att hon gärna ville ha barn men att hon, innan hon själv blev mamma trodde och tänkte att hon ”*aldrig skulle bli mor i hela sitt liv*”. Hennes sambo sedan 3 år tillbaka var från början inte positivt inställd till barn. Men han ändrade sig och de bestämde sig för att bli föräldrar. Magdalenas bekymmer, som sedan ledde till kontakt med spädbarnsverksamheten, började under hennes graviditet. Efter ungefär en tredjedel av graviditeten fick Magdalena behandling för en åkomma i underlivet, hon berättar ”*Jag fick behandling, det gjorde såhemskt ont /.../ sen efter det var det precis som... ja, jag kunde inte fatta vad det var jag hade i magen, att det var ett barn, man ska ju vara glad*” (Magdalena).

Efter detta mådde Magdalena psykiskt dåligt och började känna förlossningskräck som var så stark att Magdalena fick ångest, riktig dödsångest som hon själv uttrycker det. Hon tänkte på förlossningen hela tiden, kunde inte sova på nätterna eller gå förbi det rum i huset som hon och hennes sambo hade ställt i ordning för det väntade barnet. Magdalena säger att det inte riktigt går att förklara, men att hon ändå ”visste” att det skulle sluta bra, men först skulle hon igenom det här med förlossningen.

Magdalena tyckte att hon fick bra hjälp i den verksamhet BB erbjuder för mammor som behöver stöd inför förlossningen, för Magdalenas del innebar det att hon fick komma och vara på BB i en och en halv vecka för att vänja sig, ”*jag vågade inte gå in i förlossningsrummet eller någonting, de hade aldrig träffat någon som var så rädd som jag*”. Därefter åkte hon hem och var hemma i två veckor innan det var dags för hennes barn att födas. När det väl var dags att åka till BB så ”*var det ingenting*”. Magdalena hade sedan en förlossning som gick mycket bra. Efter de positiva upplevelserna har Magdalena tänkt på den rädsla hon kände före förlossningen och tycker att den i vissa stycken varit obefogad.

Emmas förväntningar inför sitt tredje barn var att detta skulle bli "en sista myskänsla", hon såg fram emot den härliga känslan att komma hem till familjen med det nya syskonet från BB. Framför sig såg Emma möjligheten att kunna få vara hemma och även få tid för sina äldre barn, till exempel att kunna följa med dem och vara med i skolan, "den lille kunde ju hänga med". Med tanke på sin ålder gjorde Emma fostervattensprov där man kan upptäcka ev. kromosomförändringar. Detta prov visade inga förändringar. När Emma sedan gick på ultraljudsundersökning visade det sig att barnet kunde ha en mindre inre missbildning. Detta medförde att hennes positiva förväntningar inför barnets födelse efter ett tag inte var så självklara.

Emma som under graviditeten hade fått signaler om att barnet kunde ha en mindre invärtes missbildning har inga positiva upplevelser från tiden på BB. Direkt när barnet var fött flyttades det till en avdelning för barn födda för tidigt, där man även observerar barn som behöver extra övervakning.

"De tog honom från oss direkt påförlossningen, det kändes som om de tänkte att nu har ni gjort ert,...han flyttades till 10:an där man direkt satte en sond (för matning, min anm.) Jag fick ingen chans att amma honom och detta tog bort mammakänslan /.../ och i och med att vi fick vara på olika avdelningar kände jag att jag bara kom och utfodrade honom, sen fick jag gå" (Emma).

Den tid Emma och hennes barn därefter hade på BB fylldes med provtagningar och undersökningar på barnet.

Johannas beskrivning inför sina förväntningar är att de i stort var mycket positiva. Barnet var planerat och när Johanna och hennes man väl bestämt sig behövde de inte vänta länge förrän de var med barn. Johanna beskriver att det var starka känslor inför barnets ankomst och att det "är tur att det är nio månader så att man hinner att vänja sig". Johanna förberedde sig inför att bli mamma genom att läsa mycket litteratur kring föräldraskap och hon förde också dagbok under graviditeten över sina känslor och hur hon mådde.

Johanna tyckte att förlossningen gick bra, att det var en häftig upplevelse. I slutskedet av förlossningen då Johanna behövde sys i underlivet begicks ett misstag som resulterade i en kraftig infektion i underlivet. Detta fick till följd att Johanna fick opereras och därefter stanna elva nätter på BB, något hon inte alls räknat med. Hon berättar att hon inför operationen

trodde att hon skulle dö *"Jag får nog aldrig se min lilla bebis igen"*. Johanna upplevde tiden på BB som *"knäckande"*, hon uppfattade personalen som okänslig i amningsituationer, hon upplevde en fanatisk inställning att alla skulle amma sina barn *"till vilket pris som helst"*.

Margareta som väntade sitt andra barn hade sin första graviditet att jämföra med. Margareta mådde då psykiskt dåligt och var deprimerad, hon hade då kontakt med spädbarnsverksamheten. Inför sitt andra barns födelse var Margareta optimist, hon tänkte att anledningen till att hon hade mått så dåligt under första graviditeten kanske berodde på att det var en stor omställning i livet med första barnet, en rädsla för ett nytt liv och att det är så mycket som blir förändrat, nu inför sitt andra barn kanske det inte behövde bli så. Därför blev Margareta väldigt besviken när hon tre månader innan beräknad förlossning kände att hon drabbats av samma problem även i sin andra graviditet. Hon kände sig deprimerad och kände ångest och beskriver det så här, *"jag mår väldigt dåligt, jag blir ledsen, jag gråter för ingenting, det blir väldigt jobbigt, jag vill bara vara hemma"*. Detta i kombination med att hon hade dåligt blodvärde gjorde att hon blev sjukskriven.

4.1.5 Hur knyts kontakten med spädbarnsverksamheten?

Sara berättade i det föregående avsnittet om de bekymmer med stress kring amningen som föranledde att hon skrev in sig på BB en extra vecka för att få hjälp. Det var på BB hon träffade sin terapeut Anna från spädbarnsverksamheten utifrån det samarbete som finns mellan verksamheterna. Sara kände inte till att denna verksamhet fanns innan hon själv kom i kontakt med den. Sara berättar utifrån att hon erbjöds hjälp, *"jag sökte ju inte hjälp, utan jag gavs ju hjälp, det tror jag var nyckeln"*. Sara menar att hon tror att det är viktigt att erbjuda hjälp, att inte förvänta sig att mammorna skall gå och söka hjälp. Sara menar att anledningar till att man inte själv söker hjälp är: *"Dels tycker man att man är helt onormal och sen får man sådåligt samvete att man känner så inför sitt barn. Det är inget man vill prata om, att till en vilt främmande människa säga, hej, jag tycker att mitt barn är ett monster, kan jag få prata med dig?"* Sara säger att det skulle vara bra om den här problematiken togs upp på föräldragrupper innan man får barn just för att kunna nå fler som är i behov av hjälp. Genom att diskutera det mer öppet skulle mycket av det dåliga samvete som nyblivna mammor kan känna försvinna. Man skulle behöva vara mer förberedd på att man kan må dåligt och att det är många som gör det.

