

Lunds universitet
Institutionen för Psykologi

**Oroliga spädbarnsföräldrar med svårigheter att trösta
- två fallstudier av en mindfulnessintervention**

Katrin Bernstad

Psykoteraeutexamensuppsats

Handledare: Margit Wångby-Lundh
Examinator: Gardar Viborg

Abstract

Negative effects on parent-child interaction caused by postnatal anxiety may affect infant developmental outcomes. In this case study a mindfulness intervention for parents with anxiety and their infants was formulated and explored. Two mothers presenting with worry, parental distress and difficulties soothing their infants were included in the study. The study investigated if an eight session mindfulness intervention could increase the mothers' experience of being able to soothe their infants, increase mindfulness, reduce anxiety and increase parental satisfaction. The intervention included mindfulness exercises and reflections on their application on motherhood. Self-report measures of mindfulness, anxiety, and infant fussiness were used before and after treatment and at follow up, two weeks and two/three months after the intervention. After treatment an interview was conducted. During treatment, progress was measured through visual analogue scales. No unambiguous increase in the mothers' ability to soothe their infants were reported. The results showed improved levels of mindfulness, reduced levels of anxiety and increased parental satisfaction. In the interview the mothers reported several benefits in parenting, mainly in the capability of being able to calm themselves. The study indicates a clinical potential for using the intervention in relationship treatment for anxious parents, targeting the parent-child interaction.

Keywords: Parent-child interaction, infant, postnatal anxiety, mindfulness, soothe

Nyckelord: Tidigt samspel, spädbarn , föräldraskap, ångest. mindfulness, trösta

Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
<i>Inledning.....</i>	<i>4</i>
<i>Teori.....</i>	<i>5</i>
<i>Transaktionella modellen.....</i>	<i>5</i>
<i>Depression och ångest hos modern i nyföddhetsperioden.....</i>	<i>6</i>
<i>Vikten av sensitivitet hos föräldern.....</i>	<i>7</i>
<i>Barnets bidrag till samspelet.....</i>	<i>8</i>
<i>Emotionell reglering.....</i>	<i>9</i>
<i>Mindfulness och emotionell reglering.....</i>	<i>10</i>
<i>Tidigare forskning om mindfulness i föräldraskapet.....</i>	<i>10</i>
<i>Föreliggande studie.....</i>	<i>12</i>
<i>Syfte och frågeställning.....</i>	<i>13</i>
Metod.....	14
<i>Design.....</i>	<i>14</i>
<i>Deltagare.....</i>	<i>14</i>
<i>Fallpresentation.....</i>	<i>15</i>
<i>Kontaktsak.....</i>	<i>15</i>
<i>Historia.....</i>	<i>16</i>
<i>Behandling.....</i>	<i>16</i>
<i>Instrument.....</i>	<i>18</i>
<i>Procedur.....</i>	<i>19</i>
<i>Dataanalys.....</i>	<i>20</i>
Resultat.....	20
<i>Behandlingsbeskrivning.....</i>	<i>20</i>
<i>Mia.....</i>	<i>20</i>
<i>Jenny.....</i>	<i>22</i>
<i>Kliniska iakttagelser av barnen under behandling.....</i>	<i>24</i>
<i>Självskattningar.....</i>	<i>25</i>
<i>FFMQ.....</i>	<i>25</i>
<i>BAI och ICQ.....</i>	<i>27</i>
<i>Analoga skalor.....</i>	<i>28</i>
<i>Mindfulnessövningar.....</i>	<i>30</i>
<i>Intervju efter behandling.....</i>	<i>30</i>
<i>Mia.....</i>	<i>30</i>
<i>Jenny.....</i>	<i>32</i>
<i>Kommentarer vid uppföljningssessioner.....</i>	<i>33</i>
<i>Uppföljning efter två veckor.....</i>	<i>33</i>
<i>Uppföljning efter tre respektive två månader.....</i>	<i>33</i>
Diskussion.....	35
<i>Upplevelse av att kunna trösta.....</i>	<i>35</i>
<i>Mindfulness hos föräldrarna.....</i>	<i>36</i>
<i>Föräldrarnas oro/ångest.....</i>	<i>36</i>
<i>Tillfredsställelse i föräldraskapet.....</i>	<i>37</i>
<i>Föräldrarnas upplevelse av behandlingen.....</i>	<i>37</i>

<i>Emotionella förändringar hos föräldrarna</i>	38
<i>Begränsningar i studien</i>	39
<i>Framtida forskning</i>	41
<i>Slutsats</i>	42
Litteraturlista.....	43
Bilaga 1: ”Beginners mind”	49
Bilaga 2: Intervjuguide.....	50

Introduktion

Inledning

Det är svårt att föreställa sig ett spädbarn utan sina primära vårdgivare. Ett spädbarn är totalt beroende av en omhändertagande omgivning för att överleva och för att kunna reglera sina affekter. Det späda barnet är därför redan från födseln genetiskt disponerad för social interaktion med sin omgivning (Broberg, Granqvist, Ivarson & Mothander, 2006). Det lilla barnet är från födseln en social varelse men samtidigt omogen och sårbar. Spädbarnets fortsatta utveckling är därför till mycket stor del beroende av vilket socialt gensvar och omhändertagande den får av sin omgivning. Den interaktion, eller det samspel, som utvecklas mellan föräldern och barnet kan liknas vid en dans, en tvåvägskommunikation där båda reagerar på varandras signaler (BergumHansen & Jacobsen, 2007). Relationen formas av två aktörer, föräldern och barnet, vilka i sin tur påverkar varandra. Winnicott uttryckte fenomenet "There is no such thing as a baby", med vilket han menade att psykologiskt finns det bara en baby och hans/hennes förälder.

Det unika samspel som utvecklas mellan föräldern och barnet är av avgörande betydelse för barnets fortsatta utveckling. Genom upprepade erfarenheter av att bli omhändertagen kommer barnet att forma förväntningar på när, var och hur föräldern är tillgänglig för barnet (Oatley, Keltner & Jenkins, 2006). Dessa erfarenheter ligger till grund för vilka inre arbetsmodeller för sociala situationer barnet kommer att etablera samt vilka strategier för emotionsregulering barnet kommer att utveckla (Contreras, Kerns, Weimer & Tornich, 2000). Samspelet avgör vidare vilken typ av anknytning som barnet kommer att etablera till sin förälder (Broberg et al., 2006). En trygg anknytning förutsätter en förälder som är tillgänglig för att kunna trösta, lugna och skydda barnet när det känner sig otryggt/hotat. En trygg känslomässig anknytning till en eller ett par vuxna utgör en viktig grund för barns emotionella, relationsmässiga och kognitiva utveckling (se bl a Broberg et al., 2006). För att en trygg anknytning ska kunna etableras krävs det att barnet kan använda sig av föräldern som en trygg bas (Bowlby, 1969).

