



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Anknytning hos prematurt födda, uppföljda i ung vuxenålder

Kerstin Blomberg



Psykologexamenuppsats
Handledare: Hans Bengtsson
Examinator: Roger Sages

Vårterminen 2008

SAMMANFATTNING

Anknytningen är spädbarnets första relation. Hur den utformas har avgörande betydelse för personens alla mänskliga relationer livet igenom. Syftet med denna studie var att undersöka hur anknytningen hade utvecklats hos för tidigt födda individer när de nått ung vuxenålder. Undersökningsgruppen bestod av 34 individer, varav 18 personer hade fötts extremt mycket för tidigt (dvs före graviditetsvecka 29) och 16 personer efter fullgången graviditet. Anknytningen bedömdes med Adult Attachment Interview (AAI), en semistrukturerad intervjumetod för klassifikation av anknytning hos vuxna. Intervjun genomfördes när deltagarna var 18–19 år gamla. Resultatet visade att prematurgruppen hade signifikant fler otrygga individer än maturgruppen. Dessutom framkom att maturgruppen hade betydligt högre andel trygga individer än vad som enligt andra studier förväntas inom en normalpopulation.

Nyckelord: anknytning, prematur, AAI

ABSTRACT

Attachment is the infant's first relationship. The way it develops has a crucial influence on the person's all human relationships throughout life. The aim of this study was to examine how the attachment had developed in prematurely born individuals by young adult age. The participants were 34 individuals, of which 18 persons had been born extremely preterm (i.e. before 29 weeks of pregnancy) and 16 after fullterm pregnancy. Attachment was assessed through Adult Attachment Interview (AAI), a semi-structured interview for classification of attachment in adults. The interview was performed when the participants were 18–19 years old. The result showed that significantly more preterms had an insecure attachment. In addition, the terms had a considerably higher share of secure attachment than expected according to other studies.

Keywords: attachment, preterm, AAI

Varmt tack till min handledare docent Hans Bengtsson för all outhärlig hjälp. Stort tack till professor Karin Stjernqvist och hennes doktorand, psykolog Anne-Li Hallin, för möjligheten att få göra en pilotstudie inom ert longitudinella uppföljningsprojekt av för tidigt födda barn.

Tack även till min man Acke för värdefulla synpunkter. Tack till min vän Inge Skog för fin layout. Slutligen – tack till min dotter Anna för att du finns och för din outhärliga inspiration till att mamma alltid vill förstå mer om vad som händer inom och mellan människor.

INNEHÅLL

INLEDNING	7
Anknytningsteori	7
Förgrundsgestalter	8
Känslomässiga band – ett förtydligande	8
Teorins historik	8
Anknytningsbeteendets funktioner	9
Inre arbetsmodeller	10
Kultur- och genusaspekter	11
Kliniska tillämpningsmetoder	11
Anknytning och tidig kroppskontakt	13
Prematurt födda barn	13
Definition av prematuritet	13
Orsak till prematur födsel	14
Den prematurt avbrutna graviditeten	14
Vård av för tidigt födda barn	14
Den för tidigt födda hjärnan	15
Prematura barns utveckling	16
Anknytning hos prematura barn	16
Syfte och hypotes	17
METOD	17
Deltagare	17
Instrument	17
Genomförande	19
RESULTAT	19
DISKUSSION	20
Analys av resultatet	20
Kritik mot studien	22
Förslag till vidare forskning	22
REFERENSER	23

INLEDNING

”Mamma...!”

– Det sitter så djupt... Fortfarande som vuxen, när jag ibland plötsligt blir riktigt, riktigt rädd, så krymper jag ihop både kroppsligen och själsligen och piper ”Mamma...!”

Jag tänker ibland på en berättelse om min ene bror. Efter en veckas separation från mamma och pappa i form av sjukhusvistelse i mitten av 1950-talet kunde han till mina föräldrars förfäran plötsligt inte gå längre. Men väl hemkommen och sedan han åter upplevt tryggheten i en välbekant famn kom gångförmågan snart tillbaka.

Dessa två glimtar av anknytningsfenomenen i mitt eget liv får utgöra illustration till denna studie om hur anknytningen hos för tidigt födda barn utvecklats när personerna nått tidig vuxenålder. Anknytningsteori avser att förklara hur och varför spädbarnet skapar sina allra första mänskliga relationer samt vilket inflytande dessa har på hur individen under hela sitt fortsatta liv formar och fungerar i nära relationer. Anknytning består av ett ömtåligt samspel, där både förälder och barn är aktiva – barnet signalerar sina behov av föda, närhet, tröst och beskydd genom att kommunicera med olika beteenden, som t.ex. leenden, skrik och fysiskt fastklamrande; modern ”svarar” på barnets signaler med t.ex. beröring, matande och fysiskt närmande/distanserande (Bowlby, 1971).

Vid en för tidig födsel störs oundvikligen genast detta samspel som tar sin början redan vid födelseögonblicket. – En normal graviditet varar i 40 veckor. Idag kan livet räddas på prematurt födda barn så tidigt som vid graviditetsvecka 25. Stjernqvist (1999) beskriver hur en prematur födsel alltid innebär ett trauma för alla familjemedlemmar. För det nyfödda barnet innebär det att påbörja livet utanför livmodern med omogna organ – en enorm fysisk påfrestning för hela det psykobiologiska systemet. Barnet är signalsvagt och har därför svårt att kommunicera sina behov. Hos modern avbryts abrupt den psykologiska process som en fullgången graviditet innebär. För båda föräldrarna och eventuella syskon innebär det att under dramatiska former ta emot ett barn långt före väntad tid, långt innan deras psykiska förberedelser är klara. Plötsligt vet föräldrarna inte ens om deras barn ska överleva och om det isåfall blir friskt eller får bestående skador. Barnets hälsotillstånd skiftar många gånger under de första levnadsveckorna, ofta snabbt och utan förvarning. Föräldrarna lever

med ständig ”katastrofberedskap” som påverkar deras samspel med barnet. – Anknytningsprocessen hos för tidigt födda barn börjar utifrån annorlunda förutsättningar än hos maturt födda barn.

*

Hur utvecklas anknytningsprocessen under normala omständigheter? Påverkas anknytningen hos för tidigt födda barn när de växer upp? Isåfall hur? Detta är några av frågeställningarna i denna psykologexamensuppsats. Kontakt med Karin Stjernqvist, professor i psykologi vid Lunds universitet, ledde till möjligheten att få göra en pilotstudie inom ett större longitudinellt forskningsprojekt om uppföljning av extremt mycket för tidigt födda barn (födda före vecka 29). Uppsatsens teoridel är tudelad och behandlar dels anknytningsteoriens historik, centrala begrepp och kliniska tillämpningsmetoder, dels fakta om prematurt födda barn samt forskningsrön om deras utveckling. Studiens syfte är att undersöka hur anknytning utvecklats över tid hos prematurt födda individer när de nått ung vuxenålder.

Anknytningsteori

Anknytningsteorin betraktas idag som en av de största inom utvecklingspsykologin men ansågs av många som kontroversiell när den först presenterades under 1950-talet, eftersom teorin ifrågasatte grundvalarna i samtidens psykoanalytiska teoribildningar. Först på 1980-talet fick anknytningsteorin sitt verkliga genombrott och har numera stort inflytande även på angränsande psykologiska områden. Teorin utmärks av starka tvärvetenskapliga förtecken, vilka speglar

både den tid då teorin kom till och det i vetenskapliga sammanhang osedvanligt öppna sinne som tycks ha karakteriserat dess pionjär: psykiatern och psykoanalytikern John Bowlby (1907–1990). Under hela sin livstid hade Bowlby en komplicerad relation till psykoanalytisk teori (Fonagy, 2001; Mangs & Martell, 1995). Idag är läget helt annorlunda och Bowlby får anses postumt återupprättad i de egna leden. Skeendet kan omöjligt sammanfattas ens kortfattat inom ramen för denna uppsats, men det ska ändå konstateras att anknytningsteori och psykoanalys idag har en ömsesidigt befruktande relation.

Förgrundgestalter

Anknytningsteorin grundades av psykiatern och psykoanalytikern John Bowlby. Hans vetenskapliga arbete är sammanställt i trilogin *Attachment and Loss*, utgiven 1969, 1973 och 1980. Mot slutet av sitt liv skrev han även den kända boken *A Secure Base*, publicerad 1988. Bowlby banade tidigt väg för en psykobiologisk helhetssyn och många betraktar honom numera även som spädbarnspsykologins fader. De av Bowlbys nära forskarkollegor som var speciellt viktiga för anknytningsteorins vidareutveckling och empiriska förankring är socialarbetaren James Robertson och hans hustru Joyce samt psykologen Mary Ainsworth. Makarna Robertsons filmer av barns reaktioner på att separeras från sina föräldrar i samband med sjukhusvistelser ledde till en fullständig förändring av rutiner till det som idag tycks så självklart: att föräldrar får finnas vid sina barns sida när de är inlagda för vård (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Bowlby tänkte sig ursprungligen en generell teori om anknytningsprocessens roll för utveckling av psykisk ohälsa, med speciellt fokus på separationers betydelse. Ainsworth tillförde teorin ett individperspektiv och gjorde den kliniskt tillämpbar genom att klassificera barns individuella anknytningsmönster utifrån ett test hon konstruerade: Strange Situation Procedure (SSP). Det var också hon som myntade det numera klassiska begreppet trygg bas, som avser föräldrarnas funktion som utgångspunkt vid barnets begynnande utforskning av omvärlden. SSP är ett flitigt använt forskningsinstrument än idag och beskrivs kort under rubriken *Kliniska tillämpningsmetoder*.

Andra forskare som gjort viktiga bidrag för anknytningsteorins utveckling på senare år är psykologen Mary Main och spädbarnsforskaren Daniel Stern. Main har utvidgat teorin till att omfatta anknytning i vuxen ålder och har konstruerat Adult Attachment Interview (testet beskrivs under rubrikerna *Kliniska tillämpningsmetoder* samt *Metod*). Sterns teori om självutveckling (1985/1991) kan be-

traktas som en anknytningsteori i den meningen att han liksom Bowlby betonar spädbarnets medfödda behov av mänsklig kontakt. Stern gjorde dock något unikt genom att formulera hela teorin ur spädbarnets eget perspektiv, inklusive dess stora kapacitet till socialt interagerande. Hans teori har därför ett helt annat fokus på ömsesidigheten i samspelet mellan barnet och modern/föräldrarna. Stern betonar affektintoning som en av föräldrarnas viktigaste uppgifter. Slutligen ska nämnas psykoanalytikern Peter Fonagy, som betytt mycket för senare års närmande mellan anknytningsteori och psykoanalys. Fonagys teori om mentaliseringsförmåga (2001) bygger på Bowlbys tankar om anknytningens betydelse.

Känslomässiga band – ett förtydligande

Bowlby och Ainsworth (refererade i Broberg et al., 2006) beskriver anknytning som ett specialfall inom den större gruppen känslomässiga band. Gemensamt för alla sådana band är att de har varaktighet över tid, riktas mot en icke-utbytbar specifik individ, har känslomässig relevans för individen, kännetecknas av att personerna söker varandras närhet samt att personerna upplever obehag vid ofrivillig separation. Det som särskiljer anknytningen från de andra känslomässiga banden är att den som är anknuten framför allt söker trygghet, tröst och beskydd hos sin anknytningsperson. Huruvida ett barn uppnår känslan av trygghet och beskydd eller inte när den söker denna persons närhet, avgör om anknytningen är trygg eller otrygg. Att ett barn riktar anknytningsbeteenden mot en vuxen är alltså inte liktydigt med att det handlar om en anknytningsrelation. Ibland kan barn vid en hotfull situation helt enkelt behöva söka skydd hos den som finns till hands.