Magdalena som under graviditeten kände stor skräck inför förlossningen, fick kontakt med sin behandlare på spädbarnsverksamheten ungefär vid tiden för halva graviditeten. Det var Magdalenas barnmorska och den läkare hon träffade på mödravårdscentralen, som berättade för Magdalena vad spädbarnsverksamheten var för något, Magdalena kände inte till den sedan tidigare. Hon behövde inte ringa själv utan kontakten ombesörjdes av barnmorskan.

Emma upplevde en turbulent tid på BB med läkarundersökningar och provtagningar på sitt barn, den oroliga tillvaron fortsatte även sedan Emma och hennes barn lämnat sjukhuset. Efter några dagars inläggning i Lund med positiva erfarenheter blev Emma och hennes barn åter kallade till undersökningar för att sedan läggas in på sjukhuset i Växjö, barnet var då tre månader gammalt. Emma beskriver att hon under de här dagarna hamnade i något slags chocktillstånd. *”Då började mitt liperi, allt rasade totalt”* och till sjukhuspersonalen uttryckte hon *”Ni kan lika gärna ta honom”*. De sjuksköterskor på den barnavdelning som hade mest kontakt med Emma och hennes barn tog initiativet till kontakten med spädbarnsverksamheten. När Anna kom till avdelningen tänkte Emma: *”Javisst, jag kan prata med henne, men vad skall hon hjälpa mig med, det är ingen som förstår hur jag har det. Jag var såinne i undersökningarna. När Anna sedan kom, det var som en sten som föll från bröstet. Det var så himla skönt.”*

Emma kände inte till spädbarnsverksamheten sedan tidigare och menar att om det inte är något fel eller andra bekymmer med barnet, som gör att man redan har kontakt med sjukvården på något sätt, så sitter man nog hemma och deppar utan att söka hjälp. Då måste det vara svårt att hitta kontakten med spädbarnsverksamheten. För Emmas del hade även hennes sköterska på BVC försökt att komma i kontakt med Anna eftersom hon uppmärksammat hur Emma mådde psykiskt. Emma säger att det säkert beror på vem man har som BVC-sköterska d v s hur lyhörda och intresserade dessa sköterskor är av hur mamman har det och hur det påverkar barnet.

Johanna fick information om spädbarnsverksamheten genom BB och BVC. Inte heller Johanna visste att den fanns innan hon fick barn. När Johanna en natt satt och ammade sitt barn drabbades hon av ett smärttillstånd som sedan har blivit kroniskt. Hon beskriver att hon *”fick ren panik”*, smärtan och stressen det medförde gjorde att hon ej kunde sköta barnet. *”Jag kunde inte ens tänka påbarnet, jag tänkte bara påmig själv.”* Direkt när detta utlöstes kände Johanna att det inte var något hon kunde reda ut på egen hand. Hon berättar att hon

sökte sig fram efter hjälp, att som hon uttrycker det, *”jag ringde alla, jag grep efter ett halmstrå och en fredagseftermiddag fick jag tag i Anna, hon var som hon var, vi pratade en halvtimme.”*

Margareta kände till spädbarnverksamheten sedan tidigare. När hon för några år sedan fick sitt första barn hade hon under graviditeten kontakt med Inga-Britta på grund av att hon var deprimerad. När hon under sin andra graviditet började känna på samma sätt tog hon själv kontakt med spädbarnsverksamheten. Margareta har träffat samma barnmorska på mödravårdscentralen under båda sina graviditeter och även barnmorskan har uppmuntrat Margareta i kontakterna med spädbarnsverksamheten. När Margaretas äldre barn föddes upphörde kontakten med Inga-Britta i och med att barnet föddes. Margareta har så här i efterhand känt att hon skulle behövt ha haft fortsatt kontakt även efter det att barnet var fött då hon fortfarande mådde mycket dåligt. Under graviditeten med sitt andra barn resonerade Margareta och Inga-Britta kring detta och Margareta tyckte att det kändes bra att veta att denna gång skulle kontakten fortsätta även efter det att barnet var fött.

4.1.6 Behandlingskontakten

Sara: De svårigheter Sara hade med amningen gjorde att hon efter någon vecka hemma efter BB-tiden bestämde sig för att sluta amma. Sara tyckte att det var jätteskönt att ta det beslutet men känner att det var väldigt svårt att för andra förklara och få förståelse för ett sådant beslut. Sara blev sjukskriven i tre veckor, hennes sambo var under dessa veckor föräldraledig och i och med att Sara inte längre ammade kunde han ta stort ansvar för barnet och avlasta Sara. Sara inledde sin kontakt med sin terapeut från spädbarnsverksamheten på BB och i början träffades de en gång per vecka för samtalskontakt. Träffarna har efter hand blivit mer sporadiska. Saras sambo var med på träffarna under första tiden då han var föräldraledig. Sara berättar att Anna stöttade Sara i sitt beslut att avsluta amningen och de känslor av dåligt samvete kring detta beslut är något som Sara och Anna diskuterade. *”Man känner sig som en sämre mamma fast förståndet säger ju att det inte är så”* I början handlade deras samtal mycket om hur livet såg ut dag för dag, med rutiner och liknande. Deras samtal har under behandlingskontakten berört Sara och hennes känslor till exempel om hon har känt på det här sättet i något tidigare skede av livet. De har pratat om barnet och allmänt om föräldraskap. Samtidigt med kontakten med spädbarnsverksamheten har Sara genom distriktsläkare fått medicin utskrivna, detta har Anna stöttat. Sara känner att kontakten med Anna i kombination med att läkare varit inkopplad gör att hon känner att det har varit ett ”helhetsgrepp”. Sara

känner att hon har blivit tagen på allvar, något som hon var rädd för att inte bli eftersom hon på BB uppfattat att viss personal menade att *"alla känner väl såmer eller mindre, och det gör ju alla, men man behöver inte fåhöra det"*.