Det är omsorgspersonernas ansvar att läsa av sitt barns behov och anpassa omhändertagandet till sitt barn. En uppgift som för de flesta föräldrar är mycket givande men samtidigt krävande. För föräldrar med egna psykiska svårigheter, eller med ett mycket känsligt/krävande spädbarn, kan uppgiften kännas övermäktig. Hur ska man kunna fungera som en trygg bas för sitt barn om man själv är ångestfylld eller deprimerad? Tyvärr är risken stor att samspelet med barnet blir bristfälligt vilket i sin tur får negativ inverkan på barnets

fortsatta utveckling. Tidiga interventioner för att hjälpa föräldrar och barn att hitta ett fungerande samspel kan därför få långtgående positiva effekter, för såväl barnet som föräldern (Bialy, 2006).

Generellt är oro/ångestproblematik hos nyblivna föräldrar ett underforskat område. Mindfulness innebär att vara närvarande i nuet på ett icke-dömande sätt, man strävar efter en nyfiken, icke-dömande attityd gentemot sig själv och gentemot andra (Singh, Lancioni, Wintorn, Singh, J., Curtis et al., 2007). Här finns en tydlig parallell till det förhållningssätt hos en nybliven förälder som bäst gynnar samspelet med spädbarnet. Parallellen mellan mindfulness och föräldraskap har uppmärksammats av bl a Bialy (2006) och Singh et al. (2006, 2007). Mindfulnessintervention har vidare visat sig kunna lindra ångestsymptom (Kabat-Zinn, Massion & Kristeller & Peterson, 1992). Föreliggande studie görs som ett försök att formulera en mindfulnessintervention och undersöka om den kan användas i behandlingen av spädbarnsföräldrar med ångestproblematik.

Teori

Transaktionella modellen

I det tidiga samspelet anpassar sig såväl barn som förälder efter varandra. Utifrån erfarenheter i samspelet skapar sig efterhand såväl barnet som föräldern inre arbetsmodeller av interaktionen och av den andra, vilka i sin tur påverkar förväntningar och beteende gentemot varandra. Det sker alltså inte bara en interaktion mellan förälder och barn utan även en transaktion, en överföring. Den transaktionella modellen för utveckling, ursprungligen formulerad av Sameroff (1975), utgår från en ömsesidig påverkan mellan förälder och barn där föräldern påverkar barnet och barnet föräldern, bidirektionellt och reciprokt. Föräldrar och barn koordinerar och anpassar sina responser efter varandra och uppnår på så vis nya inre och yttre erfarenheter som i sin tur påverkar nästa repons (Dix, 1991). Reciprociteten innefattar delade eller komplementära affekter och erfarenheter och är extremt viktig för barnets fortsatta utveckling och för hans/hennes framtida relationer (Osofsky & Thomson, 2000).

Utifrån den transaktionella modellen är det svårt att studera ett barns eller en förälders beteende utan att samtidigt studera hur dessa beenden formas i samspelet mellan barnet och föräldern. Att endast studera ett spädbarn som beskrivs som svårtröstat blir därför meningslöst utan att samtidigt studera föräldern och föräldra-barn interaktionen.

Depression och ångest hos modern i nyföddhetsperioden

Psykisk ohälsa hos föräldern utgör en riskfaktor för ett icke gynnsamt samspel och därmed för barnets fortsatta utveckling (Zeanah, Boris & Larrieu, 1997). Traditionellt har man främst studerat postpartumsdepressionens negativa inverkan på föräldraförmågan. På senare år har man även forskat på ångest under graviditeten medan postpartumångest fortfarande är ett såväl underdiagnostiserat som underforskat område (Ross & McLean, 2006).

Under postpartumperioden är kvinnan sårbar för att utveckla affektiva sjukdomar, i synnerhet postpartumdepression (Ross & McLean, 2006). I svenska och internationella studier finner man en prevalens på 12,5% (Field, 2010; Wickberg & Hwang, 1996) för postpartum depression hos mödrar. Hos fäder som lever med postpartumdeprimerade mödrar är prevalensen mellan 20 och 40 % (Goodman, 2004). Ross & McLean, (2006) konstaterar att ångest i postpartumperioden är ett underforskat område och gjorde därför en forskningsöversikt som visade att ångesttillstånd är vanliga i nyföddhetsperioden och att prevalensen för tvångssyndrom (OCD) och generaliserat ångesttillstånd (GAD) är högre under nyföddhetsperioden jämfört med normalpopulationen. Lori & McLean (2006) påtalar samtidigt vikten av fortsatt forskning för att identifiera ångestens effekter på föräldraskapet och barnets utveckling och för att hitta effektiva behandlingsmetoder.

Postpartumdepressionen har negativ inverkan på anknytningsmönster och ökar risken för beteendeproblem högre upp i åldrarna, (Luoma, Tamminen, Kaukonen, Laippala, & Salmelin, 2001; Murray, Cooper, Wilson & Romaniuk, 2003). Ett flertal longitudinella studier har påvisat att postpartumdepression hos modern har negativ påverkan på barnets utveckling, dess fysiska hälsa, dess sociala, emotionella och kognitiva utveckling (se t ex Field, 2010). Postpartumdepressionens negativa effekt på barnets utveckling påvisar behovet av tidiga interventioner för att förbättra föräldra-barnrelationen i riskfamiljer (Goodman, 2004). Postpartumdepressionens negativa inverkan på barnets utveckling är således väl dokumenterad. Man har även sedan länge vetat att föräldrastress har negativ inverkan på kontakten mellan barnet och föräldern vilket i sin tur kan få negativa konsekvenser för barnets utveckling och beteende (Abidin, 1990).

Man vet att ångest och oro under graviditeten påverkar förlossningsförloppet negativt (Sjöström, 2002). Det finns även, sedan länge, ett stort antal djurstudier där man tydligt visar att stress/oro under graviditeten får effekter på avkommans utveckling, i flera avseenden - såväl beteendemässiga som fysiologiska (se t ex Schneider & Moore, 2000). Detsamma gäller för mänskian. Studier har kunnat påvisa att prenatal ångest hos modern leder till beteende- och emotionella problem hos barnet åtminstone fram till 8-9årsåldern (O'Connor, Heron,

Golding & Glover, 2003; Van den Bergh & Marcoen, 2004). Man antar att stress under graviditeten ger en kvarhållande effekt på fostrets stressrespons, vilket i sin tur påverkar barnets egen förmåga till stressreglering (Francis, Diorio, Liu & Meaney, 1999).