Teorins historik

Anknytning beskrevs länge som ett fenomen inom ramen för andra teorier innan Bowlby införlivade begreppet i en egen teori. Bowlby började formulera sin teori i det vetenskapliga och intellektuella klimat som rådde i psykoanalytiska kretsar i efterkrigstidens London. Trots sina väsensskilda utgångspunkter förenades vid denna tid såväl psykoanalys som behaviourism och social inlärningsteori av synen att barnet föds som en passiv mottagare av mat och trygghet. Att barnet knyter an till modern ansågs enkom bero på hennes förmåga att tillfredsställa spädbarnets behov av föda. Bowlby hävdade istället att anknytningsbeteendet är biologiskt betingat. Vilka var då Bowlbys empiriska och teoretiska utgångspunkter?

Grogrunden för Bowlbys tankar hade skapats redan under 1920-talet, när han under studietiden

arbetade extra på ett behandlingshem för känslomässigt störda tonårspojkar (Cassidy, 1999). Som barnpsykiater funderade han tidigt kring asocialt och utagerande beteende i kombination med svårigheter att utveckla och behålla nära känslomässiga relationer. Han blev allt mer intresserad av samband mellan barns ofrivilliga separationer från sina föräldrar och senare utveckling av psykisk ohälsa. Han studerade barn som skiljts åt från föräldrarna under kriget samt barn som ofta togs in på sjukhus eller placerades i fosterhem. Han var speciellt uppmärksam på barnens affektiva protester och ibland tillfälliga fysiska regredierande. 1950 fick Bowlby i uppdrag av WHO (Världshälsoorganisationen) att sammanställa befintlig kunskap om hemlösa barns psykiska hälsa. Arbetet inkluderade både genomgång av all tillgänglig litteratur om separationer och modersdeprivation, samt möten med en mängd kliniker och forskare i Europa och USA. WHO-rapporten publicerades 1951 och fick stor internationell uppmärksamhet (Ainsworth & Bowlby, 1991). Åter i London inleddes Bowlbys samarbete med makarna Robertson och Mary Ainsworth. Detta kom att bli centralt för Bowlby när han alltmer hamnade i konflikt med sina psykoanalytikerkollegor angående orsaker till psykisk ohälsa. Bowlby var ense med psykoanalytiska forskare (t.ex. René Spitz, som var först att fokusera mor-barnrelationen) om att en varm och kontinuerlig relation till modern är en förutsättning för en frisk personlighetsutveckling – och att modersdeprivation leder till stagnation, framför allt affektivt (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Bowlby var dock kritisk till att psykoanalytisk teori varken kunde förklara innehållet i, eller ursprunget till, barnets livsavgörande första relation. För att hitta stöd för sina empiriska fynd sökte han därför teoretiskt stöd även utanför psykologin. Han var också kritisk till psykoanalytisk metodologi. Sina frågeställningar formulerade han utifrån psykoanalytiskt perspektiv, men istället för att söka svaren retrospektivt som den då helt humanvetenskapligt inriktade psykoanalysen gjorde, valde han naturvetenskapliga metoder som kontrollerade observationer och experiment (Broberg et al., 2006).

Bowlby fann stor teoretisk inspiration vid de tvärvetenskapliga internationella seminarier om barns psykobiologi som han själv var initiativtagare till. Föreläsarna kom från bl.a. psykologi, psykiatri, biologi, sociologi och socialantropologi. Det avgörande för Bowlbys teoretiska ansats att förstå personlighetsutveckling var dock när den österrikiske etologen Konrad Lorenz arbete om prägling översattes till engelska (Ainsworth & Bowlby, 1991). Han slogs av likheterna i sina egna observationer av människobarn och Lorenz beskrivningar av hur vissa fågelarter

uppvisar separationsångest och närhetsökande, samt om hur gässlingar kan präglas att knyta an till föräldralika gestalter, trots utebliven föda. Detta blev inkörsporten till att Bowlby började läsa mängder av etologisk litteratur. Djurpsykologen Harry Harlows experiment med rhesusapor som separerats från sina mödrar (Harlow & Harlow, 1965) gjorde stort intryck på Bowlby, även om han efter besök i Harlows laboratorier framförde skarp etisk kritik mot dennes metoder och djurens förhållanden (Singer, 1975). Harlows resultat påvisade entydigt att apungarna föredrog kroppskontakt med konstgjorda pälsklädda surrogatmödrar trots utebliven föda, framför närhet till metalldockor som endast försåg dem med mat. Sammanfattningsvis ansåg Bowlby sina hypoteser grundligt empiriskt bekräftade av både utvecklingspsykologiska och etologiska forskare.

Med Darwins teori om det naturliga urvalet som bas integrerade så Bowlby psykologi med evolutionsbiologi och etologi i en ny gränsöverskridande teori (Bowlby, 1971). Utifrån denna hävdade han att själva anknätningsbeteendet i grunden är biologiskt betingat, men att anknätningen som psykologisk process är beroende av den primära vårdnadshavarens lyhördhet, psykologiska tillgänglighet och förutsägbarhet – eller brist på dessa egenskaper (naturligtvis av varierande grad). Det är detta som avgör anknätningskvaliteten. Vad gäller barnets eget temperament finns idag belegg för att det endast har liten inverkan på hur anknätningen utvecklas (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2004). Anknätningsteorin är i sig ett ställningstagande mot ensidig betoning av arv eller miljö som orsak till beteende och personlighet.

Anknätningsbeteendets funktioner

I intresse av artens överlevnad är anknätningsbeteende medfött hos både djur och människor. Skrik och andra kraftigt negativa reaktioner i samband med ofrivilliga separationer är protester med syfte att avstyra upplevt hot om övergivande samt vädjanden om att återställa närhet till anknätningsobjektet. Människobarn är hjälplösa betydligt längre än andra däggdjur och Bowlby menade (1971) att både den separationsångest och främlingsrädsla som barn börjar uppvisa vid ca sju månaders ålder utgör belegg för att anknätningsbeteenden är biologiskt betingade, eftersom dessa reaktioner sammanfaller ungefär med när barnet börjar kunna röra sig själv. Anknätningsbeteendet aktiveras ju när anknätningspersonen är utom synhåll för barnet och barnet klarar inte själv att stänga av sitt beteende.

Bowlby (1971) definierade anknätningsbeteendet som system i två bemärkelser: motivation och

kontroll. Motivationen har sin grund i att närhet till modern utgör en biologiskt uppfattad trygghet. Om modern bekräftar barnet på ett lyhört vis blir hon en trygg bas, som barnet så småningom själv kroppsligen kan och vågar lämna för att börja utforska världen, innan det återvänder för att ”tanka” mer trygghet. Kontrollen består i att barnet med sitt beteende ordlöst ”berättar” om gränserna för vad det tål (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Om barnet upplever att det får hjälp av modern att skydda sig från det obehagliga, får det tillgång till andra motivationssystem, som nyfikenhet, upptäckarlusta och sällskaplighet. Dessa hjälper barnet att själv alltmer utforska hur världen fungerar. Barn med en lyhörd och psykologiskt tillgänglig anknytningsperson, som dessutom har förmåga att diskriminera mellan egna och andras behov, har bättre förutsättningar att utvecklas till en självständig individ (Cassidy, 1999). Bowlby (1975) klargör att föräldrars viktigaste uppgift är att fungera som en trygg bas för sina barn, även när de sedan länge vuxit upp och lämnat hemmet. Detta genom att finnas där konkret när barnet är litet – och senare som en införlivad vägledande bild, även när föräldrarna är fysiskt frånvarande. Bowlby var alltid noga med att påpeka kopplingen mellan begreppen *trygg bas* och Winnicotts *holding* respektive Bions *containing*.

Slutligen är anknytningsbeteenden nära kopplade till affekter. Det nyfödda spädbarnet upplever till en början sina medfödda affekter som odifferentierade sinnesförmågor. Anknytningspersonens känslor och beteenden gentemot spädbarnet gör ändå spår i dess begynnande medvetande från första stund. Eftersom spädbarnet saknar minnesförmåga för dessa faktiska erfarenheter, kan det först endast uppfatta perceptuella och kognitiva förvrängningar av verkligheten (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Vad spädbarnet dock kan redan från födseln är att uppleva förändring av sitt sinnestillstånd, även om det först endast handlar om rudimentära upplevelsegrader av behag och obehag. Genom snabba, lyhörda och förutsägbara svar från modern skapas erfarenheter som barnet kan införliva som upplevelser av trygghet. Utifrån dessa börjar barnet kunna tolka egna och andras affekter. Bowlby hävdade (1971) betydelsen av barnets *faktiska* erfarenheter (i kontrast till psykoanalytikernas begrepp infantila fantasier) samt att barnet minns tidiga upplevelser av sina anknytningsrelationer, även om det inte senare kan återberätta dem. Denna tes har fått stöd i senare forskning om minnet (se t.ex Bauer, 2006). Idag finns starka belägg för att spädbarn har kapacitet att lagra minnen med stark affektiv laddning i det förspråkliga procedurminnet. Spädbarn kommer alltså inte ihåg händelser, men minns upplevelser.

Det episodiska minnet, vars funktion är att relatera personliga händelser till tid och rum, växer fram i takt med att barnets jagfunktion utvecklas (se t.ex Mangs & Martell, 1995).

Inre arbetsmodeller

Begreppet inre arbetsmodeller är hämtat från social inlärningsteori och avser mentala representationer av verkligheten, vars yttersta evolutionära funktion är att skapa mening i tillvaron. För anknytningssteorins vidareutveckling valde Bowlby (1975) att på objektrelationsteoretisk grund fokusera på hur det helt oerfarna spädbarnet införlivar upplevelserna av sin centrala föräldragestalt och omvandlar dem till inre arbetsmodeller, vars funktion är att börja utveckla sammanhängande modeller av sig själv och andra. Detta hjälper barnet att utveckla självreglering samt förmåga till tolkning och förutsägelse av både egna och anknytningspersonens tankar, känslor och beteenden (Bretherton & Mulholland, 1999). Enligt Bowlby (1975) är själva utformningen av barnets första anknytningsrelation livsviktig, eftersom den kommer att utgöra prototyp för barnets alla framtida mänskliga relationer. Även om arbetsmodellerna revideras och vidareutvecklas i takt med barnets kognitiva mognad, vilar de alltid på sin ursprungliga grundform.

De inre arbetsmodellerna får en allt fastare form när de förfinas i takt med barnets kognitiva utveckling. Därigenom får de också en alltmer generaliserande funktion för prediktion, planering och agerande. Under uppväxten ersätts allt oftare den tidigare självklara närvaron av föräldern med en införlivad närhetskänsla (Bowlby, 1994). Under adolescensen stabiliseras de inre arbetsmodellerna och blir allt mer motståndskraftiga mot förändring (Zimmerman & Becker-Stoll, 2002). Tonåringar fortsätter att vända sig till sina föräldrar om de upplever att dessa både fungerar som en trygg bas och samtidigt accepterar att ibland bli bortvalda. Konflikterna i dessa familjer är ofta färre (Allen & Land, 1999).

De inre arbetsmodellerna tar sig konkret uttryck i hur människor livet igenom å ena sidan förhåller sig till närhet, beskydd och omsorg – och å andra sidan i hur de förhåller sig till självständighet, upptäckarglädje och betoning av egen styrka och förmåga. Bowlby beskrev förvisso tidigt (Broberg et al., 2006, som refererar till Bowlby, 1958) att de flesta barn under sina första två levnadsår utvecklar flera anknytningsrelationer, men hävdade att av dessa är dock alltid en person (vanligen modern) mest central och därmed avgörande som relationsprototyp. Ainsworth menade istället (Bretherton & Mulholland, 1999) att när barn införlivar flera arbetsmodeller (som sinsemellan kan vara mycket olika), så kom-

mer den anknytningsrelation som barnet har upplevt som viktigast att ha störst betydelse vid generalisering av erfarenhet från sina tidigaste relationer till senare vänskaps- och kärleksrelationer.