Magdalena inledde sin kontakt med sin terapeut ungefär mitt i sin graviditet. I början träffades de någon gång i veckan för samtal. Magdalena beskriver inte sig själv som deprimerad utan att det var den starka ångesten som var orsak till att hon behövde hjälp. Det Maud, som var hennes terapeut, och Magdalena pratade omkring var den förlossningskräck hon kände. Man diskuterade vad det kunde bero på att hon var så rädd och vad som var det värsta i all rädsla. När förlossningen närmade sig kände Magdalena allt större ångest och den innebar till slut att hon inte kunde komma till spädbarnsverksamheten. Vägen dit innebar att man måste passera sjukhuset som Magdalena starkt förknippade med BB och förlossning. Under den perioden pratade Magdalena och Maud på telefon. Magdalenas sambo var med vid något tillfälle när Magdalena träffade Maud. I början när Magdalena började känna sin förlossningsångest tyckte hennes sambo att hon skulle sluta upp och tänka på det. Magdalena berättar att han mot slutet av graviditeten verkligen förstod hur dåligt hon mådde. Maud och Magdalena planerade en träff efter att barnet var fött och de träffades när barnet var ungefär två veckor gammalt. Magdalena beskriver att Maud tittade på henne och barnet när de kom på det planerade besöket *"och dåsåg hon påen gång att vi hade ju såbra kontakt, hon trodde kanske att det skulle bli problem med det också Men det blev det inte /.../ hon sa att ni behöver inte komma, hon tyckte inte att det fanns någon anledning."* I och med detta avslutades samtalskontakten mellan Magdalena och Maud.

Emma och hennes terapeut Anna har träffats en gång per vecka för samtal sedan de inledde sin kontakt. Emma sammanfattar att deras samtal handlar om *"att jag skall våga tro pålivet"*. Emma känner sig helt fri i tanken med Anna och beskriver att hon *"är helt slut"* när hon träffat Anna och uppfattar det som ett tecken att hon verkligen får *"ösa ur sig"* det hon behöver. Emmas barn mår nu bättre rent somatiskt och Emma känner stort förtroende för den barnläkare familjen har kontakt med kring barnet. Trots att Emma innerst inne vet att det är bättre med barnet är det ändå någonting som *"tuggar inom"* henne och fortfarande har hon mycket svarta tankar. I och med att det nu är bättre med barnet känner Emma att alla runt omkring henne förväntar sig att allt är bra och att det skall vara som vanligt. Emma beskriver att hon inte visar för andra hur hon känner det, ibland inte ens för sin man. Under sina samtal resonerar Anna och Emma kring vad det är som får Emma att falla ned i de gropar hon

beskriver att hon faller ned i. Anna har även videoinspelat Emma och hennes barn *"Anna har velat visa för mig att han (barnet, min anm.) tittar på mig fast jag tittar å ett annat håll, det finns ändå ett samspel och Anna tycker att vi har ett såhimla bra samspel"*. Emmas man har träffat Anna när hon var på hembesök hos familjen. Emma har känt att hon har behövt träffa Anna ensam på grund av hon har mått så dåligt men känner att det kanske hade varit bra om Anna träffat hennes man och äldre barn någon gång för att förklara hur det är.

Johanna och hennes terapeut träffades ungefär en gång per vecka i början av deras kontakt. De har träffats och haft samtal, ibland har Johanna haft med sig barnet ibland inte. Johannas man har varit med på en träff. Johanna ville snabbt bli hjälpt för att *"kunna vara tillbaka som riktig mamma"*. För Johanna har samtalen inneburit en möjlighet att *"få prata av sig"*. Johanna och Anna har vid sina träffar diskuterat och reflekterat mycket över tiden på BB, som för Johanna var mycket negativ. Johanna känner att hon under den första jobbiga perioden hade mycket stort stöd från sin man. Han tog ut föräldradigheten och tack vare det kunde Johanna sova och vila och det var något hon behövde på grund av den smärta hon drabbats av.

Margaretas stöd på spädbarnsverksamheten har bestått av samtal. Hon har även ätit antidepressiv medicin som hon fått genom sin vårdcentral. Dessa har hon ätit sedan hon slutade amma, vilket hon gjorde när hennes barn var fyra månader. Margareta kopplar mycket av sina depressiva känslor till just amningen och de hormoner som då påverkar kroppen. Den antidepressiva medicinen har hjälpt och gjort så att Margareta, som hon uttrycker det *"inte gråter hela tiden"*. Margareta beskriver att hennes terapeut har tyckt att Margaretas man skall följa med till samtalen. Margaretas man har inte varit positiv till det och Margareta tänker att det nog kunde ha varit bra om han varit med någon gång. *"Det är ju mycket som kommer upp om hur vi har det /.../ det vore nog bra ifall han förstod hur jag mådde, för jag kan känna att han har svårt att förstå det många gånger."* Margareta känner att graviditet och småbarnstid är en så speciell period. I och med att hon under dessa perioder har mått så dåligt har hon haft lätt att vända på saker och ting på ett negativt sätt. Detta menar Margareta att Inga-Britta, hennes terapeut, har kunnat hjälpa henne att se. Det kan vara situationer där hennes man kanske har menat att visa omsorg om henne men Margareta har tolkat det på ett helt annat sätt och till exempel känt sig anklagad. Margareta och Inga-Britta har träffats ungefär varannan vecka men har börjat att ha längre perioder mellan sina träffar. Margareta har själv trappat ned på sin antidepressiva medicin och känner på grund av det att hon *"vill ha henne kvar ett tag till"*.