Forskning har visat att barn, som växer upp med föräldrar som har ångest, löper flera gånger större risk att själva utveckla ångeststörningar än barn som växer upp med föräldrar i normalpopulation (Beidel & Turner, 1997). Vilka mekanismer som ligger bakom hur ångesten transformeras till nästa generation är dock oklart (Woodruff-Borden, Morrow, Bourland & Cambron, 2002) eftersom det endast finns ett fåtal studier på ångestens direkta inverkan på föräldra-barnrelationen. Forskare har föreslagit att ångestbenägna föräldrar förmedlar till barnen att världen är en farlig plats och att de därför ingriper i barnets utforskande av tillvaron överdrivet ofta (Chorpita & Barlow, 1998), att ångestbenägna föräldrar begränsar barnets möjligheter att lära sig nya saker samt att ångestbenägna föräldrar enligt Moore, Whaley & Sigman (2004) fungerar en modell för en ängslig kognitiv stil som barnet imiterar.

Warren, Gunnar, Kagan, Anders, Simmens et al. (2003) fann att mödrar med paniksyndrom var mer intrusive (okänsligt påflugna) när de interagerade med sina spädbarn än ickeångestbenägna mödrar. Även andra studier med äldre barn har påvisat okänslig påflugenhets och överkontroll hos mödrar med ångest (Messer & Beidel, 1994). Eftersom ångest, liksom depression, påverkar vår informationsbearbetning (se t ex Leahy, 2006) och perception samt minskar vår inlevelseförmåga (Bauer, 2006) är det rimligt att anta ångest hos föräldern påverkar sensitiviteten och därmed samspelet negativt. En långtidsuppföljning av föräldrar som fött prematura barn stöder det antagandet (Zelkowitz, Papageorgiou, Bardin & Wang, 2008). Det visade sig att föräldrar med ”trait”-ångest uppvisade lägre grad av sensitivitet gentemot sina barn, såväl i nyföddhetsperioden som när barnen blivit två år än föräldrarna i kontrollgruppen. Depression har i flertalet studier kunnat associeras med bristande responsivitet och uppmärksamhet i förhållande till spädbarnet, okänslig påflugenhets och negativ perception av barnet (Gefand & Teti, 1990).

Vikten av sensitivitet hos föräldern

Ångest och depression hos föräldern utgör alltså en riskfaktor för barnets utveckling men det finns även föräldraförmågor som gynnar barnets utveckling. I flertalet studier har man funnit att föräldrarnas sensitivitet är en sådan positiv föräldraförmåga (Kertz, Smith, Chapman & Woodruff-Borden, 2008). Sensitivitet handlar om att på ett korrekt sätt uppfatta och svara på barnets behov och beteende (Mertesacker, Bade, Haverkock & Pauli-Pott, 2004). Föräldrarnas sensitivitet för barnets signaler påverkar föräldra-barninteraktionen och är därför betydelsefull

för etablerandet av en trygg anknytning (De Wolff & van IJzendoorn, 1997), vilket benämns som *sensitivitetshypotesen* (Cassidy & Shaver, 2008).

Forskning på postpartumdeprimerade mödrar har visat att moderns sensitivitet minskar de förväntade negativa effekterna på barnet (Kertz et al., 2008). Kertz et al. (2008) jämförde 74 mödrar med ångestproblematik med barn mellan 3-5 år med en kontrollgrupp på 51 mödrar. De fann att mödrarna i undersökningsgruppen var mindre sensitiva gentemot sina barn än kontrollgruppen samt att graden av sensitivitet hos föräldrarna var en kraftfull prediktor för hur relationen till barnet skulle komma att utvecklas. Författarna poängterar att framtida behandling bör fokuseras på föräldrabetendet snarare än föräldrarnas ångest eftersom det är ångestens effekter på föräldrabetendet som är avgörande för barnet. Man föreslår interventioner som ökar föräldrarnas sensitivitet genom att fokusera på föräldrarnas negativitet och respekt för barnets autonomi, eftersom dessa aspekter tycks särskilt problematiska för en förälder med ångest. Ökad sensitivitet hos föräldern, menar man, skulle kunna leda till en bättre interaktion med barnet vilket i sin tur kan tänkas minska föräldrarnas ångestnivå.

Barnets bidrag till samspelet

Barnet bidrag till samspelet är också viktigt. Smith (2003) påpekar att späda barn skiljer sig mycket åt i nyföddhetsperioden vad det gäller irritabilitet, sociabilitet och tendens till att vara rädda. Det är olika svårt att ta hand om och vara sensitiv gentemot olika barn. Studier har visat att barnets eget temperament påverkar såväl interaktionen som anknytningsmönstret (Goldberg, 2000). Det är också troligt att ett besvärligt temperament hos barnet ökar oron hos redan ångestbenägna mödrar och att denna oro i sin tur påverkar barnet, enligt den reciproka modellen. Coplan, O'Neil & Arbeau (2005) har studerat sambandet mellan olika typer av ångest hos modern (d v s prenatal state-oro, postnatal trait- och state-oro) och barnets temperament vid tre månaders ålder. De fann signifikant korrelation mellan de olika typerna av oro hos modern. Vidare fann de att såväl prenatal som postnatal ångest hos modern korrelerade med barnets temperament och tröstbarhet (*soothability*). En orolig mamma riskerar på så vis att hamna i en ond cikel, där hennes oro och barnets irritabilitet/skrikighet förstärker varandra.

Sammanfattningsvis påverkar föräldrar och barn varandra i samspelet. Kvalitén på samspelet, om samspelet gynnar barnets anknytning och utveckling eller ej, avgörs dock till störst del av föräldern. Det är föräldrarnas ansvar att vara sensitiv gentemot det unika barn man fått, dvs att kunna upptäcka och svara på barnets signaler –med rätt insats.

Emotionell reglering

Föräldraskapet i spädbarnsperioden är påfrestande, inte sällan måste föräldrar sköta, trösta och lugna sina späda barn såväl dag som natt. Förälderns emotionella tillgänglighet är ett begrepp som i litteraturen används på samma sätt som sensitivitet och avser en förmåga att kunna läsa av barnets affektiva ledtrådar för att kunna möta barnets varierande behov. En sensitiv och emotionellt tillgänglig förälder måste således kunna ha sin uppmärksamhet fokuserad på barnets behov snarare än sina egna (Kertz et al. 2008).