Individer medverkar till att skapa sina framtida samspejlsmiljöer utifrån de förutsättningar de har genom sina inre arbetsmodeller. Modellerna revideras, men deras grundformer blir alltmer beständiga mot förändring. Detta ska inte missförstås som att förändring är omöjlig – Bowlby var ju också psykodynamisk psykoterapeut, med stark tilltro till förändringsarbete utifrån den terapeutiska relationen. Terapeuten har samma roll som föräldern att fungera som trygg bas att utforska världen ifrån och som säker hamn att återvända till när fara hotar. Så även om inre arbetsmodeller är ett kognitivt begrepp, är det terapeutens medvetna användande av patientens faktiska upplevelse av terapirelationen som är grunden till förändring (Bowlby, 1994; Broberg et al., 2006).

Kultur- och genusaspekter

Även modernare studier (van IJzendoorn & Sagi, 1999) som inkluderar tvärkulturella aspekter har kommit fram till att barn i de flesta kulturer knyter an till mellan en och fem personer. En studie av efe-folket i Demokratiska Republiken Kongo*) (van IJzendoorn & Sagi, 1999, som refererar Morelli & Tronick, 1991) där barn dagtid tas omhand av upp till tjugo personer och ibland även ammas av andra kvinnor, visar att även dessa barn utvecklar en specifik anknytningsrelation till modern. Vem som tar hand om barnet nattetid antas ha stor betydelse. Oavsett antal anknytningsrelationer organiseras de hierarkiskt inom barnet, med den som mest upplevts som fast punkt i tillvaron högst upp (Cassidy, 1999).

Faderns roll utelämnas helt i de tidiga beskrivningarna av anknytningsbegreppet. Winnicott menade t.o.m. att barnet saknar förmåga att vara medveten om honom sitt första halvår (1993). Mot detta vänder sig t.ex. Hwang (1999) som skrivit mycket om pappors psykologiska tillblivelse. I linje med Sterns tankar (1985/1991), pekar Hwang på barnets egen förmåga att själv initiera och upprätthålla samspel med en eller flera vårdare. Inom anknytnings-teoretisk forskning har väldigt få könsskillnader på-

*) van IJzendoorn & Sagi skriver "Morelli and Tronick's (1991) study on the Efé [sic] or Pygmies of the Ituri forest in northeastern Zambia". Efe-pygmeerna lever emellertid i Ituriprovinns i nordöstra Demokratiska Republiken Kongo, f.d. Zaire. Eftersom jag inte har tillgång till Morelli & Tronicks uppsats kan jag inte avgöra om sammanblandningen Zaire-Zambia uppkommit hos dem eller hos van IJzendoorn & Sagi.

visats (Broberg et al., 2006). Egenskaper och förhållningssätt som karaktäriserar bra mödrar verkar i allt väsentligt gälla även bra fäder.

Kliniska tillämpningsmetoder

De två test av anknytningens kvalitet som fått störst genomslagskraft är Strange Situation Procedure (SSP) och Adult Attachment Interview (AAI). Båda testen klassificerar anknytningens typ i fyra olika grupper, något olika benämnda och beskrivna beroende på om det är spädbarn eller vuxna som beskrivs. Utifrån SSP kategoriseras det observerade barnets anknytning till en specifik person (vanligen modern) som antingen trygg eller otrygg, den senare av antingen undvikande, ambivalent eller desorganiserad typ (Solomon & George, 1999). Utifrån AAI kategoriseras intervjupersonens generella anknytningsstil som antingen trygg/autonom eller otrygg, med undergrupperna avvisande, upptagen eller desorganiserad (Hesse, 1999). Dessa kategorier antas spegla hur individens vid detta laget komplexa inre arbetsmodeller har influerats av både tidiga och sena relationer. Ainsworth var först med att särskilja individuella anknytningsmönster, dock endast de tre första (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Den fjärde kategorin desorganiserad anknytning tillkom pga svårigheter att klassificera vissa barn (Main & Solomon, 1986). Den har blivit användbar vid senare studier av riskgrupper (Belsky, 1999). SSP och AAI har båda hög reliabilitet och hög validitet, både var för sig och sinsemellan (Broberg et al., 1996). Eftersom AAI utgör underlaget för denna studies resultat beskrivs denna metod mer detaljerat än SSP, både här och i Metodavsnittet.

SSP går i korthet till så att barnet vid 12–22 månaders ålder observeras tillsammans med sin förälder (vanligen modern) i ett rum med leksaker. De filmas i en serie av åtta korta episoder, där en främling omväxlande närvarar. Vid två tillfällen lämnar modern rummet. Första gången lämnas barnet ensamt med främlingen; andra gången lämnas det ensamt. Fokus ligger främst på barnets reaktion vid moderns återvändande, snarare än reaktionen på själva separationen. Barnets beteende påvisar huruvida föräldern fungerar som en trygg bas för barnet eller ej. Syftet med SSP är studera barnets begynnande inre arbetsmodell av sig själv och relationen till föräldern.

AAI är en semistrukturerad intervju bestående av 20 huvudfrågor med tillhörande följdfrågor, samtliga om intervjupersonens minnen av sina anknytnings-erfarenheter under tidig barndom och uppväxt. Den intervjuade ombeds också upprepade gånger att värdera det inflytande som han/hon tror att erfarenheterna har haft på sin fortsatta personliga utveckling.

Materialet analyseras både vad gäller faktiskt innehåll och språklig form. Syftet med AAI är att undersöka intervjupersonens aktuella mentala representationer av relationen till föräldrarna, i ljuset av minnen av barndomsupplevelser. Detta ger en bild av intervjupersonens *generella* anknytningsstil.

AAI utvecklades av Mary Main och tillkom som en uppföljning av de uppvuxna barnens sätt att beskriva sin relation till den som varit deras primära vårdnadshavare (Hesse, 1999). Main upptäckte starka empiriska samband mellan klassifikationerna i SSP respektive AAI (Main, 1996). AAI utgår från anknytningsteoriens grundantagande att inre arbetsmodeller är stabila över tid, förutsatt att inga dramatiska händelser stör interaktionen mellan barnet och dess anknytningspersoner under uppväxten. Teorin bakom AAI:s utveckling har kompletterats med den moderna minnesforskningens kunskap om olika nivåer för minneslagring. Inre arbetsmodeller av tidiga anknytningserfarenheter gestaltas i de episodiska minnen som framkommer under intervjun (Broberg et al., 1996).

Tabell 1 visar hur anknytningskategorierna i SSP respektive AAI förhåller sig.

De fyra grupperna kan dikotomiseras på två olika sätt (Broberg et al., 2006; Belsky, 1999). Dels finns grunddistinktionen trygg respektive otrygg anknytning. Dels kan trygg anknytning föras samman med de första två varianterna av otrygg anknytning (dvs undvikande respektive ambivalent), vilka ställs mot den desorganiserade varianten av otrygg anknytning. Poängen med en sådan distinktion är att tydliggöra att både trygg och otrygg anknytning faktiskt har en gemensam nämnare: att barnens anknytningsbeteende är funktionellt i relation till den omvårdnad som erbjuds. Alla barn knyter an, annars skulle de inte överleva. Inga barn kan dock välja sina föräldrar. Människobarn är (mer än andra observerade däggdjur) biologiskt förberedda för anpassning till väldigt olika slags miljöer. Barn har inget annat val än att omedvetet, utifrån sina begynnande inre arbetsmodeller, utveckla de strategier som ger mesta möjliga trygghet, tröst och beskydd i dyaden med den aktuella anknytningspersonen. Barn med desorganiserad anknytning har utvecklat detta mönster pga att deras anknytningsperson varit så oförutsägbar i sitt beteende att barnet blivit förvirrat. Deras inre arbetsmodeller kan då inte få en fullvärdig funktion som orga-

Tabell 1 Beskrivning av förhållandet mellan anknytningskategorier i AAI respektive SSP (förlaga av Main, 1996; författarens översättning)

Adult Attachment Interview (AAI)	Strange Situation Procedure (SSP)
<p><i>Trygg/autonom.</i> En sammanhållen diskurs präglad av samarbetsvilja vid beskrivning och utvärdering av anknytningsrelaterade erfarenheter, oavsett om dessa beskrivs som gynnsamma eller ogynnsamma. Intervjupersonen värderar sin erfarenhet men är samtidigt objektivt angående enskilda erfarenheter och relationer.</p>	<p><i>Trygg.</i> Barnet uppvisar tecken på att sakna föräldern under den första separationen och gråter under den andra. Hälsar aktivt på föräldern vid återföreningen, exempelvis genom att krypa fram till denne, eller visa att det vill bli upplyft. Efter kort kontakt med föräldern lugnar sig barnet och återgår till att leka.</p>
<p><i>Awisande/otrygg.</i> En normaliserande positiv beskrivning av föräldrarna ("utmärkt, mycket normal mamma") saknar stöd eller motsägs av specifika minnen. Negativa erfarenheter beydelse förnekas. Korta utskrift, där intervjupersonen ofta insisterar på att inte minnas.</p>	<p><i>Otrygg/undvikande.</i> Gråter inte vid separationerna, ägnar sig under hela proceduren åt leksaker eller åt miljön. Undviker eller ignorerar föräldern vid återföreningen, exempelvis genom att röra sig eller vända sig bort från föräldern när denna försöker lyfta upp barnet. Uppvisar inga känslor, frånvaro av tecken på ilska.</p>
<p><i>Upptagen/otrygg.</i> Upptagen av sina erfarenheter. Framstår som arg, förvirrad och passiv, eller rädd och överväldigad. En del meningar är grammatiskt insnärda eller innehåller vaga fraser ("la-la-la"). Långa transkriptioner, där en del svar är irrelevanta.</p>	<p><i>Otrygg/ambivalent.</i> Barnet är upptaget av föräldern under hela proceduren. Kan framstå som argt, alternativt söka upp föräldern för att därefter värja sig mot denne, eller förbli helt passiv. Efter återföreningen misslyckas barnet med att lugna ner sig eller att återgå till lek, utan fortsätter att gråta och att fokusera på föräldern.</p>
<p><i>Desorganiserad/otrygg.</i> Vid samtal om förlust eller övergrepp uppvisar intervjupersonen uppenbar oförmåga att resonera och upprätthålla diskursen. Kan exempelvis tala om döda personer som om de fortfarande lever, bli tyst eller tala berömmande. Kan annars passa väl in i de övriga kategorierna.</p>	<p><i>Otrygg/desorganiserad.</i> Uppvisar desorienterat beteende i föräldrarnas närvaro. Kan exempelvis stanna upp i trancelikt uttryck med händerna i luften, för att sedan ligga utsträckt på golvet. Kan också klamra sig fast vid föräldern och samtidigt luta sig bort från denna. Kan annars passa väl in i övriga kategorier.</p>

nisator av upplevelser. Detta speglas i barnens sätt att relatera, som inte sällan har destruktiva inslag. Detta resonemang har sin teoretiska bakgrund i Bowlbys sätt att tänka (1980) kring psykologiska försvar som interpersonella, snarare än intrapsykiska.