4.1.7 Resultat av behandlingsstöd

Sara avslutade sin kontakt med Anna när barnet var drygt tre månader. Hon tycker att kontakten har varit till mycket stor hjälp. Kontakten med spädbarnsverksamheten i kombination med stöd från BVC-sköterska och distriktsläkare har varit bra. Sara uttrycker om sitt barn att hon under de första månaderna varit *”en exemplarisk dotter”*. Med detta menar Sara att barnet varit lugnt och stillsamt och på det sättet *”underlättat”* för Sara när hon mått som sämst psykiskt. Sara säger att om det finns något positivt med att hon mått så dåligt, så är det i så fall att hennes sambo och barnet kommit varandra väldigt nära och fått en relation. Även Sara och hennes sambo upplever att de kommit varandra närmre, *”det känns faktiskt som man har gjort något tillsammans, att man har kommit ur någonting ihop. Det är ganska häftigt faktiskt”*. Sara uttrycker att barnet och hon har börjat hitta varandra och att allt nu är mycket bättre. Hennes sambo arbetar mycket och det gör att Sara och hennes barn har mycket ensam tid tillsammans. Samtidigt som det är arbetsamt att vara ensam med barnet känner Sara att hon och dottern uppskattar varandra och nu håller på att hitta varandra på ett mer *”normalt sätt”* som andra kanske gör från början. Sara berättar att hon under perioden när hon mådde dåligt verkligen ville kunna njuta och uppskatta sitt barn och att det var väldigt positivt när hon kunde börja göra det:

”Jag kommer såväl ihåg första gången när jag kunde det, det var himmelriket, att bara kunna släppa allt och känna att det här är mitt barn /.../ det är inget monster, jag kunde känna att hon var inte ute för att göra mig illa utan att hon behövde mig, alltså...det var jätteskönt” (Sara).

Om Sara inte hade fått hjälp på spädbarnsverksamheten tror hon att hon hade mått mycket sämre än vad hon nu har gjort, att hon hade blivit *”knäpp”*. Sara tänker att hon och hennes sambo hade säkert inte kommit varandra så nära och inte Sara och hennes barn heller. *”Det är klart, hon hade väl överlevt och det hade väl jag också gjort, men det hade kanske inte varit så mycket mer.”*

Magdalena tycker att kontakten med spädbarnsverksamheten hjälpte henne. Magdalena menar att det är alltid skönt att ha någon att prata med även om det inte finns någon som kan ta bort sådana känslor som hon kände inför förlossningen. Magdalena berättar att hon känner att hon nu har fullt upp med sitt barn som är drygt ett år. Magdalena och hennes sambo planerar för ett syskon till sitt barn och Magdalena kan känna sig orolig att hon skall få samma känslor under en ny graviditet. Utifrån sin kontakt med spädbarnsverksamheten säger hon *”det är ju*

skönt nu ifall jag skulle bli gravid igen, om man behöver någon att prata med kan man ringa dit”.

Emma som fortfarande har kontakt med spädbarnsverksamheten tycker att kontakten hittills har varit bra. Hon menar att allt går framåt och att kontakten har varit ett otroligt stöd. Spontant så känner hon *”att hon skulle kunna gådär livet ut”*. Utan Anna vet hon inte vad som hade hänt. Emma tror inte att hon hade haft kraften att söka någon hjälp om hon inte på sjukhuset kommit i kontakt med Anna, *”jag tror jag hade deppat ihjäl mig”*. När Emma ser tillbaka på den tid som har varit ger hon beskrivningen utifrån sitt barn, *”han har mått som jag har mått”*. Emma upplever att hennes barn tidigare vände bort blicken i deras kontakt men att detta nu har ändrat sig och hon känner att ju starkare hon blir, ju gladare blir han. *”Jag ser min sinnestämning i hur han utvecklas.”* Emma upplever nu att hennes barn ändå är en i familjen och syftar då på den första tiden på sjukhuset då Emmas känsla var att hennes barn togs ifrån henne. Fler anledningar till att det nu känns något bättre är att hon känner stort förtroende för den läkaren som har hand om hennes barn. Emma har träffat andra föräldrar som har barn med samma somatiska bekymmer som hennes och de har kunnat utbyta erfarenheter. Emma känner också stort stöd i sin pappa som hälsar på Emma varje dag och försöker få henne att tänka på annat. Emma uppfattas av andra som en stark person och när Emma får höra det, exempelvis av sitt barns läkare känner hon *”jag darrar inombords och vill börja gråa”*. Emma menar att hon egentligen är en stark person men på det sätt hon känner sig just nu är inget hon kan *”jaga på”* eller styra, hon tänker att allt går hand i hand med henne själv och hennes barn.

Johanna hade kontakt med spädbarnsverksamheten i ungefär fyra månader och hon tycker att stödet hon fick var mycket bra och positivt. Just när hon fick kontakt med Anna tyckte hon att allt var *”jättesvart”*. Utifrån att hon just då inte orkade med sig själv kunde hon inte förstå hur hon skulle kunna vara mamma. Hon beskriver att genom sina kontakter var det som om hon fick tre *”livlinor”*, Anna blev en, de andra var de två duktiga sjukgymnaster som hon har fått bra hjälp av kring sitt smärttillstånd. Hade hon inte fått kontakten med spädbarnsverksamheten hade hon fortsatt att söka sig fram efter hjälp. *”Jag hade inte gett upp, jag hade jagat vidare, lasarettet, kyrkan eller vad som helst. Jag var säker, någon måste hjälpa mig och” någon” var inte familjen, jag behövde proffshjälp. Någon som såg det med andra ögon.”*

Margareta har fortfarande kontakt med sin terapeut på spädbarnsverksamheten. Margareta tycker att hennes tillvaro har börjat lätta men hon tycker fortfarande att hon har mycket ”grubbel” kvar. Margareta tänker mycket på att hon gärna skulle vilja ha fler barn men eftersom hon har mått psykiskt så dåligt i samband med båda sina barns födelse är det något som inte är självklart för henne. Mycket av hennes ”grubbel” finns i de här funderingarna. Margareta tycker att hennes yngsta barn är *”såotroligt mysig”* just nu och att det är väldigt roligt att ha barn. Margareta beskriver *”Den här hösten har bara varit jobbig, jag har inte njutit av att vara hemma som man skulle vilja göra /.../ njuta lite, det har det inte blivit, det har bara varit att klara sig igenom”*. Margareta uttrycker att hon trots att hon mått så dåligt, ändå har orkat med sina barn. Möjligtvis har Margaretas äldre barn påverkats av att hon har varit ledsen och nedstämd men det äldre barnet har haft möjlighet att få ha kvar sin dagisplats några timmar per dag och det har varit en ”välsignelse” känner Margareta. Kontakten med spädbarnsverksamheten har varit jättebra och varit till stor hjälp. Margareta uttrycker *”de vet vad de pratar om”*. Om hon inte haft den stödkontakten tänker hon att det hade varit *”oerhört jobbigt”*. Hon tänker att barnmorskan på mödravården i så fall hade varit tvungen att erbjuda henne mer stöd och hjälp.