Föräldraskapet är en stark känslomässig erfarenhet, som väcker glädje, kärlek, ilska och oro. Dix (1991) konstaterar att forskare är överens om att känslor påverkar föräldraförmågan. Dix (1991) hänvisar till studier som visar att för den genomsnittlige föräldern överväger de positiva känslorna. Den genomsnittlige föräldern rapporterar 2,5 gånger fler positiva emotioner än negativa. Dix (1991) påpekar att ett stort antal studier påvisat att ju mer positiva emotioner föräldrar upplever och uttrycker, desto mer fördelaktigt är det för barnets utveckling. Dix (1991) hävdar därför att förälderns känslor inför sitt barn mer än någon annan variabel speglar hur hälsosam relationen mellan föräldern och barnet är.

Förmågan att reglera stress är fundamental för den psykiska hälsan (Bialy, 2006). Föräldraskapet är påfrestande och även den genomsnittlige föräldern rapporterar hög grad av ilska i interaktionen med sina barn och behov av att tekniker för att kunna kontrollera ilskan så att de inte skadar barnen (Frude & Goss, 1979). För ett spädbarn är förälderns egen förmåga till affektreglering oerhört central, både ur ren skyddaspekt men även ur utvecklingsynpunkt (Dix, 1991).

Förälderns förmåga att, under stressfulla omständigheter, lugna både sig själv och barnet är betydelsefullt för etablerandet av en trygg anknytning och harmoniska relationer (Cassidy 1994; Shore, 2000). Thompson påpekar (1994) att det lilla barnet inte klarar att reglera sina affekter själv utan behöver lugnas externt för att hjärnan successivt skall kunna utveckla egna nervbanor för affektreglering. Genom att föräldern upprepade gånger lyckas lugna sitt upprörda barn antar man alltså att barnet efterhand utvecklar en egen förmåga till egen emotionell reglering (Newham, Milgrom & Skouteris, 2009). Förälderns förmåga att lugna sitt spädbarn är på så vis avgörande för om barnet med tiden ska kunna utveckla en egen förmåga till affektreglering. Barn som lever med föräldrar som är oroliga och reagerar negativt vid påfrestringar kan själva komma att utveckla bristande förmåga till emotionell reglering vilket i sin tur ökar risken för psykiatriska störningar (Schore, 1994). Effektiva interventioner för att öka förälderns förmåga till egen emotionell reglering skulle därför kunna ha stor preventiv inverkan på barnets fortsatta utveckling.

Mindfulness och emotionell reglering

Programmet Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) utvecklades ursprungligen av Kabat-Zinn med kolleger (Kabat-Zinn, 1982). Mindfulness bygger på buddistisk meditation och går kortfattat gå ut på att träna upp sin förmåga att vara mentalt närvarande i nuet på ett ickedömande sätt. Man strävar efter en accepterande, öppen och receptiv hållning gentemot sina egna reaktioner för att kunna handla mer ändamålsenligt (Brown & Ryan, 2003). I mindfulness strävar man inte efter avslappning, smärtreducering eller efter att förändra tankar eller emotioner. I stället observerar man vad som kommer upp inom en utan att döma eller värdesätta detta. Man strävar efter att förhålla sig till det som sker med ett nyfiket ”beginners mind”. Genom att acceptera och tillåta svåra känslor, såsom ilska eller ångest, menar man teoretiskt att mindfulness kan öka förmågan att tolerera starka affekter utan att agera och reagera på dem. Evans, Baer & Segerstrom, (2009) menar att mindfulness, i synnerhet de ickedömande (nonjudging) och icke-reaktiva (non-reactive) aspekterna kan öka förmågan till självreglering, även om mer forskning krävs för att vederlägga ett sådant förhållande. Inom dialektisk beteendeterapi (Linehan, 1993) och acceptans/commitment terapin (Hayes, Stromsahl & Wilson, 1999), används mindfulnessövningar just i syfte att öka patientens förmåga till affektreglering.

Ett flertal studier har påvisat positiv effekt av MBSR på psykisk hälsa (Baer, 2003; Kabat-Zinn, Massion & Kristeller, 1992; Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995). Beträffande ångestproblematik har åttasessions program med MBSR påvisat såväl omedelbara positiva resultat (Kabat-Zinn et al., 1992) som långtidseffekter på flera år (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995). Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT, är en intervention som utvecklats av Segal, Williams & Teasdale (2002) för patienter med upprepade depressioner för att förhindra ytterligare återfall. I MBCT kombinerar man MBSR med kognitiv terapi. MBCT har visat sig effektiv för att förhindra återfall i depression för ungefär hälften av deltagarna (Segal et al., 2002).

Tidigare forskning om mindfulness i föräldraskapet

Vid en litteratursökning framkom endast ett fåtal studier (Bialy, 2006; Singh et al., 2004, 2006, 2007; Vieten & Astin, 2007) som har försökt att undersöka hur man kan använda sig av mindfulness i föräldraskapet.

Lisa Bialy (2006) har i en avhandling undersökt den teoretiska potentialen för att använda MBSR som en intervention riktad mot stress och affektreglering under moderskapet.

Efter genomgång av litteratur och studier kring *graviditet, depression, stress, interventioner* och *MBSR* kommer hon fram till följande hypoteser:

- att MBSR- träning under graviditet och efter förlossning borde kunna leda till förbättrad förmåga till affektreglering och stresshantering hos blivande och nyblivna föräldrar.
- att gruppbehandling med MBSR under 8-10 sessioner för gravida som lider av depression, ångest eller stress borde ge en ökad medvetenhet om och förmåga att kommunicera och tolerera svåra tankar, affekter och upplevelser samt reagera mindre impulsivt än före interventionen.
- att en förälder efter en MBSR-intervention borde ha en ökad förmåga att tolerera barnets missnöje utan att reagera negativt.
- att ångest- och depressions-symptom hos föräldern borde reduceras.

Vieten & Astin (2007) antog att mindfulnesssträning i graviditeten skulle kunna minska stress, negativ affekt och ångestsymptom hos den gravida samt öka den gravida kvinnans förmåga till affektreglering. De kunde, i en liten randomiserad pilotstudie av gravida kvinnor (n=31), påvisa att en 8-veckors mindfulnesssträning under tredje trimestern signifikant reducerade ångest och negativ affekt hos kvinnorna. Även förmågan till affektreglering förbättrades.