Anknytning och tidig kroppskontakt

Engelskans "attachment theory" översätts numera vanligen med "anknytningsteori". Den engelska termen "attachment" kan dock översättas till svenska på två sätt – anknytning respektive bindning – vilket möjliggör en viktig teoretisk distinktion (Broberg et al., 2006). Bowlby hade från början använt ordet "attachment" för att beskriva processen som helhet när det emotionella bandet växer fram mellan ett barn och dess anknytningsperson(er). Ainsworth uppmärksammade honom dock på vikten av att förtydliga att processen består av ett samspel mellan två olika beteendesystem hos barnet respektive föräldern. Hennes tankegångar hade inspirerats av Klaus och Kennells studier (1976) av vad som sker mellan mor och barn under de första minuterna och det första dygnet efter födseln. Spädbarnets biologiska förprogrammering att bete sig så att det får omvårdnad motsvaras av en genetiskt betingad vilja hos föräldern att ge omvårdnad.

Ytterst är *anknytning* således ett metateoretiskt begrepp för samspelet mellan dessa två olika system, eftersom spädbarnet till skillnad från föräldern är i beroendeställning för sin överlevnad. Ordet *bindning* däremot är ett deskriptivt begrepp för den emotionella upptagenhet av barnet som uppstår hos en blivande eller nybliven förälder. Relationen dem emellan inleds på allvar när föräldern upplever att barnet utgör en verklighet. Hos Winnicott (1993) motsvaras begreppet bindning av det primära moderstillståndet, som avser en slags mental förvrängning av mottagligheten för annan information än den som uppfattas som relevant för barnets överlevnad. Stern (1996) beskriver på liknande vis denna fokusering på barnets belägenhet som del av moderskapskonstellationen.

Klaus och Kennells forskning ledde till ändrade förlossningsrutiner. En olycklig konsekvens var att diskussionen också väckte oro och skuld känslor hos många mödrar som av olika skäl inte kunnat dela sina barns första vakna ögonblick (Broberg et al., 2006). Senare forskare har tonat ner betydelsen av tidig fysisk kontakt och menar att den är en av många samspelande faktorer (Broberg et al., 2006, som refererar till Svedja, Campos & Emde, 1982). Nya forskningsrön om amning (se t.ex. Viberg & Viberg, 2003) lyfter åter fram den tidiga kroppskontaktens betydelse för anknytningen. Anders Broberg,

professor i psykologi vid Göteborgs universitet och en av författarna till *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*, klargör dock (personlig kontakt 19 maj, 2008) att tidig kroppskontakt numera inte anses ha så avgörande betydelse specifikt för anknytningsutvecklingen som bl.a. Klaus och Kennell gjorde gällande. Människobarnet har ganska lång tid på sig, flera månader, att utveckla den relation som så småningom ska bli anknytningsrelationen. Detta kan vara tröst inte minst för föräldrar till prematurt födda barn.

Prematurt födda barn

I Sverige föds varje år 90 000 barn, varav 4,5 % är prematurt födda. I vissa afrikanska och sydostasiatiska länder är siffran så hög som 10–30% (Stjernqvist, 1999). Antalet prematura födselar har ökat på senare år. Enligt en artikel i *The Lancet* (Goldenberg, Culhane, Iams & Romero, 2008) föds 5–9% av barnen i Europa prematurt och i USA är siffran 12–13%. I Skandinavien är talen lägre. De flesta av de prematura barnen i Sverige är födda mellan graviditetsvecka 33 och 36 och väger mer än 1500 gram (Stjernqvist, 1999). 0,8 % av dem är födda mellan vecka 29 och 32. Endast 0,3 % är födda före vecka 29.

Neonatalvården av prematurt födda barn har utvecklats enormt under de senaste decennierna, vilket återspeglas bl.a. i de senaste 15 årens väsentligt ökade överlevnadstal för de extremt för tidigt födda barnen. Numera överlever mer än 80 % av barnen med födelsevikt under 1000 gram; på 1960-talet överlevde färre än 20 % (Lagercrantz, 2005). Det faktum att tidsgränserna idag överlappar varandra för hur tidigt man rent tekniskt kan rädda för tidigt födda barns liv och hur sent abort är tillåten har lett till komplicerade etiska frågeställningar, men dessa ligger utanför denna uppsats ramar.

Definition av prematuritet

En normal graviditet varar i 40 veckor. Barn som föds för tidigt kan enligt Världshälsoorganisationen, WHO, definieras på två olika sätt: antingen utifrån födelsevikt eller utifrån mognadsgrad. I västvärlden definieras en födsel som prematur om barnet fötts före graviditetsvecka 37. Det finns tre undergrupper:

- ♦ för tidigt född – barn fött mellan graviditetsvecka 33 och 36
- ♦ mycket för tidigt född – barn fött mellan graviditetsvecka 29 och 32
- ♦ extremt mycket för tidigt född – barn fött före graviditetsvecka 29

Innan möjligheten fanns att bestämma fostrets mognadsgrad genom ultraljudsteknik definierades prematuritet utifrån födelsevikt. Detta görs fortfarande i de länder som saknar sådan teknologi. Undergrupperna är då:

- ♦ under 2500 gram – låg födelsevikt
- ♦ under 1500 gram – mycket låg födelsevikt
- ♦ under 1000 gram – extremt låg födelsevikt

Fördelen med att dela in efter tid är att antalet mognadsveckor säger mer om fostrets förutsättningar för liv utanför livmodern. Detta kan ha betydelse för beslut i samband med såväl själva födseln som det akuta omhändertagandet. Nackdelen med att dela in efter vikt är att barn kan födas med lägre vikt än väntat av andra skäl, t.ex. dålig näringstillförsel under graviditeten (vanligt i u-länder samt vid gravt missbruk under graviditeten). Ett fullgånget barn som klassas prematurt pga sin vikt riskerar antas vara mer omoget än det är.

Orsak till prematur födsel

Orsaken till för tidig födsel kan vara faktorer hos kvinnan, fostret eller omgivningen. Ofta förblir dock skälet okänt. Hos kvinnan kan det handla om svaghet i livmoderhalsen, missbildning av livmodern, otillräcklig funktion i moderkakan eller moderskapsavlossning. Sjukdomar som diabetes, infektioner och inflammatoriska tarmsjukdomar kan utlösa en prematur födsel. I vissa fall måste barn förlösas i förtid, som i svåra fall av havandeskapsförgiftning. Omgivningsfaktorer som kan utlösa prematur födsel är flerbördsgravitet samt extrem stress, som vid naturkatastrofer och krig. Faktorer hos fostret kan vara infektioner, sjukdomar och missbildningar (Goldenberg et al., 2008). Vad gäller de mycket för tidigt födda utgörs den främsta orsaken av infektioner som uppkommer hos modern (Hansen Pupp, 2008). Om den överförs till fostret, reagerar detta med att initiera ett inflammatoriskt svar för att försvara sig mot infektionen. Tyvärr kan detta försvar samtidigt medföra skador på inre organ, t.ex. hjärnan.

Ur ett internationellt perspektiv belyser Goldenberg et al. (2008) hur socioekonomiska faktorer (som tillgång till prenatalvård) och moderns beteende (som intagande av alkohol och droger) kan utgöra riskfaktorer för prematur födsel, dock ej som ensamma orsaker. Goldberg påvisar även beklämmande skillnader mellan etniska grupper och prevalens av prematur födsel. I USA och Storbritannien är sannolikheten att kvinnor med afro-amerikanskt eller afro-karibiskt ursprung föder prematurt två-tre gånger så hög som för vita kvinnor.

Den prematurt avbrutna graviditeten

En normalgraviditet varar i 40 veckor och är medicinskt indelad i tre perioder. Dessa motsvaras av tre psykologiska faser för dyaden mor-foster, enligt psykoanalytikern Rafael-Leff (2001):

- ♦ sammansmältning
- ♦ gradvis differentiering
- ♦ succesiv psykisk separation

Under sista fasen börjar modern alltmer uppleva det väntade barnet som en individ, i takt med att graviditeten blir alltmer påtaglig. Hennes identitet påverkas nu ännu mer av bemötandet från partnern och andra personer i omgivningen. Kvinnans längtan efter att möta sitt barn blir allt starkare och hon förbereder sig inför separationen från fostret hon ännu bär inom sig.

Hos mödrar till för tidigt födda barn avbryts abrupt den psykologiska process som en fullgånget graviditet innebär. Nästan alla drabbas av skuld känslor och klandrar sig själva för att de inte kunnat hålla kvar barnet inom sig (Stjernqvist, 1992b). Skam- och skuld känslor minskar om kvinnan får stöd av sin egen mor. En prematur födsel omfattar alltid en sorgprocess för kvinnan och är viktig för att anknytningsprocessen ska kunna börja utvecklas. Föräldrar reagerar mycket olika på vad som skett och kan variera från full närvaro i skeendet till fullständig förnekelse eller aggressivitet mot andra. En svensk studie (Stjernqvist, 1992b) visade att 85% av mödrarna och 65% av fäderna till mycket för tidigt födda barn drabbas av krisreaktion. Symptomen kan vara oro, ångest, överkänslighetskänslor, förändrad tidsuppfattning, sömnrubbningar och aptitlöshet. Parets inbördes relation är en avgörande faktor för hur de orkar med den psykiska påfrestningen. Vissa föräldrar har förhöjd sårbarhet för psykologiska problem av varierande grad: unga nyetablerade par får ofta relationsproblem, kvinnor med tidigare psykiska problem (i synnerhet post partum-depressioner), kvinnor som haft sena missfall eller förlorat barn samt par med lång historia av ofrivillig barnlöshet.

Vård av för tidigt födda barn

Att födas för tidigt är i sig ingen sjukdom, men komplikationer är vanliga eftersom barnet är långt ifrån färdigutvecklat för ett liv utanför livmodern (Lagercrantz, 2005). Att födas är en oerhört stor omställning för *alla* barn – att ta sitt första andetag, att fortsätta andas, att själv börja reglera temperatur och vätskebalans. För fullgånget barn tar denna process normalt mellan 4–6 timmar; för prematurt födda barn varierar tiden mellan några dagar till flera veckor (Stjernqvist, 1999).

De största somatiska riskerna vid prematur födsel gäller hjärnan, lungorna och ögonen (Lagercrantz, 2005; Stjernqvist, 1992a). Blodkärnen är ännu är så sköra att blodtrycksförändringar kan orsaka hjärnblödningar av varierande svårighetsgrad. Mindre blödningar ger vanligen inga bestående men, eftersom den växande hjärnan har stor reparationsförmåga. Större blödningar kan orsaka cerebral pares och ibland även utvecklingsstörning. I sällsynta fall kan barnet få hydrocephalus (s.k. vattenskalle). Lungorna är omogna, vilket sätter ner förmågan till syreupptagning. Ögonen är inte färdigutvecklade, varför blodkärnen i näthinnan riskerar att utvecklas på ett avvikande sätt, med risk för synnedläggning. Slutligen är de prematura barnen infektionskänsliga eftersom deras immunförsvar inte hunnit utvecklas. De allvarligaste infektionerna är blodförgiftning och hjärnhinneinflammation. Dessutom drabbas barnen ofta av gulsot pga att levern är omogen och inte kan bryta ner gallpigmentet bilirubin.

Det akuta medicinska omhändertagandet som är nödvändigt kan vara skrämmande för både barnet och föräldrarna. Barnet har ännu inga andra upplevelser att jämföra med än den trygga och ombonade miljön i livmodern. Föräldrarna har dock mer eller mindre tydliga förväntansbilder av hur de välkomnar sin nya familjemedlem. Dessa förväntningar kommer abrupt av sig när deras barn oväntat föds alldeles för tidigt. Föräldrarna har inget annat val än att förlita sig på att den medicinska vårdpersonalen gör vad den kan för deras barn. Den intimitet som i normala fall skulle präglade det första samspelet är fyllt av störningsmoment. Barnet är anslutet till övervakningsapparatur för kontinuerlig mätning av andning, puls, blodtryck och syremättnad i blodet. Sladdar, slangar, lampor och ljudsignaler och ständig närvaro av personal är hela tiden en del av tillvaron med barnet.