4.2 Analys

De fem mödrar som deltagit i min studie har alla haft kontakt med samma spädbarnsverksamhet. Fyra av mammorna kände inte till att verksamheten fanns innan de blev föräldrar. Den femte mamman visste att verksamheten fanns tack vare att hon haft stödkontakt där för några år sedan när hennes första barn föddes. En av mammorna kom i kontakt med sin terapeut från spädbarnsverksamheten när hon var inskriven på BB. En mamma kom i kontakt med verksamheten utifrån att hon var inskriven tillsammans med sitt barn på barnklinik. En tredje mamma kom i kontakt med verksamheten genom att hennes mödravårdsbarnmorska förmedlade och ombesörjde kontakten. En utav mödrarna ringde själv verksamheten. Den femte mamman tog själv kontakten med verksamheten och den terapeut hon tidigare haft kontakt med när hon för några år sedan väntade sitt första barn. De sätt mödrarna har kommit i kontakt med spädbarnsverksamheten på stämmer väl överens med den bild Socialstyrelsen ger i sin rapport från 1993. I slutbetänkandet från Barnpsykiatrikommittén (SOU 1998:31) diskuteras möjligheter att nå föräldrar och barn i behov av stöd för att förebygga psykisk ohälsa. En viktig faktor är att bli ”sedd” just som förälder och i utredningen menar man att detta är möjligt genom det stora, generella kontaktnät som finns genom mödravård – förlossning och barnhälsovårdcentraler. *”Mödra- och barnhälsovården når nära nog alla*

Sveriges barn och föräldrar i ett avgörande skede i livet” (SOU 1998:31, s 81). Ett psykosocialt arbete kan inom mödravård eller barnavårdscentral ske på olika sätt. Det kan vara genom individuellt stöd, föräldragrupsgruppsverksamhet eller att kontakt förmedlas till andra yrkesgrupper. Ett problem med detta kan vara olikheter i enskilda barnmorskors och distriktsköterskors kunskap och intresse för de psykosociala faktorerna. Det psykosociala arbetet är inte heller så klart definierat menar man i betänkandet. Detta kan skapa stora skillnader i vilka som får och hur stödet blir utformat.

För samtliga fem mammor har stöd-/behandlingsinsatserna varit utformade utifrån samtalskontakt. Utifrån de två terapeuternas beskrivning erbjuds samtal på spädbarnsverksamheten av krisbearbetande och jagstärkande karaktär med syftet att undanröja psykiska hinder för att möjliggöra en bra anknytning mellan mor och barn. De olika mammornas problematik har styrt innehållet i samtalen. För en av mammorna har det handlat om att diskutera sin ångest inför förlossningen för en annan att diskuterat sitt eget somatiska tillstånd kopplat till sin förmåga som förälder. För de övriga mödrarna har samtalen handlat om oro och upplevelser kring sitt barns första problematiska tid som lett till kris och nedstämdhet för mamman. Det har handlat om depressiva känslor kopplat till graviditet och nyföddhetsperiod och negativa känslor och nedstämdhet kopplat till barnet. En av mammorna och hennes terapeut har använt sig av videoinspelningar av samspelssituationer mellan barnet och mamman. Brodén (1993) menar att graviditet och spädbarnsperiod är en tid som domineras av känsloupplevelser och känslomässig kommunikation. Att bli förälder ställer inte i första hand krav på kunskap utan mer en känslomässig öppenhet och lyhördhet samt en förmåga att kunna öppna sig för barnet. Modern är emotionellt öppen och nära sina inre processer under dessa perioder och det gör henne också redo för att ta emot barnet. Detta innebär att det finns en beredskap hos mamman att ta emot hjälp om konflikter dyker upp. Perioden representeras av hopp och förändringsvilja. Därför menar Brodén att psykoterapeutiska insatser är väldigt lämpliga under den här perioden.

Samtliga fem mödrar har uppfattat stöd- och behandlingsinsatserna som mycket positiva. De har med eftertryck uttryckt att kontakten varit mycket viktig för dem och att den har hjälpt dem. De tycker att de har fått bra stöd av sina respektive terapeuter. Några av mammorna ser den positiva upplevelsen av stödet i kombination med stöd från andra verksamheter som stöttat dem parallellt. En av mammorna fick, samtidigt med stöd från spädbarnsverksamheten hjälp genom BB att bearbeta sin förlossningskräck. En mamma har samtidigt med sin

stödkontakt haft god hjälp av läkare på vårdcentral samt BVC. En tredje mamma tycker att samtalsstödet från hennes terapeut i kombination med positiva kontakter av sjukgymnaster har verkat positivt för henne. Bowlby menar i sin anknytningsteori att anknytningsbeteende är tydligast när vi är barn. Men när vi som vuxna drabbas av svåra livshändelser, som till exempel sjukdom eller andra omvälvande upplevelser, aktualiseras återigen vårt anknytningsbeteende. I situationer av rädsla, utmattning eller ångest behöver vi tröst och stöd precis som det lilla barnet (Bowlby, 1994). Mammorna i min studie har alla genom sin graviditet och första tid med sina barn hamnat i situationer som för dem varit svåra och övermäktiga och gjort att de behövt hjälp. Genom spädbarnsverksamheten har de erbjudits stöd och bekräftelse som samtliga uppfattat som positivt. Ytterligare faktorer som ett par av mammorna talar om är det starka stöd de känt från sin partner. Stöd från barnets pappa och övrigt socialt nätverk är viktigt i situationer när mamma eller barn inte mår bra (Ohlsson & Östberg, 2000).

Tre av mödrarna har vid tiden för mina intervjuer avslutat sin kontakt med spädbarnsverksamheten. En av dessa mammor var enbart i behov av stöd under graviditeten, då hennes situation förändrades i och med att barnet föddes. Barnets och hennes relation och samspel har sedan dess fungerat och de har haft ett positivt första år tillsammans. En annan av mammorna beskriver att hon psykiskt mår mycket bättre och att hon och hennes barn håller på att "hitta varandra" alltmer. Att hon har fått hjälp ur sin svåra period har gjort att hon har fått en fördjupad relation med både sitt barn och sin sambo. Den tredje mamman, som avslutat sin kontakt tycker att stödet har hjälpt henne att dels komma förbi de negativa känslorna hon hade kring sin och barnets tid på BB och dels gett möjlighet att få bearbeta känslor kring ett svårt smärttillstånd hon drabbats av. Utifrån det har hon kunnat gå vidare och komma tillbaka i sitt föräldraskap. Två av mammorna har fortfarande behandlingskontakt med spädbarnsverksamheten vid tiden för mina intervjuer. Båda upplever att de utifrån det stöd de hittills har fått mår psykiskt bättre och utifrån det är deras livssituation något förbättrad. Den ena av dessa mammor upplever sitt barn som allt gladare och ser det som en spegling av att hon själv nu mår psykiskt bättre. Det är av största vikt att upptäcka och stödja mamman om hon under perioden med det nyfödda barnet drabbas av svårigheter som depression. Genom forskning vet man att barnet drabbas på ett eller annat sätt av mammans depression. Särskilt allvarligt är det för barnet om mamman inte får hjälp att komma ur sitt tillstånd, eftersom man vet att långvarig depression riskerar att allvarligt påverka samspel och därmed anknytningen mellan mor och barn (SOU 1998:31). Om inte barnet kan hitta någon annan