Singh et al. (2006, 2006, 2007) har i flera studier undersökt användbarheten av mindfulnesssträning för föräldrar och vårdare till personer med multipla utvecklingsstörningar. Singh et al. (2007) ser utvecklingen utifrån en transaktionell modell och förespråkar en bidirektionell kausalitet till föräldrastress där barnet formar föräldrabetenden och föräldrarna formar barnbetendet. En ond cirkel kan på så vis uppstå när barnets beteende leder till föräldrastress som i sin tur påverkar beteendet gentemot barnet så att barnets stress ökar. Singh med kolleger kunde i två fallstudier (Singh et al, 2006, 2007) visa på förändringar hos föräldrar, som efter mindfulnesssträning, kunde förhålla sig mindfult till barnens utmanande beteenden. Barnens aggressiva beteende minskade medan deras sociala förmågor ökade. Föräldrarna som deltog i fallstudierna (Singh et al., 2006,2007), rapporterade ökad grad av tillfredsställelse i föräldraskapet, fler sociala interaktioner med sina barn och lägre grad av föräldrastress. Singhs fallstudier inkluderade tre respektive fyra mor-barn par. Föräldrarna erhöll tolv enskilda mindfulness- sessioner under en 12 veckors period, 3ggr/v -var tredje vecka. Efter mindfulnesssessionerna följde en period av ett år då föräldrarna uppmanades att fortsätta med mindfulnessövningarna på egen hand. I Singhs fallstudier (2006, 2007) skedde skedde förbättringar under behandlingsperioden men de största förändringarna skedde senare, ca 3 månader efter avslutad intervention under vilken alltså föräldrarna tränat själva.

Författarna menar att den positiva förändring som skett i deras studie bl a kan förklaras av att föräldrarnas förändras från att aktivt försöka kontrollera barnets icke-önskvärda beteende till att förbehållslöst acceptera barnets beteende och sina egna reaktioner. Detta, menar Singh et al. (2007) förändrar relationen på ett genomgripande sätt att där nya konstruktiva beteenden kan formos. Vidare menar författarna att föräldern, genom att närma sig barnet med ett ”beginners mind” i det pågående nuet kan agera mer spontant, intuitivt till vad som är viktigast just nu.

Föreliggande studie

Ett sensitivt, emotionellt tillgängligt omhändertagande från föräldrarnas sida gynnar förutsättningarna för att en trygg relation och anknytning ska etableras mellan barnet och föräldern (Gilbert, 2005). För att kunna läsa av och svara på barnets signaler behöver föräldern vara uppmärksam på det som sker med barnet i nuet. Föräldern behöver vidare ha en öppen och ovillkorligt accepterande hållning gentemot barnets varierande behov för att kunna svara på dem med rätt insats. Det är rimligt att anta att den nyblivna föräldern även bör ha en accepterande gentemot sig själv eftersom en dömande attityd gentemot egna reaktioner skapar stress och anspänning som både reciprokt kan påverka barnet negativt och även påverka föräldrarnas perception av sitt barn. Mindfulness syftar till ett ovillkorligt accepterande av vad som sker. Man strävar efter en ickedömande attityd gentemot såväl sig själv som gentemot andra och deras beteenden (Singh et al., 2007). Bishop (2004) definierar mindfulness som bestående av två komponenter: dels självreglering av uppmärksamheten till det omedelbara nuet dels ett förhållningssätt till egna upplevelser som karaktäriseras av nyfikenhet, öppenhet och acceptans. Föreliggande studie utgår från den tydliga koppling som finns mellan vad man försöker åstadkomma med mindfulness och vad som krävs av en nybliven förälder. Kopplingen gjordes ursprungligen utifrån kliniska erfarenheter av hur mindfulnessövningar med föräldrar som håller i sitt oroliga spädbarn fått föräldrarna att bli mer avslappnade och barnen att komma till ro. Erfarenheterna och egna tankegångar har fått stöd i ovan beskrivna resonemang hos Bialy (2006), Singh et al. (2006, 2007) och Vieten & Astin (2007) .

Studien gäller föräldrar som upplever oro/stress i föräldraskapet och som tycker att de har ett svårtröstat barn. I den reciproca dyaden uttrycks alltså sårbarhet från två håll, modern och barnet. Eftersom föräldrar och barn, enligt den bidirektionella kausaliteten (Singh et al., 2006), påverkar varandra får en stressad/orolig förälder svårt att vara sensitiv och förmedla lugn till ett svårtröstat barn samtidigt som ett svårtröstat barn ökar stressen hos föräldern (Ziegler, Wollwerth de Chuquisengo & Papousek, 2008). Negativ reciprocitet riskerar således

att vidmakthålla problemen (Ziegler et al., 2008). Mindfulness skulle kunna vara ett sätt att bryta en negativ reciprocitet genom att föräldern reglerar sin uppmärksamhet till nuet med en öppen och accepterande attityd. Föräldern skulle genom mindfulness kunna nå en ökad förmåga till affektreglering (Evans et al., 2009) och stresshantering (Bialy, 2006) samt minskade ångestsymptom (Vieten & Astin, 2007) och på så sätt få bättre förutsättningar till att lugna barnet (Dix, 1991). Sådana förändringar skulle i sin tur kunna bidra till en ökad tillfredsställelse i föräldraskapet.

Som tidigare nämnts är ångest i föräldraskapet ett underforskat område även om man kunnat konstatera att ångest och stress är en riskfaktor för bristande samspel. Tyvärr och förvånande nog finns det ytterst få studier där man samtidigt försökt studera barn och föräldrastress i kombination för att utröna utvecklingsrisker (Symons, 2001). Detta gäller även de få studier som man provat mindfulness i föräldraskapet (se ovan). Mindfulness har då prövats på icke-kliniska föräldrar med kliniska barn eller på blivande föräldrar med ångest. Enligt författarens kännedom finns det inte någon studie som har undersökt mindfulness som intervention där såväl mor som barn har symptom. Enligt författarens kännedom finns inte heller någon studie av mindfulness där föräldrar och barn deltar tillsammans.

Syfte och frågeställning

Studien riktar sig till föräldrar med oro i föräldraskapet som upplever svårigheter med att trösta sitt barn. Studiens övergripande syfte är att undersöka om en mindfulnessbaserad intervention för förälder och barn kan öka föräldrarnas upplevelse av att kunna lugna och trösta sitt barn.

Därutöver syftar studien till att belysa följande specifika frågeställningar:

- Uppger föräldrarna ökad grad av mindfulness efter behandlingen än före?
- Uppger föräldrarna minskad grad av oro- och ångestsymptom efter behandlingen än före?
- Uppger föräldrarna högre grad av tillfredsställelse i föräldraskapet efter behandlingen än före?
- Hur upplever föräldern behandlingen?

Ett praktiskt syfte med studien är också att utröna om interventionen skulle kunna ingå som en del av den relationsbehandling för spädbarn och deras föräldrar som bedrivs på Viktoriagården i Malmö.