De nyfödda prematurbarnen läggs i kuvös för att stödja reglering av kroppstemperatur och för att förhindra vätskeförlust (deras hud är ju ännu inte färdigbildad). Vid motsvarande graviditetsvecka 32–34 får barnen vanligen flytta över i egen säng, eventuellt kompletterad med värmemadrass. Eftersom sug- och sväljförmågan ännu inte är färdigutvecklade får de bröstmjolk via sond, ofta kompletterad med dropp. Amning uppmuntras så tidigt som möjligt, då barnet behöver öva sig på att suga och moderns mjölkproduktion behöver stimulans. Framför allt behöver spädbarnet så tidigt som möjligt tät kroppskontakt med modern (och även fadern). Det finns idag vetenskapliga belägg för nyttan av att bära för tidigt födda barn i sele eller sjal, som lett till att den s.k. kangurumetoden (Augustinsson & Persson, 2007) börjat användas på allt fler sjukhus. Som omväxling till ku-

vösen får barnet istället ligga hud mot hud med föräldern, buren i en specialese. Effekter som påvisats av kangurumetoden är att den minskar prematura barns stress, förbättrar deras temperaturreglering, bidrar till bättre sömn och förstärker anknytningen. Det förefaller även som att deras perceptuella, kognitiva och motoriska utveckling stimuleras. Föräldrar rapporterar att de känner sig stärkta i sin roll och att amningen understöds. Field (2001) har funnit att spädbarnsmassage för prematurt födda barn har gynnsam effekt på den fysiska tillväxten.

Dagens neonatalvård inbegriper en helt annan psykologisk kunskap om både spädbarn och föräldrar än för bara 15–20 år sedan. Idag uppmärksammas såväl de små barnens upplevelser av smärta, oro och ångest, som föräldrarnas krisreaktioner.

Den för tidigt födda hjärnan

Livmodern skyddar barnets hjärna från alltför tidig stimulans. Prematurt födda barn förlorar denna skyddsbarriär alldeles för tidigt. Lagercrantz (2005) beskriver forskningen om hur hjärnskador uppkommer hos mycket för tidigt födda barn. Blodförsörjningen av hjärnan är ännu inte färdigutvecklad hos dessa barn och blodflödet i återstoden av hjärnan labilt. Ca en fjärdedel av de för tidigt födda barnen har hjärnblödningar. Vissa av de mycket för tidigt födda barnen uppvisar vita fläckar, där hjärnvävnad dött som följd av otillräcklig blodtillförsel. Neonatalvården är synnerligen uppmärksam på att försöka hålla blodtrycket så jämnt som möjligt hos de för tidigt födda barnen. I möjligaste mån är insatserna stressreducerande, därför att det förhöjda blodtrycket som åtföljer förhöjd stressnivå hos fostret/spädbarnet kan utlösa hjärnblödning. Vid för lågt blodtryck ges direkt blodtryckshöjande medel för att minska risken för vävnadsdöd.

Den för tidigt födda hjärnan har dock stor potential för läkning, väsentligt större än hjärnan hos en vuxen individ – och ju omognare hjärna, desto större plasticitet. Det stora överskott hjärnceller som utvecklats i reserv under graviditeten tas genast i anspråk. Även barn som drabbats av stora hjärnblödningar kan utvecklas i stort sett normalt. Vid en extremt för tidig födsel finns dock väsentligt förhöjd risk att spädbarnets genetiska programmering påverkas, liksom hjärnans organisation. Detta kan medföra neuropsykologiska följdtilstånd som CP-skador och uppmärksamhetsstörningar. Det är dock oklart om det är den tidiga födseln i sig som kan påverka generna eller inte. En sannolik hypotes är att gener aktiveras av det stegrade syretrycket, när barnet lämnar livmodern och kommer ut i atmosfärluften.

Prematura barns utveckling

Longitudinella studier i Sverige (t.ex. Stjernqvist, 1992a och Tidemann, 2001) visar att en stor andel av de för tidigt födda barnen ofta har svårigheter med motorik, inlärning, beteende samt uppmärksamhet. En långtidsstudie av Tideman, Ley, Bjerre och Forslund (2001) fokuserar på prematuras somatiska och psykiska tillstånd, självbild samt livskvalitet. Signifikant fler prematura än matura hade hälsoproblem under hela uppväxten. Prematura med måttligt allvarliga kroppsliga åkommor visade tecken på psykologiska besvär. Däremot fanns ingen skillnad mellan grupperna i förekomsten av psykiatrisk problematik. Båda grupperna rapporterade likartat om självbild och livskvalitet. De prematura föreföll fungera lika väl i sitt vardagsliv som sina jämnåriga matura födda. Wolke (1998) beskriver den psykologiska utvecklingen hos prematurt födda barn. Ca en fjärdedel av dessa barn utvecklar grava eller multipla psykologiska problem; ytterligare en fjärdedel får måttliga till milda problem. De vanligaste förekommande psykologiska problemen är lägre IQ, bristande uppmärksamhet samt problem i skolan. Många problem blir synliga först vid skolstart pga högre krav på t.ex spatial, verbal och fonologisk förmåga. Saigal & Doyle (2008) beskriver hur eventuella neuropsykologiska svårigheter och hälsoproblem framträder redan i barndomen, medan skolproblem och beteendeproblematik ofta accentueras mer under adolescensen. De konstaterar också att de flesta prematurt födda personer succesivt anpassar sig till sin situation och klarar övergången till vuxen ålder anmärkningsvärt bra. En studie av Hack (2006) om prematura barn, uppföljda i ung vuxenålder, visar att de överlag har lägre prestationer i skolan och att få går vidare med akademiska studier. Undantag finns dock. De har anställning i likartad utsträckning. Inga större skillnader finns vad gäller allmänt hälsotillstånd, men de prematurt födda unga vuxna har sämre fysisk förmåga, högre medelvärden på blodtryck och svagare andningskapacitet. Det finns inga belegg för att prematurt födda skulle ha högre andel tyngre psykiatrisk problematik jämfört med normalpopulationen. Ängest och depression förekommer dock oftare hos prematurt födda. De rapporterar att de har ett normalt liv och livskvalitet.

Anknytning hos prematura barn

Alla spädbarn uppvisar anknytningsbeteenden redan strax efter födseln (Bretherton & Munholland, 1999; Weinfeld, Sroufe, Egeland & Carlsson, 1999). Hur individuella skillnader utvecklas beror på kvaliteten i samspelet med föräldern. Begreppen trygg respektive otrygg anknytning avser barnets uppfatt-

ning om föräldrarnas tillgänglighet i händelse av hot eller fara. Denna uppfattning påverkar hur barnet organiserar och anpassar sitt anknytningsbeteende i relation till föräldern för att optimera chansen till tröst och beskydd. Förutsättningarna för att en trygg anknytning ska kunna utvecklas är att barnet upplever föräldern som lyhörd och tillgänglig, både fysiskt och psykologiskt. Barnet kan då använda föräldern som en trygg bas vid utforskande av omvärlden och som säker hamn när det blir oroligt eller skrämt. Detta är grundstenarna när barnet bygger upp sitt självförtroende.

Anknytningsprocessen hos prematurt födda barn börjar utifrån annorlunda förutsättningar än hos fullgångna barn, även om anknytningsrelationen alltid behöver tid på sig att utvecklas. Vid studier av riskfaktorer för otrygg anknytning (Belsky, 1999; Zeanah, Boris & Larrieu, 1997) nämns psykopatologi hos föräldrarna, äktenskapliga problem, våld inom familjen, fattigdom, social klasstillhörighet, tonårsgraviditet – samt även prematuritet, i synnerhet när den är kopplad till svår kroppslig sjukdom och barnets temperament. Enligt Field (1980) påverkas anknytningsprocessen både av barnets signalsvaghet och av föräldrarnas reaktioner på vad som skett. Schore (2001) lyfter fram vikten av stabila anknytningsrelationer för barns neurobiologiska utveckling. Han menar att tidiga trauman eller upplevda brister i anknytningsrelationer påverkar utvecklingen av höger hjärnhalva, där känslomässig och kroppslig information bearbetas. Enligt Stjernqvist (1999) medför den prematura födseln och den efterföljande intensivvården en psykologisk stress som kan ha traumatiserande effekt på föräldrarna. Samspelelementen mellan föräldrar och prematura barn skiljer sig åt jämfört med fullgångna barn, enligt en studie av Borghini et al. (2006). Prematura barn uppvisar oftare oroligt beteende och ler mindre än fullgångna barn; föräldrar till prematura barn tenderar att överstimulera dem. Det finns motsägelsefulla fynd om hur en för tidigt födsel påverkar moderns interaktionsstil. Å ena sidan verkar prematur födsel kunna utgöra riskfaktor för mödrarnas beteende: de kan bli hyperstimulerande, påträngande, mindre emotionellt involverade och mindre känsliga i samspelet med sitt barn, jämfört med mödrar till fullgångna barn (se t.ex Goldberg & DiVitto, 1995). Å andra sidan belyser andra studier (t.ex Singer et al., 2003) mödrarnas förmåga att kompensera sina prematura barns svårigheter genom att uppvisa ökad responsivitet, starkt emotionellt engagemang samt god förmåga att stödja barnens kognitiva och socio-affektiva utveckling.

Vid jämförelse av anknytning mellan prematura och fullgångna barn (Plunkett, Meisels, Steifel, Pasick & Roloff, 1986) visade sig skillnaden vara störst

mellan fullgångna barn och prematura barn med sjukdom. Av de fullgångna barnen var två tredjedelar tryggt anknutna; av de prematurt födda med sjukdom var drygt hälften otryggt anknutna. Av dessa var i sin tur en dryg fjärdedel ambivalent anknutna, vilket är en tydlig överrepresentation jämfört med de fullgångna barnen, där endast en tiondel var ambivalent anknutna.

Senare studier (t.ex Wille, 1991; Smith, Ulvsund & Lindemann, 1994) tyder på att anknytningens kvalitet påverkas mindre än tidigare av det faktum att barnet fötts för tidigt. Enligt Stjernqvist (1999) speglar detta troligen den väsentligt förbättrade neonatalvården, som utgår från barnets individuella vårdplan samt psykologiskt stöd till hela familjen.

Studier i olika sammanhang av vuxnas mentala representationer av sina anknytningserfarenheter ger belägg för att dessa har avgörande betydelse för kvaliteten på personens anknytningsrelation till sina framtida barn (Hesse, 1999; van IJzendoorn, 1995). Forskningen om huruvida anknytningen är stabil över tid uppvisar dock motsägelsefulla fynd. Somliga studier ger empiriskt stöd för långvarig stabilitet (Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). Enligt andra studier är samstämmigheten liten mellan hur individens anknytning klassificerats som spädbarn, jämfört med bedömning vid vuxen ålder av sinnessillstånd angående relationen till föräldrarna (Lewis, Feiring & Rosenthal, 2000; Weinfeld, Sroufe & Egeland, 2004; Zimmerman, 1994).

Syfte och hypotes

Hur utvecklas anknytningsprocessen under normala omständigheter? Vilka är förutsättningarna för att trygg anknytning ska utvecklas? Påverkas anknytningsprocessen av för tidig födsel? I så fall hur?

Studiens syfte är att undersöka hur anknytningen har utvecklats hos för tidigt födda individer när de nått ung vuxenålder. Utifrån ovanstående teori-genomgång och forskningsrön formulerar jag följande hypotes:

Det finns en skillnad mellan typ av anknytning, trygg eller otrygg, hos prematurt respektive maturt födda individer när de uppnått ung vuxenålder.