anknytningsperson att relatera till, kan den allvarligaste konsekvensen bli att barnet inte får möjlighet till en bra anknytning. Därmed kan både barnets självbild och känslomässiga utveckling skadas (Daniel m fl, 1999). Brodén (1993) menar att behandlingsinsatser på ett tidigt stadium ofta ger både snabb och varaktig effekt. Denna erfarenhet bekräftas av terapeuterna på spädbarnsverksamheten som ofta upplever att de snabbt får respons i sitt arbete med mammor och barn.

4.3 Slutdiskussion

Studien visar att mödrar kommer i kontakt med den aktuella spädbarnsverksamheten på varierande sätt, exempelvis genom mödravårdsbarnmorska eller BB-avdelning. Samtliga mödrar har på spädbarnsverksamheten erbjudits samtalsstöd av krisbearbetande och jagstödjande karaktär utifrån sin individuella problematik. Alla fem mödrarna har uppfattat stödinsatserna som mycket positiva och värdefulla. Tre av mödrarna har avslutat sin stödkontakt med spädbarnsverksamheten och de upplever sin livssituation klart förbättrad. Två mödrar har pågående samtalskontakt och de upplever att deras situation är på väg att förbättras.

I en skrift från Svenska Föreningen för Barn och Ungdomspsykiatri (1993) betonar man vikten av att fortsätta behandlingsforskningen och utvecklingsarbetet av enheter för arbete med späda barn och deras föräldrar. Man ser vikten av samverkan mellan mödra- och barnhälsovård och barnpsykiatri för betydelsen av en trygg förälder-barn relation och tidig diagnostik. I min problemformulering ställde jag mig frågan hur samverkan mellan olika professionella resurser som möter de här föräldrarna och barnen fungerar. Utifrån mödrarnas berättelser hur de kom i kontakt med spädbarnsverksamheten tycks det fungera väl. Det är av största vikt att kunskapen om anknytningsproblematik är god och grundläggande hos alla som professionellt möter de minsta barnen och deras föräldrar, inte minst för att se till att familjer får det stöd de behöver. En av terapeuterna på spädbarnsverksamheten uttrycker en önskan att kunna lägga ned mer tid på utåtriktat informationsarbete. Då inte enbart till samarbetspartners utan även till grupper av blivande föräldrar. Under graviditeten informeras och diskuteras på ett naturligt sätt frågor kring förlossning och amning. Föräldragrupper borde även lyfta fram frågor kring vad som kan hända med föräldrarna på det psykologiska planet, till exempel nedstämdhet hos mamman, de ambivalenta känslor man kan känna inför barnet och den osäkerhet man kan uppleva i sin roll som förälder. Lyckomyter och egna och andras förväntningar kan skapa skuld-känslor och därmed ytterligare förstärka känslan av

misslyckande. Öppenhet kring frågorna skulle kunna vara till stor hjälp för blivande och nyblivna föräldrar. Fyra av de fem mammorna i min studie kände inte till att spädbarnsverksamheten fanns innan de blev föräldrar och det kan ses som ett tecken på att öppenheten kring problematiken borde vara större.

Terapeuterna beskriver vidare kring samverkan att i de ärenden de samarbetar med socialtjänst och vuxenpsykiatri fungerar det oftast väldigt bra. Förespråkare för olika verksamhetsområden har många gånger upplevelsen och ger ofta beskrivningen av svårigheter att just få till ett gott samarbete kring klienter och patienter över verksamhetsgränser. Ibland kan det finnas en känsla av misstro och underkännande av varandras kompetenser istället för att se varandra som resurser. Spädbarnsverksamheten är ett exempel på en enhet där samverkan fungerar och förklaringarna till det är säkert många, bland annat att patientgruppen man arbetar med är tilltalande.

Utifrån de mammor jag träffat i mina intervjuer och genom den beskrivning de två terapeuterna ger av verksamheten, visade sig min bild och förförståelse av mammor som söker stöd på en spädbarnsverksamhet i vissa delar inte vara som jag hade trott. Jag förväntade mig att mammor i större utsträckning även skulle ha en social problematik. Jag trodde även att fler mammor levde som ensamstående med sina barn. Utifrån de två terapeuternas beskrivning av de mammor de vanligtvis arbetar med i sin verksamhet, det vill säga, relativt socialt väletablerade, frågar jag mig var mammor med kombinationen social problematik och anknytningsbekymmer tar vägen. Var får de det stöd de behöver? Kan det vara så att med en större social problematik försvinner ”anknytningsbekymret” någonstans på vägen i mängden av problem? Som jag tidigare nämnt menar Berg Brodén (1992) att svårigheter och konflikter i mammas livssituation konkurrerar om moderns energi och därmed försvagas hennes möjlighet att knyta an till sitt barn. Socialtjänsten kan här spela en viktig roll genom att ”avlasta” mamman i de frågor där det är möjligt, som till exempel med ekonomisk hjälp och i bostadsfrågor. Socialtjänsten har också en viktig uppgift i att motivera och hänvisa föräldrar till enheter som erbjuder stöd kring anknytningsproblematik.

Uttrycket ”tidiga störningar” är något vi använder oss av när vi diskuterar ungdomsproblematik och barn med svårigheter. Vad vi egentligen lägger i begreppet är inte alltid tydligt definierat. Anknytningsteorin kan ge en vink av betydelsen. De konsekvenser det kan innebära för barn att inte ha fått en god start i livet kan få långtgående följder. Den

kunskapen väcker tankar om att behandlingssatsningen inom det här området borde vara större. Terapeuterna på spädbarnsverksamheten menar att det finns stora möjligheter att ställa ”saker och ting” till rätta om insatserna görs i ett tidigt skede i barns liv. När barnet förvandlats till en besvärlig och bråkig tonåring är det däremot inte lika självklart. Att se samspelsbehandling som det enda avgörande är självklart för enkelt, mycket hinner hända på vägen från spädbarnstid till tonårstid. Verksamma inom socialt arbete ställs inför den här problematiken på många olika sätt. De möter ”de otryggt anknutna barnen”, både som små och som ungdomar. De möter deras föräldrar med sina behov och anknytningsmönster i bagaget. Socialarbetare måste vara förtrogna med betydelsen av en god anknytning mellan föräldrar och barn. Förbiser vi den kan det bli på bekostnad av barnet. Kunskapen skall vi använda oss av i det förebyggande sociala arbetet, i stödjande familjearbete och vid placeringar av barn i familjehem.