Behandlingen på Viktoriagården riktar sig till familjer där det föreligger svåra relations- och samspelestörningar mellan förälder och barn. Syftet med behandlingen är att hjälpa

föräldrarna att utveckla ett lyhört samspel som främjar en trygg anknytning och minskar barnens symptom. Behandlingen anpassas individuellt till varje föräldra-barn par. Oftast ingår såväl samspelbehandling, med förälder och barn tillsammans, som enskilda psykoterapeutiska samtal med fokus på föräldraskapet samt gemensamma föräldrasamtal i behandlingen. Viktoriagårdens ursprungliga behandlingsmodell och behandling av gravida finns beskrivna i Margareta Brodén's båda böcker "Mor och barn i Ingemansland" (1989) och "Graviditetens möjligheter"(2004).

Som kliniker möter man ofta föräldrar med psykiska symptom som önskar hjälp med ett känsligt och svårreglerat barn. I dessa ärenden kan man konstatera att det är svårt för en spänd och orolig mamma att lugna ett oroligt barn och att föräldern och barnet hamnat i en ond cirkel där föräldrarnas oro och barnets skrikighet förstärker varandra.

Vid en utvärdering av behandlingsärenden på Viktoriagården under 2004 (Tedgård, 2008) framkom det att 39 % av föräldrarna på Viktoriagården hade en psykiatrisk diagnos ställd inom vuxenpsykiatri vid behandlingens start. Behandlarnas kliniska bedömningar var att 94 % av mödrarna vid samma tid hade symptom på depression och/eller ångest. Efter behandling hade föräldrarnas symptom minskat, i synnerhet de depressiva symptomen medan ångest/oro avklingat i lägre grad (Tedgård, 2008). Föreliggande studie är ett försök till utveckling av behandlingsmetoder för föräldrar med oro/ångest.

Metod

Design

Föreliggande studie är en explorativ fallstudie med ambition att försöka formulera och undersöka en ny behandlingsmetod för nyblivna föräldrar med ångestproblematik. Studien är upplagd som två fallstudier med för- och eftermätning, uppföljning efter två veckor samt efter två respektive tre månader samt intervju.

Deltagare

Deltagare i studien var två mödrar med spädbarn som själva sökt hjälp på Viktoriagården. Vid bedömningsbesöken uttryckte båda oro och stress i föräldraskapet tillsammans med ett barn som de upplevde som svårtröstat. Depression förelåg ej då erhållna värden på Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden & Sagovsky, 1987), för deltagarna låg på 7

respektive 9 poäng vilket är under det cut-off värde på 13 poäng som indikerar depression (Murray & Carothers, 1990).

Fallpresentation

Mia och hennes barn (alla namn är pseudonymer). Mia var vid studiens start en 39-årig förstagångsföderska. Dottern var drygt fyra månader vid behandlingens start. Mia var gift sedan ett år tillbaka. Mia är akademiker med fast anställning.

Jenny och hennes barn. Jenny var vid studiens start en 35-årig kvinna som fått sitt andra barn drygt fyra månader före behandlingsstart. Den äldre sonen var fem år. Jenny är sambo med barnafadern. Både Jenny och hennes sambo är akademiker, Jenny hade en fast anställning medan sambon var arbetslös. Jenny är född och uppvuxen i ett annat västeuropeiskt land.

Kontaktorsak

Mia. Mia sökte hjälp i föräldraskapet eftersom hon upplevde att barnet var missnöjt och att hon själv kände sig stressad, orolig och osäker. Mia uppgav att det främst var barnets skrik som triggade hennes stress och ångest. Skriket väckte orostankar såsom ”tänk om hon aldrig tystnar -vad ska jag göra då”, ”tänk om hon stör andra” etc. Mia uttryckte vidare att hon aldrig slappnade av utan att hon hela tiden oroade sig för framtiden, ”tänk om-” och ”varför”frågor dominerade hennes vardag. Mia uppgav att hon inte hade haft en lugn dag sedan hon blev förälder och att hon kände sig mycket trött, på gränsen till utmattad. Mia uttryckte en stark önskan om att kunna vakna utan hjärtklappning, hon ville kunna ”bara vara”, lära sig, att ”ta dagen som den kommer” och att ”vara avslappnad i nuet”.

Jenny. Jenny uttryckte osäkerhet och stress i föräldraskapet. Hon var rädd för att göra fel framför allt vad gällde gränssättningen i förhållande till äldre sonen. Därtill upplevde hon svårigheter med att trösta den yngre sonen om nätterna. Jenny hade otillräcklighetskänslor i föräldraskapet och ville gärna göra annorlunda mot hur hennes egen mamma uppfostrade henne. Jenny upplevde sig därutöver som överanpassad, hon tyckte att hon var alltför inställd på att vara andra till lags och att hon hade svårt för att sätta gränser, i synnerhet för sina barn. Jenny beskrev att hon både kände glädje och stark oro i föräldraskapet, främst en oro för att ”göra fel”. Hon tyckte att hon hade svårt för att slappna av och ta saker som de kom.

Historia

Mia. Mia har en tidigare ångest- och ätstörningsproblematik. Hon insjuknade i anorexia i 19-22 årsåldern, vilket resulterade i akut läkarbehandling. Mia mådde därefter bättre men drabbades av återfall vid 28 års ålder. Mia fick då långvarig KBT-behandling och kunde etablera en sundare livsstil. Mia tyckte att hon kommit över sina problem men sa att hon samtidigt visste att ”anorexin alltid finns latent”.

Jenny. Även Jenny har en tidigare ångest- och ätstörningsproblematik. Jenny tyckte att hennes bekymmer startade redan i barndomen. Jenny beskrev sig som ett ”överanpassat” barn till en i många avseenden sträng mamma. Hon insjuknade i anorexi som 18-åring som hon fick kvalificerad behandling för i hemlandet. Behandlingen innehöll bl a kroppskännedom och avslappningsövningar som Jenny uppskattade mycket. Jenny tycker att hon blev helt frisk från anorexin och att det känns avlägset för henne att kontrollera mat och vikt. Hon fortsatte att gå i ytterligare terapi under tre år efter att hon flyttat hemifrån. När Jenny fött sitt första barn sökte hon hjälp på Viktoriagården eftersom hon upplevde en stor osäkerhet i föräldraskapet. Äldste sonen skrek mycket och Jenny hade svårt att trösta honom. Jenny fick en långvarig kontakt med Viktoriagården fram till sonen var ca 2 år gammal. Hon fick då psykoterapeutiska samtal, samspelebehandling och föräldrasamtal, hos andra behandlare än författaren enligt Viktoriagårdens gängse behandlingsmodell. När Jenny väntade sitt andra barn sökte hon hjälp redan i graviditeten och fick psykoterapeutiska samtal under graviditeten. Några månader efter förlossningen föreslog behandlaren att Jenny skulle delta i föreliggande behandlingsstudie.