METOD

Deltagare

Denna pilotstudie är del av en stor longitudinell studie, initierad av Karin Stjernqvist, professor i psykologi vid Lunds universitet. Den stora studien är ett samarbete mellan Institutionen för psykologi vid Lunds universitet och Barn- och ungdomssjukhuset vid Lunds universitetssjukhus. Ursprungsstudien består av 111 individer, varav 57 individer enligt WHO:s definition är födda extremt för tidigt (dvs före vecka graviditetsvecka 29). De övriga 54 individerna är födda efter fullgången graviditet. Av de 57 prematurt födda barnen hade 31 personer en mycket låg födslovikt (dvs under 1500 gram) och 26 personer en extremt låg födslovikt (dvs under 1000 gram). Kontrollgruppen är matchad utifrån kön, födelsedatum och föräldrarnas socioekonomiska status. Eftersom studien är longitudinell har deltagarna under sin uppväxt undersökts med en rad olika bedömningsinstrument vid flera tillfällen. I den stora gruppen har enstaka individer gått på särskola, men de allra flesta har fullföljt ordinarie grundskola.

I pilotstudien ingår 34 deltagare, slumpmässigt urvalda från den stora undersökningsgruppen. 18 individer är prematurt födda och 16 individer är födda efter fullgången graviditet. Graviditetens genomsnittslängd för de prematura var 26,78 veckor (sd = 1,11) och för de fullgångna 39,64 veckor (sd = 1,74). De prematurt föddas genomsnittsvikt var 878 gram (sd = 235 gram) och de fullgångnas genomsnittsvikt var 3623 gram (sd = 562 gram). Anknytningsintervjun AAI skedde när deltagarna var mellan 18 och 19 år gamla, (m = 18,4 år; sd = 0,22 år). 16 personer är män och 18 personer är kvinnor. Könsvariabeln följs inte upp i diskussionen eftersom den saknar relevans för resultatet. Samtliga deltagare i pilotstudien har gått på ordinarie gymnasieskolor och ingen av dem har befunnits ha något neurologiskt handikapp.

Instrument

Adult Attachment Interview (AAI) är en semistrukturerad intervju metod för klassifikation av anknytning hos vuxna. Genom metoden undersöks intervju personens aktuella mentala representationer av relationen till föräldrarna, i ljuset av minnen av barndomsupplevelser. Målet är att få en bild av intervju personens *generella* anknytningsstil som antingen trygg/autonom eller otrygg, med undergrupperna avvisande, upptagen eller desorganiserad (Broberg et al., 1996; Hesse, 1999). För påminnelse om AAI-

kategoriernas motsvarigheter i SSP, se åter tabell 1, s 14.

Intervjun består av 20 huvudfrågor med tillhörande följdfrågor, där intervjupersonen lotsas från sina tidigaste barndomsupplevelser fram till nutid. Alla frågor fokuserar på anknytningen till den intervjuades egna föräldrar och andra nyckelpersoner samt hur personen upplever att dessa erfarenheter har påverkat den vuxna personligheten. Frågornas utformning ger intervjupersonen stor frihet vid formulering av svaren. Inledningsvis ombeds intervjupersonen att sammanfatta förhållandet till sina föräldrar under barndomen. Därefter får han/hon välja ut fem adjektiv som ger en helhetsbild hur förhållandet till mamman var samt ge konkreta exempel på händelser som motiverar varför just dessa adjektiv valdes. Detsamma sker angående pappan. Intervjupersonen tillfrågas om vilken förälder han/hon upplevde sig stå närmast under barndomen och vad denna förälder gjorde när personen var ledsen, upprörd, arg, skadad eller sjuk. Andra frågor utforskar känslor vid separationer och avvisanden från föräldrarna, eventuella erfarenheter av hot eller övergrepp av föräldrarna (eller andra familjemedlemmar) samt eventuella förluster av närstående personer. Några frågor gäller varför intervjupersonen tror att föräldrarna handlade som de gjorde under uppväxttiden, om förhållandet till dem har förändrats mycket samt hur relationen är nu. De sista frågorna handlar om hur intervjupersonen tänker kring sitt eget barn (eller ett hypotetiskt framtida barn) samt vad intervjupersonen dragit för lärdomar av sin uppfostran. Intervjun tar ca en timme och genomförs av person med speciell kunskap om metoden. Intervjun bandas och transkriberas ordagrant enligt mycket detaljerade föreskrifter, inklusive icke-verbala ljud och eventuell stamning. Pauser längre än två sekunder klockas. Slutligen analyseras intervjumaterialet utifrån en rad bedömningsskalor av en separat auktoriserad AAI-bedömare (Broberg et al., 1996).

Vid såväl analys som klassificering läggs stor vikt vid grad av sammanhang och konsekvens i intervjupersonens beskrivning och värdering av sina barndomsupplevelser. Anledningen till att transkriptionen av intervjun inkluderar icke-verbala ljud och tidsmätning av pauser är antagandet att arbetsmodellerna är både medvetna och omedvetna; individens språkliga uttrycksätt betraktas som en gestaltning av hur dynamiken i kognition och emotion påverkas av hans/hennes uppmärksamhet i intervjusituationen (Hesse, 1999).

Vid kodning av intervjun försöker bedömaren få en uppfattning både om vad den intervjuade upplevt (livshändelser) och om personens sätt att mentalt förhålla sig till dessa upplevelser (sinestillstånd).

Klassificeringen av intervjumaterialet sker enligt två huvudskalor, båda med ett flertal niogradiga subskalor.

Vid *bedömning av livshändelser* skattas intervjupersonens faktiska erfarenheter av respektive förälder. Subskalorna beaktar t.ex hur kärleksfulla/avvisande föräldrarna varit. Vid *skattning av sinnestillstånd* värderas istället intervjupersonens språkliga framställning av sina anknytningserfarenheter. Störst vikt för kodningen har den intervjuades förmåga till sammanhållet tal och tänkande, dvs om AAI-bedömaren med lätthet kan förstå intervjupersonens avsikter med sina beskrivningar, utan att behöva tolka dem. Även den generella reflektionsförmågan beaktas. Några subskalor till denna huvudskala tydliggör huruvida föräldrarna beskrivs realistiskt eller i vilken omfattning de idealiseras (exempel: idealisering sker om intervjupersonen på ett semantiskt och abstrakt plan beskriver föräldern som kärleksfull, men sedan inte kan motivera detta genom specifik händelse). Återstående skalor fokuserar på intervjupersonens förmåga att minnas, huruvida oförlöst vrede påverkar den bild som ges av föräldern samt slutligen vilka aktuella mentala representationer som finns av eventuella dödsfall eller trauman under uppväxtåren (Broberg et al., 1996; Hesse, 1999; Main, 1996). Den slutgiltiga klassificeringen har fyra huvudklasser:

- ♦ trygg/autonom
- ♦ otrygg/avvisande
- ♦ otrygg/överdrivet upptagen
- ♦ otrygg/desorganiserad

Samtliga kategorier definieras av hur intervjupersonerna som vuxna värderar sin barndoms erfarenheter av anknytningsrelationer (Broberg et al, 1996; Hesse, 1999).

Trygga/autonoma personer anser erfarenheterna betydelsefulla och kan objektivt se tillbaka på hur de inverkat på deras personliga utveckling. Detta gäller såväl om personen upplevt föräldrarna som en trygg bas eller inte – vid avsaknad av trygg bas hos föräldrarna kan ju personen ha hittat stöd i en annan vuxen person, eller ha reparerat sina brister i senare psykoterapi. Det avgörande är förmågan att avge en sammanhållen berättelse och att reflektera kring innebörden av sina erfarenheter.

Otrygga/avvisande personer nedvärderar eller rent av avfärdar den betydelse tidiga anknytningsrelationer har på tankar och känslor i deras vuxna vardagsliv. Hävdande av personlig styrka och normalitet är vanligt förekommande i berättelserna. *Otrygga/överdrivet upptagna* personer kan inte släppa taget om betydelsen av sina tidiga erfarenheter. Somliga ter sig förvirrade, vaga och osakliga, men samtidigt

passivt acceptera av sin personliga historia; andra har svårt att se klart pga ännu pågående vrede. Intervjuerna hamnar ofta på sidospår, nutid och dåtid förväxlas etc. Klassen *otrygg/desorganiserad* används när intervjupersonen förefaller ha ett ouppklarad anknytningstillstånd, vilket visar sig i oförmåga till sammanhängande svar när förlust eller trauma kommer på tal. Slutligen bedöms ett fåtal intervjuer som *oklassificerbara*, vilket sker när den intervjuade inte uppvisar någon enhetlig anknytningsstil. Inom en normalpopulation fördelar sig de tre organiserade grundkategorierna enligt följande: trygga/autonoma 58 %, otrygga/avvisande 24 % och otrygga/överdrivet upptagna 18 % (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

AAI-metodens psykometriska egenskaper är grundligt granskade i många olika sammanhang (Hesse, 1999). Enligt en metaanalys av 33 studier omfattande totalt 2000 AAI-intervjuer (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996) är interbedömarreliabiliteten god (>80 %); även test-retest-reliabiliteten är god (75–90 %, uppmätt över en tidsperiod på 3 månader – 1 ½ år). AAI är oberoende av social önskvärdhet, icke-anknytningsbaserade relationer samt förmågan att minnas händelser långt tillbaka i tiden (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1993). I fem av sex studier har intelligens och verbalt flöde ingen inverkan på AAI:s klassificering av trygg respektive otrygg anknytningsstrategi (van IJzendoorn, 1995).

Genomförande

Deltagarna i denna pilotstudie ingår alltså i ett större longitudinellt forskningsprojekt, bestående av 111 individer. Samtliga personer som hade deltagit som 10-åringar erhöll en skriftlig inbjudan om uppföljning i vuxen ålder. I brevet informerades om att leg psykolog Anne-Li Hallin skulle ta kontakt per telefon inom en vecka för att fråga om de ville medverka i studien. De presumtiva deltagarna fick själva avgöra huruvida de ville delta eller ej, eftersom de vid detta nya tillfälle hunnit bli myndiga. För den majoritet av de tillfrågade som var positiva till uppföljning bokades tid och plats för AAI-intervjun och övriga test. Alla moment skedde vid ett tillfälle, cirka fyra timmar långt, på Barn- och ungdomssjukhuset i Lund. AAI-intervjuerna gjordes före de andra testen. De genomfördes av en legitimerad psykolog samt en psykologstudent. Intervjuerna transkriberades av ett flertal personer. Kodning och klassifikation är utförd av Hans Bengtsson, lektor på psykologiska institutionen vid Lunds universitet, tillika utbildad AAI-bedömare.

Författaren har inte träffat någon av deltagarna, utan medverkan i det longitudinella projektet begränsar sig till transkription av en rad intervjuer. Denna arbetsinsats gav tillgång till det material som är underlag för denna pilotstudie. Eftersom pilotstudien har ett så lågt n-tal (34 personer) har endast distinktionen trygg respektive otrygg anknytningsstil använts. Detta för att öka möjligheten att se signifikanta skillnader mellan dessa huvudgrupper. Bearbetning av materialet har skett i samarbete med handledare Hans Bengtsson.

RESULTAT

I Tabell 2 presenteras statistiska värden för de subskalor i AAI som är mest relevanta för studien. Medelvärden och standardavvikelser är separat redovisade för den prematurt födda gruppen respektive den maturt födda kontrollgruppen.

Att n-talen för respektive subskala ofta är lägre än 34 beror på tolkningssvårigheter av enstaka variabler i enskilda fall. Detta har dock ingen betydelse för det slutgiltiga klassificeringsresultatet, eftersom det grundas på en sammanvägning av poängtal och kodarens sammanfattande tolkning av individens generella anknytningsstrategi.