Behandlingsverksamma som arbetar med späda barn och deras föräldrar på det relationsmässiga planet ser positiva verkningar av de insatser de gör. Det skulle vara av betydelse att få en forskningsmässig tyngd som belägger deras arbete. Som jag tidigare nämnt finns ännu så länge inte så mycket forskning inom området. Longitudinella studier som visar på följderna av tidiga behandlingsinsatser skulle vara av stort intresse så inom forskningsområdet finns mycket att göra. Skulle studier och forskning visa på positiva verkningar av tidiga interventioner skulle detta kunna motivera en ökning av samhällets satsningar på stödinsatser. Rent ”mänskligt” skulle satsningarna kanske innebära totalt förändrade livsberättelser, i en positiv riktning. Samhällsekonomiskt kanske det inte skulle bli så kostsamt. En omfördelning av behandlingsresurser som redan finns skulle kanske vara tillräcklig. Satsar vi mer på de mindre barnen behöver vi kanske inte satsa så mycket energi och resurser på de äldre barnen.

De sinnrika biologiska faktorerna som finns hos oss människor för att skapa en stark och naturlig psykologisk anknytning mellan föräldern och barnet är i grunden tillräckliga för att så skall ske. Men som en slutsats, dels av min empiriska studie men även utifrån litteratur jag läst inser jag att det ”enkla och naturliga” av olika sammanlänkande orsaker kan kompliceras. Men som studien visar finns hjälp och stöd att få.

5 LITTERATURFÖRTECKNING

- Berg Brodén, Margareta (1989) *Mor och barn i Ingenmansland*. Stockholm: Liber AB
- Berg Brodén, Margareta (1992) *Psykoterapeutiska interventioner under spädbarnsperioden*. Trelleborg: Förlagshuset Svedala
- Bowlby, John (1994) *En trygg bas*. Natur och kultur
- Broberg, Anders (1996) "Anknytning – nytt sätt att beskriva känslomässig utveckling". *Psykologtidningen*, 14, s 4 – 7.
- Brodén, Margareta (1993) "Tidigt samspel – förutsättning för utveckling" i Hwang, P., red,: *Spädbarnets psykologi*. Natur och Kultur, andra upplagan
- Daniel, B. Wassell, S. & Gilligan, R. (1999) *Child Development for Child Care and Protection Workers*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers Ltd
- Denscombe, Martyn (1998) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Buckingham och Philadelphia: Open University Press
- Farmer, E. & Owen, M. (1998) "Gender and the Child Protection Process". *British Journal of Social Work*, 28, s 545 - 564. Artikelkompendium SOL 064
- Havnesköld, Leif (1992) *Daniel Sterns teorier om självutveckling – en introduktion*. Almqvist & Wiksell Förlag AB
- Heimann, Anders (1993) "Det sociala spädbarnet" i Hwang, P., red,: *Spädbarnets psykologi*. Natur och kultur
- Howe, David (1995) *Attachment Theory for Social Work Practice*. London: Macmillan Press LTD

Hwang, Philip (1993) *Spädbarnets psykologi*. Natur och Kultur

Lindberg, Astri (1993) "Graviditet och förlossning" i Hwang, P., red.: *Spädbarnets psykologi*. Natur och Kultur

Ohlsson, Monica & Östberg, Monica (2000) "Utvecklingspsykologi i teori och praktik" i Hagelin, E. Magnusson, M. Sundelin, C., red.: *Barnhälsovård*. Stockholm: Liber AB, tredje upplagan

Papadopoulou Eberhagen, Sofia (1996) *Barn och ungdomspsykiatri – En utvärdering av den spädbarnspsykiatriska öppenvårdsverksamheten i Växjö*. Examensarbete på Högskolan i Växjö Sociologi 81 – 100 poäng

Patel, Runa & Davidsson, Bo (1991) *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur

Risholm Mothander, Pia (1994) *Mellan mor och barn*. Stockholm: Liber Utbildning

Risholm Mothander, Pia (1998) "Anknytningen A och O i arbetet med barn". *Psykologtidningen*, 14, s 4 – 7.

SoS-rapport 1993:14 *Samspelsbehandling i spädbarnsfamiljer*. Stockholm

SOU 1998:31 *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

Stern, Daniel N (1998) *En mor blir till*. Stockholm: Natur och Kultur

Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (1993) *Barn- och ungdomspsykiatri under 90-talet*. Kristianstad

Wickberg, Birgitta (1993) "Skör och sårbar" i Hwang, P., red.: *Spädbarnets psykologi*. Natur och Kultur

Till verksamhetsansvarig, Barn och ungdomspsykiatriska kliniken, Växjö

Hej Alf

Mitt namn är Gunilla Isaksson Sonka. Jag är student på Socialhögskolan i Lund och läser just nu min sjätte termin utav sju på socionomutbildningen.

Under den här terminen har jag som valbar kurs läst ”socialt arbete med barn och ungdomar” och under andra hälften av terminen ingår att skriva en uppsats på C-nivå omfattande 10 poäng. Min handledare är Gunilla Lindén.

Som ämnesområde har jag valt att skriva om den tidiga anknytningen mellan mödrar och barn. Min tanke är att koppla uppsatsen till Spädbarnverksamheten inom Barn och ungdomspsykiatriska kliniken i Växjö. Anna Arndt har under det inledande skedet varit min kontaktperson.

Jag skulle vilja intervjua mammor som har haft en behandlingskontakt med spädbarnsverksamheten. Jag tänker mig att intervjua 5-7 mammor. Jag bifogar min projektplan och den intervjuguide som finns som mall för mina frågor till mödrarna.