Behandling

Förälder och barn deltog i behandlingen tillsammans. Behandlingen involverade 8 sessioner à en och en halv timme, två gånger i veckan, under sammanlagt dryga fyra veckor. På grund av barnens låga ålder och behov av snabba förbättringar valdes en relativt intensiv behandling. En kortare behandlingsperiod motiverades därutöver av att metoden ännu ej utprovats och att erbjudande om sedvanlig behandling, inklusive samspelebehandling, skulle erbjudas efter studien.

Eftersom ingen mindfulnessintervention för föräldrar tillsammans med spädbarn fanns beskriven modifierades tidigare beskrivna interventioner. Tre övningar konstruerades för studien:

- ”Acceptans av barnet”, där föräldern får föreställa sig sitt barn tillsammans med en accepterande attityd.

- "Beginners mind" formulär i två versioner, en för förälder i samspel med barnet och en för föräldern utifrån hur hon tror att barnet upplever en viss situation (se bilaga 1.)

- "Walking meditation" med barnet i famnen.

Övningen "Walking meditation" introducerades endast till Jenny medan en annan övning "stanna upp, observera, acceptera, let go-SOAL" (Kroese, A. J., 2007) introducerades till Mia. En CD-skiva med övningar på andningsankare, kroppsscanning, uppmärksamhetsmeditation, samt acceptans av barnet spelades in och användes i behandlingen.

Behandlingen baserades på mindfulnessövningar med efterföljande reflektioner och diskussioner. Varje session, undantaget den första, inleddes med övning. Behandlingen genomfördes enskilt tillsammans med spädbarnen vilket möjliggjorde att diskussioner individualiserades utifrån föräldrarnas personliga reflektioner. Reflektioner och diskussioner fokuserades konsekvent till upplevelser i föräldraskapet.

Behandlingen följde i huvudsak nedanstående agenda:

Session 1. Introduktion. Definition och edukation kring mindfulness. Mindfulness kontra autopilot. Övning: andningsankare och medveten närvaro. Reflektion.

Hemuppgift: daglig träning av mindfulness i någon vardagssyssla.

Session 2. Övning: Kroppsscanning. Reflektion och diskussion av övning och hemuppgift. Medvetenhet om kroppssensationer. Särskilt fokus på acceptansbegreppet och dess tillämpbarhet i föräldraskapet.

Hemuppgift: daglig kroppsscanning. CD-skiva med övningar delades ut.

Session 3. Övning: kroppsscanning. Reflektion kring övningarnas och diskussionernas inverkan på vardagen och föräldraskapet. Medvetenhet om tankar. Fortsatt reflektion kring acceptans utifrån erfarenheter av hur värderingar och tolkningar påverkar tankar.

Hemuppgift: kroppsscanning samt registrering av negativa automatiska tankar och tolkningar av minst tre händelser med barnet.

Session 4. Övning: utvidgat andningsankare med efterföljande reflektion. Tolerans av emotioner. Medvetenhet om känslor och hur de påverkas av tankar. Fortsatt diskussion om vår tendens till att döma och vilka konsekvenser det får för upplevelser i föräldraskapet, fokus på acceptans. Genomgång av SOAL, att använda sig av i pressade situationer med barnet.

Övning: uppmärksamhetsmeditation.

Hemuppgift: utvidgat andningsankare i pressade situationer, träna SOAL.

Session 5. Övning: sittande uppmärksamhetsmeditation. Diskussion och reflektion kring övningen och hemuppgift. Genomgång av "Beginners mind".

Hemuppgift: Fylla i ”Beginners mind” vid tre tillfällen. Daglig uppmärksamhetsmeditation/kroppsscanning.

Session 6. Övning: sittande uppmärksamhetsmeditation. Genomgång av hemuppgift, efterföljande reflektion och diskussion.

Hemuppgift: Daglig kroppsscanning/uppmärksamhetsmeditation ensam eller vid amning. Dagligt andningsankare. Träna medveten närvaro i vardagssituationer. Fylla i ”Beginners mind med barnet”.

Session 7. Övning: Uppmärksamhetsmeditation. Reflektion och diskussion kring hemuppgifterna. Hemuppgift: daglig kroppsscanning/uppmärksamhetsmeditation. ”SOAL”, ”Beginners mind”-övning utifrån egna upplevelser i föräldraskapet och utifrån barnet samt ”acceptans av barn”-övning.

Session 8. Integration.

Instrument

BAI, Beck Anxiety Inventory. BAI är ett självskattningsinstrument som utvecklades med avsikt att mäta ångestsymptom som är minimalt delade med symptom på depression (Beck, Epstein, Brown, & Steer 1988). BAI mäter främst somatisk ångest, vilket bedömdes lämpligt för studien utifrån antagandet att hög somatisk ångest har direkt inverkan på föräldrarnas beteende gentemot barnet. Testet är ett av de internationellt mest använda (Carlbring, 2005). Testet har hög reliabilitet internkonsistent god test-retest reliabilitet över en vecka ($r=0.75$, $\alpha =0.92$). Formuläret består av 21 frågor om olika ångestsymptom som skattas utifrån en 4-gradig skala från 0 (aldrig) till 3(nästan hela tiden).

Gränsvärden: 0-7 minimal ångest, 8-15 mild ångest, 16-25 moderat ångest, 26-63 svår ångest. I Becks valideringsstudie (1988) fann man följande värden för ångestgruppen: $M=24,59$ och $sd= 11.42$.

FFMQ, Fem aspekter på medveten närvaro. FFMQ är ett självskattningsformulär ursprungligen utformat av Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney (2006). FFMQ avser att mäta graden av mindfulness, dels totalt dels utifrån de fem delafaktorerna: ”observing”, ”describing” ”nonjudging”, ”non-reactivity to inner experience” samt ”acting with awareness”. FFMQ är bearbetat och översatt till svenska i samråd med R.A.Baer (Lilja et al., 2010). Den svenska versionen består av 29 delfrågor som försökspersonen skattar mellan 1 och 5. I föreliggande studie användes deltagarnas totala värde på FFMQ samt värdena på faktorerna ”nonjudging” och ”non-reactivity to inner experience” utifrån antagandet att de påverkar föräldrarnas förmåga till självreglering i samspelet med barnet (Evans et al., 2009).