Envägs ANOVA visar att de båda gruppernas medelvärden skiljer sig signifikant på tre subskalor:

- ♦ idealisering av fadern ($F=5,39$; $p<0,05$). Resultatet visar att prematurgruppen tenderar att idealisera fadern i högre utsträckning än maturgruppen.
- ♦ koherent tal ($F=7,84$; $p<0,01$). Prematurgruppen uppvisar en lägre förmåga till sammanhängande beskrivning av sina barndomserfarenheter än maturgruppen.
- ♦ koherent tänkande ($F=7,52$; $p<0,01$). Prematurgruppen har en lägre förmåga till sammanhållen reflektion kring sina berättelser, jämfört med maturgruppen.

Däremot finns ingen signifikant skillnad mellan de båda grupperna vad gäller livshändelser, i bemärkelsen hur kärleksfulla, avvisande eller tillgängliga föräldrarna tyckts ha varit.

Tabell 3 visar hur många individer i den prematura gruppen respektive maturgruppen som i ung vuxenålder hade trygg respektive otrygg anknytning enligt AAI-intervjun. Med anknytning avses här generaliserade mentala representationer av anknytningsfarenheter.

Tabell 2 Envägs ANOVA mellan prematur- respektive maturgruppens subskalevärden på AAI

	Subskalor	Grupp	n	m	sd	df	F	p
Livshändelser i relation med modern	kärleksfullhet	prematur	15	4,60	1,57	1	1,48	0,23
		matur	16	5,31	1,68			
	avvisande	prematur	14	2,50	2,27	1	0,52	0,47
		matur	15	1,96	1,65			
	tillgänglighet	prematur	16	1,66	1,30	1	0,124	0,72
		matur	16	1,81	1,29			
Livshändelser i relation med fadern	kärleksfullhet	prematur	15	4,06	1,25	1	1,46	0,50
		matur	16	4,46	1,94			
	avvisande	prematur	14	2,57	2,20	1	0,44	0,51
		matur	16	3,12	2,32			
	tillgänglighet	prematur	15	1,83	1,06	1	2,74	0,10
		matur	15	1,30	0,64			
Sinnestillstånd	idealisering, moder	prematur	18	3,69	2,24	1	1,64	0,20
		matur	16	2,75	2,02			
	idealisering, fader	prematur	18	3,13	2,24	1	5,39	0,02
		matur	15	1,73	0,70			
	koherent tal	prematur	18	4,13	2,13	1	7,84	0,00
		matur	16	5,96	1,59			
koherent tänkande	prematur	18	4,08	2,15	1	7,52	0,01	
	matur	16	5,90	1,65				

Resultatet visar att prematurgruppen har betydligt fler otrygga individer än maturgruppen. Enligt Fisher's Exact Test är $p=0,013$, vilket innebär att skillnaden mellan grupperna är signifikant. Sålunda bekräftas hypotesen att det finns en skillnad i anknytning hos prematurt respektive maturt födda individer i vuxen ålder.

Slutligen framkommer även att maturgruppen har oväntat hög andel trygga individer (89 %), jämfört med andelen trygga i tidigare redovisade studier av fördelningen inom en normalpopulation (58 %). Se åter van IJzendoorn och Bakermans-Kranenburg (1996).

Tabell 3 AAI klassificeringsresultat av anknytning hos prematurt respektive maturt födda.

Grupp	Trygg	Otrygg	Totalt
Prematur	8	10	18
Matur	14	2	16
Totalt	22	12	34

DISKUSSION

Studiens syfte var att undersöka hur anknytningen utvecklats hos för tidigt födda individer när de nått ung vuxenålder. Med utgångspunkt i genomgången teori och forskningsrön formulerades hypotesen att det finns en skillnad mellan typ av anknytning – trygg eller otrygg – mellan prematurt och maturt födda individer i ung vuxenålder. Eftersom samtliga individer är vuxna, avser begreppet anknytning här generaliserade mentala representationer av tidiga anknytningserfarenheter.

Analys av resultatet

Resultatet visade att det finns fler individer med otrygg anknytning i den prematura gruppen, jämfört med i den maturt födda kontrollgruppen. Skillnaden är signifikant. Sålunda bekräftas hypotesen att det finns en skillnad i anknytning mellan prematurt och maturt födda individer i ung vuxenålder. Dessutom visade resultatet att maturgruppen har oväntat hög andel trygga individer (89 %), jämfört med andelen

trygga i tidigare redovisade studier av fördelningen inom en normalpopulation (58 %). Se åter van IJzendoorn och Bakermans-Kranenburg (1996).

Trots att det var så få signifikanta skillnader mellan prematurgruppens och maturgruppens poäng på subskalorna (endast i tre fall), så var skillnaden signifikant på de två övergripande subskalorna för skattning av koherent tal och tänkande, båda på huvudskalan för *Skattning av sinnestillstånd*. Även den tredje signifikanta skillnaden fanns på samma huvudskala. Däremot fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan de båda gruppernas faktiska anknytningserfarenheter med respektive förälder, enligt AAI-intervjun.

En så stor skillnad i det förväntade resultatet av andelen trygga individer i kontrollgruppen jämfört med tidigare studier gör att slutsatser av studien kan bli problematiska. Metodologiskt är det sannolikt att resultatet påverkats av studiens låga n-tal (34 individer). Detta har troligtvis medfört att kontrollgruppens värden inte motsvarar de värden man kan förvänta sig från en normalpopulation, utan andelen trygga i denna studie är väsentligt högre. Även bristen på signifikanta skillnader mellan grupperna på subskalorna för *Bedömning av livshändelser* kan eventuellt tillskrivas samplets storlek.

Vi har således ett utfall av studien i förväntad riktning (fler otrygga i den prematura gruppen) men där tolkningen av resultatet försvåras av att kontrollgruppen innehåller fler trygga individer än väntat. De intervjuer som redovisas i denna studie utgör endast en del av intervjuerna i en större studie. Sannolikt kommer den relativa andelen trygga individer i kontrollgruppen att minska när samtliga intervjuer är bedömda.

Vilka tänkbara förklaringar kan då finnas till att signifikant fler individer i prematurgruppen än i maturgruppen har en otrygg anknytning?

Resultatet är likartat med den stora studien av Plunkett et al. (1986), där anknytning jämfördes mellan prematurt födda barn och fullgångna barn. Undersökningsgruppen i den studien var dock väsentligt större, varför även undergrupper kunde jämföras. Skillnaderna var störst vid jämförelse mellan fullgångna barn och prematura sjuka barn. Delta-garna i såväl denna studie som i Plunketts studie är födda på 80-talet, i en tid då vården av prematurt födda ännu inte hunnit utvecklas till den standard som finns idag.

Med tanke på hur traumatiskt livet börjat för prematurt födda barn och deras familjer, förefaller det följdriktigt att det finns fler individer med otrygg anknytning bland prematurt födda än bland maturt födda. Motsatsen hade varit osannolik, även om det

naturligtvis är önskvärt att andelen tryggt anknutna bland prematurt födda ökar. Dagens neonatalvård har säkerligen gjort viktiga bidrag i den riktningen, då den inbegriper en helt annan psykologisk kunskap om både spädbarn och föräldrar än för bara 15–20 år sedan. Sedan 90-talet vårdas alla prematura barn i Sverige utifrån metoden NIDCAP (Newborn Individualized Development Care and Assessment Plan). NIDCAP, som utvecklats av psykologen Heidelise Als, är dels ett instrument för bedömning av barnets individuella mognad, dels ett omvårdnadsprogram för optimal anpassning av miljö och vård till barnets utvecklingsgrad (Stjernqvist, 1992). Utvecklandet av NIDCAP har även bidragit till väsentligt ökad medvetenhet om hur miljön påverkar nyfödda barn. Tidigare var kuvöserna placerade i starkt neonupplysta salar, där barnen ständigt var utsatta för ljudet av mänskliga röster och rörelser, samt för blinkningar och signaler från medicinsk apparatur. Numera skyddas barnen från alltför mycket stimulans genom enkla åtgärder som att täcka över kuvöserna och att samla ihop nödvändiga provtagningar till färre tillfällen. Dämpad rumsbelysning har visat sig spontant även dämpa människors sätt att tala och röra sig.

Intervjupersonerna i denna studie är alla födda under en tid när vården av för tidigt födda barn hade börjat förändras för det bättre. Varför uppvisade då så anmärkningsvärt stor andel av dem ändå otrygg anknytning? En tänkbar förklaring är att vid en prematur födsel förloras oundvikligen den intimitet som borde få råda kring barnet och de nyblivna föräldrarna. Föräldrarnas förmåga till närvaro i nuet med sitt lilla nyfödda barn störs brutalt av upptagenhet och oro över vad som har skett, vad som sker just nu och vad som ska ske. Enligt Stjernqvist (1992b) drabbas 85 % av mödrarna och 65 % av fäderna av krisreaktion efter en prematur födsel. Denna reaktion är både förståelig och ofta nödvändig för bearbetningen av det skedda. Likväl tar den kraft i anspråk från närvaron i samspelet med det nyfödda barnet. Parets inbördes relation är en avgörande faktor för hur de orkar med den psykiska påfrestningen. Vissa föräldrar har förhöjd sårbarhet för psykologiska svårigheter, som kan aktiveras av den kris som den prematura födseln utgör. Det prematura barnet är signalsvagt och kan ännu inte förmedla sina behov. Idag finns kunskap om att även små spädbarn kan uppleva smärta, oro och ångest. Det är dock omöjligt att veta hur det upplever sin situation. Barnets organ är outvecklade, i synnerhet hjärnan. Schore (2001) poängterar vikten av stabila anknytningrelationer för ett barns neurobiologiska utveckling. Tidiga trauman eller upplevda brister i anknytningsrelationer påverkar utvecklingen av höger hjärnhalva.

Klaus och Kennells studier från 1976 av vad som

sker mellan mor och hennes nyfödda barn under de första minuterna och det första dygnet efter födseln äger fortfarande stor giltighet och citeras ofta även i senare forskning. Det råder dock delade meningar huruvida tidig kroppskontakt har inflytande specifikt på anknytningen eller inte. I vilket fall, finns nu vetenskapliga belägg för att tidig kroppskontakt, gärna hud mot hud som vid självbärande och vid amning, har goda effekter på barnets psykiska välbefinnande och fysiska tillväxt. Föräldrar som prövat kangurumetoden rapporterar ofta upplevelser av att nära hudkontakt hjälper till att stärka närhetskänslan till sitt ömtåliga, signalsvaga barn.

Förutsättningarna för att en trygg anknytning ska kunna utvecklas på sikt är att barnet upplever föräldern som lyhörd och tillgänglig, både fysiskt och psykologiskt. Föräldrarna är troligen fysiskt tillgängliga för sitt barn så mycket det är möjligt i den främmande miljön på en sjukhusavdelning, men hur psykologiskt tillgänglig kan en förälder vara, som samtidigt är så utlämnad? Anknytningsprocessen behöver tid på sig att utvecklas, men hur kan en trygg anknytning hjälpas igång?

Det finns inga enkla svar. Å ena sidan behöver familjen få komma i ro i det egna hemmet så snart som möjligt. Sorgen måste få ha sin tid. Förhoppningsvis finns ett personligt nätverk av kloka personer som är lyhörda för när familjen behöver vara ifred, men också för när de behöver stöd. Å andra sidan är det viktigt att beredskap finns att stödja personer som inte själva på ett naturligt sätt går igenom krisförloppet. En person som fastnar i sin kris riskerar att utveckla depression, vilket i sig utgör ytterligare en riskfaktor för att utveckla otrygg anknytning. Eftersom sannolikheten är stor att dessa personer inte själva inser att de behöver hjälp, förutsätter detta att familjerna som helhet följs upp, vilket kan komma i konflikt med att låta familjen få lugn och ro. Familjer där det är känt att ena eller båda föräldrarna har, eller har förhöjd sårbarhet för, psykologiska problem bör alltid följas upp.