Kontakt med mammorna tänker jag mig få genom att de verksamma som tidigare träffat mammorna på spädbarnsverksamheten tar kontakt med dem för en förfrågan om de kan tänkas delta i en intervju. Om de svarar ja tänker jag att en vidare kontakt kan tas efter det att jag genom verksamheten skickat ett informationsbrev om mitt syfte. Jag bifogar även detta brev. Mammornas identitet och den information jag får kommer att behandlas konfidentiellt. Mammorna kommer att vara anonyma i uppsatsen.

Jag planerar även att intervjua ett par professionella från spädbarnsverksamheten för att i stora drag presentera behandlingsmetoder och verksamheten i stort.

Jag frågar utifrån detta om ett godkännande från Dig för att gå vidare med mina uppsatsplaner. Inga-Britta Östensson är informerad och tycker att det är okey. Uppsatsen skall vara klar den 7 januari 2002 så jag känner en viss stress utifrån den knappa tiden. Vore därför tacksam för besked snarast. Om Du har övriga frågor eller tycker att jag bör ändra något i min utgångspunkt är jag tacksam om Du hör av dig.

Med vänlig hälsning

Gunilla Isaksson Sonka, telefon 0470 – 605 29, e-post, gunilla.sonka@telia.com
Handledare Gunilla Lindén, telefon 046 – 14 41 97

Hej

Mitt namn är Gunilla Isaksson Sonka. Jag bor i Växjö tillsammans med min familj. Jag studerar min sjätte termin utav sju på socionomutbildningen i Lund. Under den sjätte terminen inom utbildningen ingår att skriva ett uppsatsarbete som omfattar 10 högskolepoäng. Min handledare heter Gunilla Lindén. Uppsatsen skall vara klar den 7 januari 2002.

Utifrån mitt intresse för barn och ungdomar har jag i min uppsats valt att skriva om den tidiga anknytningen och samspelet mellan små barn och deras föräldrar. Min tanke är att koppla min uppsats till den spädbarnsverksamhet som finns inom barnpsykiatrins ram i Växjö. Min förhoppning är att jag skall få möjlighet att intervjua några av Er mammor som haft en behandlingskontakt med verksamheten. Jag skulle vilja höra hur Du har uppfattat kontakten. Hur har det eventuella stöd Du har fått sett ut och hur ser Din och ditt barns tillvaro ut idag?

Jag tänker mig att intervjun kommer att ta cirka 1-1½ timme. Den information Du ger mig i intervjun kommer jag att behandla med varsamhet och Du kommer självklart att vara anonym i uppsatsen.

Min kontaktperson på spädbarnsverksamheten är Anna Arndt. Antingen har Anna eller någon annan av de som arbetar där varit i kontakt med Dig angående min intervju. Min förhoppning är att vi så snart som möjligt skall kunna avtala en tid för att träffas.

Om Du har frågor eller andra funderingar är Du välkommen att ringa mig, telefon 0470 – 605 29.

Telefon till min handledare Gunilla Lindén, 046 – 14 41 97, e-post: gunilla.linden@swipnet.se

Med vänliga hälsningar

Intervjuguide

Intervjun kommer att inledas med frågor om:

kvinnans ålder

barnets ålder

antal barn

tidigare kontakt med spädbarnsverksamheten kring äldre barn

civilstånd och övergripande social situation

1. Hur länge har du haft kontakt med spädbarnsverksamheten? Vem har du kontakt med där?
2. Hur har du kommit i kontakt med spädbarnsverksamheten? Kände du till, innan du blev mamma, att verksamheten fanns?
3. Vad var det som fick dig att söka stöd och hjälp? Var det någon särskild utlösande händelse?
4. Hur såg dina förväntningar ut inför att du skulle bli förälder? Vad hände med dina förväntningar efter det att barnet var fött?
5. När sökte du hjälp om du betraktar skeendet över tid? Väntade du en tid innan du sökte hjälp? Tänkte du att det skulle lösa sig?
6. Konkret, vilket stöd har du fått eller får du?
7. Hur arbetar du och din terapeut kring det som är ditt bekymmer?
8. Hur ser ditt sociala nätverk ut? Vilka personer upplever du ger dig stöd?
9. Hur finns barnets pappa med i behandlingsarbetet? Hur ser du på det?
10. Berättar du för utomstående om att du får stöd på spädbarnsverksamheten? Hur uppfattar du i så fall deras attityder?
11. Hur ser din och ditt barns tillvaro ut idag?
12. Hur tänker du att ditt liv med ...(barnets namn) hade sett ut idag om du inte haft kontakt med spädbarnsverksamheten?
13. Tycker du att kontakten har hjälpt dig?
14. (Vid ett nekande svar på fråga 12), Vad var det som inte fungerade för dig? Vad skulle du vilja haft i stället?
15. Är det något du vill tillägga?

Intervjuguide för verksamma inom spädbarnsverksamheten

Intervjun kommer att inledas med frågor om:
utbildning
specialkompetens för området
hur länge man arbetat inom verksamheten

1. Hur är spädbarnsverksamheten organiserad? Hur länge har den funnits?
2. Hur och mot vilken bakgrund startades den?
3. Vilka är det som söker stöd och hjälp hos er? Hur kan deras bekymmer och svårigheter se ut?
4. På vilket sätt kommer föräldrar eller familjer hit? Tar de själva kontakt eller är det genom uppsökande verksamhet, remisser, anmälningar?
5. Hur är ert arbetssätt, arbetar ni ensamma eller i team kring de familjer som söker stöd?
6. Arbetar ni utifrån någon särskild metod eller teori?
7. Hur ”diagnostiserar” eller avgränsar ni de problem som familjer och föräldrar söker hjälp för? Finns det exempelvis frågeformulär eller ”mätmetoder”?
8. Hur kan en behandlingskontakt med en förälder eller en familj se ut? Hur arbetar ni rent konkret, praktiskt och tidsmässigt?
9. Om barnets föräldrar inte sammanbor med varandra, utformas behandlingskontakten ändå utifrån tanken att båda föräldrarna bör vara delaktiga? I så fall hur går ni till väga?
10. Arbetar ni med någon uppföljning av era avslutade behandlingskontakter?
11. Har ni några samarbetspartners? I så fall, hur samarbetar ni? Hur upplever du samarbetet?
12. Om samarbete finns: Hur uppfattar du att familjer och föräldrar ser på samarbete mellan er och andra ev. professionellt verksamma?
13. Vilka förväntningar uppfattar du att föräldrar och familjer har på det stöd och den behandling ni erbjuder här på spädbarnsverksamheten?
14. Hur uppfattar du resultatet av de behandlingsinsatser ni gör här på spädbarnsverksamheten?
15. Är det något du vill tillägga?