Skulle då en framtida uppföljningsstudie av prematurt födda barn i början på 2000-talet få ett annat resultat? Studierna av Smith et al. (1994) och Wille (1991) visar ju att prematuritet förefaller ha mindre inflytande på anknytningens kvalitet jämfört med tidigare studier. Detta skulle kunna uppfattas som en tendens mot utjämning av skillnader i anknytning mellan prematurt och maturt födda individer. Det är dock för tidigt att veta om denna tendens försätter. Det finns andra studier som pekar i en annan riktning. Wolkes uppföljningsstudie om prematurt födda barn (1998) visade att dessa individer under uppväxtåren löper förhöjd risk att utveckla psykologiska problem.

Idag finns medicintekniska möjligheter att rädda liv på prematurt födda barn ännu tidigare än för bara några år sedan (Goldenberg, 2008). Följdaktligen föds fler barn med ännu omognare organ, inklusive den ömtåliga hjärnan. Är det rimligt att tro att dessa bräckliga varelser verkligen har möjlighet att utveckla en trygg anknytning? I vilket fall, så bör man sträva efter att optimera möjligheterna.

För att återvända till resultatet av denna studie, så uppvisade en klart övervägande andel av de för tidigt födda personerna otrygg anknytning när de hunnit bli unga vuxna. Detta för oss tillbaka till de motsäggelsefulla forskningsfynden (se åter t.ex Hamilton, 2000, samt Weinfeld, Sroufe & Egeland, 2004) huruvida anknytningen verkligen är så stabil över tid som tidigare gjorts gällande i anknytningsteorin. Det är viktigt att inte bara fokusera på händelser under spädbarnstiden när man söker förklaringar till vuxnas anknytning. Tideman (2001) diskuterar hur barn med tidigt förvärvade handikapp ofta behandlas annorlunda av sina föräldrar, inte bara under tidiga barndomen, utan genom hela uppväxten. Detta kan t.ex handla om överbeskyddande, vilket kan ha stort inflytande på hur personens självförtroende utvecklas. Självförtroende byggs ju upp utifrån den inre arbetsmodellen av självet.

Kritik mot studien

Studien är för liten ($n = 34$) för att slutsatsen ska kunna generaliseras. Det låga antalet undersökningsspersoner gjorde också att klassifikationen endast kunde göras utifrån den grävsta distinktionen, trygg respektive otrygg, utan beaktande av undergrupperna till otrygg. Utfallet hade inte blivit annorlunda, men det hade utan tvekan varit intressant att fundera kring fördelningen på undergrupperna.

Förslag till vidare forskning

Prematura födslar kommer alltid att ske, av olika skäl. Antalet har ökat (Goldenberg, 2008). Mer forskning behövs kring vad detta beror på samt huruvida ökningen kan brytas. Dessa uppgifter är förstås snarare av medicinsk karaktär. Forskare inom psykologi skulle kunna öka förståelsen av hur förutsättningarna för att en trygg anknytning ska bli optimala, även vid komplicerade utgångspunkter. Tidigare gjorda uppföljningsstudier behöver fortsätta kontinuerligt under individernas fortsatta liv.

Forskning om den specifika kopplingen mellan anknytning och prematuritet behöver fortsätta med större grupper, helst som led i longitudinella studier.

Det skulle vara intressant att jämföra om de olika anknytningstyperna fördelar sig på olika sätt vid jämförande studier av prematuritet och uppväxt i olika kulturer, med olika normer för sociala koder och olika traditioner för hur nätverk kring familjen fungerar.

Ny forskning om anknytningsprocessen som företeelse är alltid välkommen. Dels för att förståelse av anknytning är central i många sammanhang, såväl i normalpopulationer som i olika kliniska populationer. Dels eftersom de motsägelsefulla fynden angående anknytningens stabilitet över tid behöver bredas och fördjupas.

Det behövs mer forskning kring hur barns psykiska utveckling påverkas av både riskfaktorer och skyddande faktorer. Prematuritet finns bland riskfaktorerna, i synnerhet när den är kopplad till svår kroppslig sjukdom och barnets temperament (Zeanah, Boris & Larrieu, 1997). Bronfenbrenners ekologiska perspektiv (Belsky, 1999, som refererar till Bronfenbrenner, 1979) har vidgat anknytningsteorins kontext genom att beakta hur socio-kulturella faktorer påverkar mikroprocesser i anknytningsrelationerna. Ur forskningssynpunkt har detta medfört en förskjutning i vad som betraktas som oberoende respektive beroende variabler när riskfaktorer för otrygg anknytning studeras (Belsky, 1999). Det skulle vara intressant med mer tvärvetenskaplig forskning även vad gäller prematuritet och anknytning för att få ett bredare perspektiv på hur utveckling av trygg anknytning kan underbyggas.

REFERENSER

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, *46*, 333–341.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319–335). New York, N.Y.: Guilford.
- Augustinsson, S., & Persson, M. (2007). *Kängurumetodens betydelse för välbefinnandet: En kartläggning av prematura barns och föräldrars upplevelser av kängurumetoden*. Kandidatuppsats, Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. & Van Ijzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology* (29), 870–879.
- Bauer, P. J. (2006). Constructing a past in infancy: A neurodevelopmental account [Elektronisk version]. *Trends in Cognitive Sciences*, *10*, 175–181.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 249–264). New York, N.Y.: Guilford.
- Borghini, A., Ansermet, F., Forcada-Guex, M., Milkovitch, R., Muller-Nix, C., & Pierrehumbert, B. (2006). Mothers' attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months. *Infant Mental Health Journal*, *27* (5), 494–508.
- Bowlby, J. (1958). The nature of a child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, *39*: 350–373.
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. Harmondsworth, England: Penguin.
- Bowlby, J. (1975). *Attachment and loss, vol. 2: Separation – anxiety and anger*. Harmondsworth, England: Penguin.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York, N.Y.: Basic.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas: Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and applications* (pp. 89–111). New York, N.Y.: Guilford.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Motthander, P. (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Ivarsson, T., & Hinde, M. (1996). *Anknytningsintervjun: En metod för att studera vuxnas mentala representationer av sina barndomsupplevelser*. (Röda Rapportserien, 2). Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3–20). New York, N.Y.: Guilford.
- Field, T. (1980). *High-risk infants and children: adult and peer interactions*. New York: Academic Press.
- Field, T. (2001). Massage therapy facilitates weight gain in preterm infants. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 51–54.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York, N.Y.: Other Press.
- Goldberg, S., & DiVitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein (ed.) *Handbook of parenting: vol 1. Children and parenting* (pp. 209–233) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goldenberg, R., Culhane, J. F., Iams, J., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth [elektronisk version]. *The Lancet*, *371*, 75–84.
- Hack, M. (2006). Young adult outcomes of very-low-birth-weight children [elektronisk version]. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, *11*, 127–137.
- Hamilton, C. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, *71*, 690–694.
- Hansen Pupp, I. (2008). *Inflammation and the insulin-like growth factor system at very preterm birth: Implications for early morbidity and development*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Medicinska fakulteten.
- Harlow, H. F., & Harlow, M. K. (1965). The affectional sys-

- tems. In A.M. Schrier, H. F. Harlow & F. Stollnitz (eds.), *Behaviour of non-human primates* (vol 2). New York and London: Academic Press.
- Havnesköld, L., & Risholm Mothander, P. (2002). *Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv. 2:a uppl.* Stockholm: Liber.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: historical and current perspectives. In J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395–433). New York, N.Y.: Guilford.
- Hwang, P. (1999). Pappa – före och efter födseln. I P. Hwang (red.), *Spädbarnets psykologi* (s. 228–245). Stockholm: Natur och Kultur.
- Klaus, K., & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development.* Saint Louis, Mo: Mosby.
- Lagercrantz, H. (2005). *I barnets hjärna.* Stockholm: Bonnier.
- Lewis, M., Feiring, C., & Rosenthal, S. (2000). Attachment over time. *Child Development, 71*, 707–720.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (2), 237–243.
- Mangs, K., & Martell, B. (1995). *0–20 år i psykoanalytiska perspektiv. 4:e rev. uppl.* Lund: Studentlitteratur.
- Morelli, G.A., & Tronick, E. Z. (1991). Efe multiple caretaking and attachment. In J. L. Gewirtz & W. M. Kurtines (eds.), *Intersections with attachment* (pp. 41–52). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Plunkett, J., Meisels, S., Steifel, G., Pasick, P., & Roloff, D. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of American Academy of Child Psychiatry, 25*, 794–800.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Psychological processes of childbearing.* Colchester, UK: University of Essex.
- Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to childhood [elektronisk version]. *The Lancet, 371*, 261–269.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22* (1–2), 201–246.
- Singer, P. (1999). *Djurens frigörelse. 2:a uppl.* Nora: Nya Doxa.
- Singer, L. T., Fulton, S., Davillier, M., Koshy, D., Salvator, A., & Baley, J. E. (2003). Effects on infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics, 24* (4), 233–241.
- Smith, L., Ulvund, S. E., & Lindemann, R. (1994). Very low birth weight infants (< 1501 g) at double risk. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics, 5*, 7–13.
- Solomon, J. & George, C. (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 287–316). New York, N.Y.: Guilford.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant.* New York, USA: Basic Books. Svensk övers. (1991) *Spädbarnets interpersonella värld.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Stern, D. (1996). *Moderskapskonstellationen.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Stjernqvist, K. (1992a). *Extremely low birth weight: development, behaviour and impact on the family.* Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för tillämpad psykologi.
- Stjernqvist, K. (1992b). Extremely low birth weight infants less than 901g. Impact on the family during the first year of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 20*, 226–233.
- Stjernqvist, K. (1999). *Född för tidigt: Hur går det sedan?* Stockholm: Natur och Kultur.
- Svedja, M. J., Campos, J., & Emde R. N. (1982). Parent to infant attachment: A critique of the early "bonding" model. In R. N. Emde & R. J. Harmon (eds.), *The development of attachment and affiliative systems.* New York: Plenum.
- Tideman, E. (2001). *Children born preterm: a 19-year perspective.* Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Tideman, E., Ley, D., Bjerre, I., & Forslund, M. (2001). Longitudinal follow-up of children born preterm: Somatic and mental health, self-esteem and quality of life at age 19. *Early Human Development, 61*, 97–110.
- van IJzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*, 387–403.
- van IJzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 8–21.
- van IJzendoorn, M. H., & Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 713–734). New York, N.Y.: Guilford.
- van IJzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2004). Maternal sensitivity and infant temperament in the formation of attachment. In G. Bremner & A. Slater (eds.), *Theories of Infant Development* (pp. 233–257). Malden, MA: Blackwell.
- Viberg, L., & Viberg, M. (2003). *Nallen i psykologin: en prospektiv studie med fokus på barns användning av övergångsobjekt.* Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*, 695–702.
- Weinfeld, N. S., Scroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development, 71*, 695–702.
- Weinfeld, N. S., Scroufe L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999) In J. Cassidy & P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 68–88). New York, N.Y.: Guilford.
- Wille, D.E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development, 14*, 227–240.
- Winnicott, D. W. (1993). Det primära moderstillståndet. I *Den skapande impulsen.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Winnicott, D. W. (1993). Teorin om relationen mellan förälder och barn. I *Den skapande impulsen.* Stockholm: Natur och Kultur.

- Wolke, D. (1998). Psychological development of prematurely born children. *Archives of Disease in Childhood*, 78, 567–570.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (2), 165–178.
- Zimmerman, P., & Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107–124.