Även faktorn ”acting with awareness” inkluderades utifrån antagandet att faktorn skulle ha direkt påverkan på föräldrarnas beteende gentemot barnet. I den svenska valideringsstudien (Lilja et al., 2010) fann man följande värden för kvinnorna i den undersökta gruppen: Totala poäng: $\alpha = 0,81$, $M=3,40$, $sd=0,41$. ”Nonjudging”: $\alpha = 0,82$, $M=3,55$, $sd=0,81$. ”Non reactivity”: $\alpha = 0,75$, $M=3,09$, $sd=0,62$. ”Acting with awareness: $\alpha = 0,82$, $M=3,41$, $sd=0,66$.

ICQ. The Infant Characteristics Questionnaire. ICQ är ett självskattningsinstrument som avser att mäta hur besvärligt barnet uppfattas av föräldern (Bates, Bennet Freeland & Lounsbury, 1979). Föräldern skattar barnets reaktioner på olika situationer på en skala från 1-7. Ju högre värden desto mer oroligt/svårtröstat upplevs barnet av föräldern. Delskalan ”fussy-difficult”, d v s hur oroligt, labilt och svårtröstat föräldern upplever barnet ($r=0.70$, $\alpha =0.79$) användes i studien.

Analoga skalor. Varannan session skattade deltagarna de två senaste dagarnas upplevelse av oro/ångest, nöjdhet i föräldraskapet samt svårighet med att trösta barnet på en tio cm lång linje där yttervärdena var *inte alls* respektive *maximalt*.

Intervju. Före behandling intervjuades deltagarna kring tidigare ångestproblematik och vilka situationer med barnet som väckte oro. Efter behandling intervjuades deltagarna kring hur de hade upplevt interventionen (se bilaga 2).

Procedur

Före behandling genomfördes en kort intervju för att kartlägga tidigare orosproblematik och situationer med barnet som väckte föräldrarnas stress och oro. Före behandling fick också deltagarna fylla i BAI, FFMQ och ICQ för att mäta ångestnivå, grad av mindfulness och hur oroligt och svårtröstat barnet upplevdes vara. Under behandlingen skattade deltagarna varannan session sin ångestnivå, upplevelse av att kunna trösta barnet samt nöjdhet i föräldraskapet de senaste två dagarna på analoga skalor. Skattningarna gjordes för att kartlägga eventuella förändringar i måendet under behandlingens gång. Efter avslutad behandling fyllde deltagarna i BAI, FFMQ, ICQ och analoga skalor. Därutöver intervjuades deltagarna om nytta och upplevelsen av behandlingen (se bilaga 2). Uppföljning gjordes två veckor efter avslutad behandling då deltagarna fyllde i självskattningsinstrumenten och analoga skalor. Ingen annan behandling gavs under den tiden. Ytterligare uppföljning av Mia gjordes tre månader efter avslutad intervention och av Jenny två månader efter avslutade intervention. Deltagarna fick då återigen fylla i självskattningsinstrument och analoga skalor. Mellan uppföljningarna erhöll patienterna sedvanlig behandling på Viktoriagården. Mia

fortsatte att behandlas av författaren tillsammans med en samspelsbehandlare medan Jenny återgick till sina ursprungliga behandlare.

Dataanalys

För att undersöka om Mias och Jennys individuella skillnader i skattningar var reliabla användes "The Jacobson-Traux Method" (Lambert & Ogles, 2009), där ett reliabelt förändringsindex, RCI, beräknas genom att dividera skillnaden i testpoäng som registreras före respektive efter behandling med standardfelet för skillnaderna enligt formeln:

$$RCI = \frac{X_{\text{efter}} - X_{\text{före}}}{\sqrt{2S_E^2}}$$

$$S_E = SD\sqrt{(1 - r)}$$

Om värdet på RCI är lägre än -1,96 (högre än 1,96 för FFMQ där reliabel förändring utgörs av ökade värden) är förändringen reliabel ($p < .05$).

Eftersom normdata saknades för ICQ kunde endast reliabla förändringar beräknas utifrån skattningar på FFMQ och BAI.

Resultat

Behandlingsbeskrivning

Mia

Mia hade med sig sitt barn till samtliga sessioner utom två, session 5 och 7, då hon hade möjlighet till barnvakt och själv valde att komma ensam.

Session 1. Mia reagerade starkt på övningarna. Hon fick en del fysiska symptom på övningarna såsom stickningar runt munnen. Hon utbrast att det var första gången hon verkligen andades sedan hon fått barn. Dottern var lugn första halvtimmen, sedan kinkig och fick bäras i famnen.

Session 2. Mia uppskattade kroppsscanningen. Hon uttryckte spontant att övningen gjorde att hon "landade" i sin kropp och hittade dess konturer, hon reflekterade vidare att

hennes kropp ”kan försvinna för mig annars, jag är så uppe i varv att kroppen känns överklig för mig, som något främmande”. Dottern kinkig och fick bäras av modern en stor del av sessionen.

Session 3. Mia uttryckte att det kändes som ”att något i kroppen har släppt.” Mia hade haft acceptans som ledord under helgen och tyckt att det hade hjälpt henne och att hon hade mått bättre. En incident under helgen när hon, i motsatt till hennes svärmor, inte hade lyckats trösta dottern hade stressat henne. Händelsen gick igenom, vilka negativa tankar den gett upphov till och vilken bedömning Mia gjort av det som hänt och av hur hon sett på sig själv som mamma. En allmän reflektion kring bedömningars betydelse, för hur stressade vi blir följde. Dottern var spänd och missnöjd större delen av sessionen.

Session 4. Mia kom lättad och nöjd. Hon hade vågat lägga sitt barn ifrån sig och tyckte att dottern varit mer nöjd än tidigare. Vidare tyckte Mia att hon hade lyckats hantera stressade situationer med en större acceptans, vilket gett henne ett större lugn. Mia tyckte att hon rentav kunnat vara närvarande i nuet och njutit en del. Dotterns humör var växlande under sessionen.

Session 5. Mia kom utan sitt barn. Hon kände sig stressad efter helgen och hade inte gjort hemuppgifterna en enda gång. Efter uppmärksamhetsmeditation uttryckte Mia att hon ”inte vill sluta, det är så skönt, jag vill bara bort från det hela, och ta en paus. Jag behöver det här, jag landar”. Efter övningen reflekterade Mia över hur hennes liv har blivit sedan hon blev förälder, över den förälder hon trodde att hon skulle vara och den hon har blivit. Hon konstaterade att hon inte hade sovit en hel natt på 4-5 månader och att föräldraskapet var det mest ansträngande arbete hon någonsin haft. Diskussionen kretsade kring hur Mia kunde använda mindfulnessövningar, att sträva efter att vara närvarande i nuet på ett ickedömande sätt, för att ge sig själv andrum.

Session 6. Uppmärksamhetsmeditation genomfördes samtidigt som Mia ammade. Mia uttryckte att det ”kändes skönt, jag blir avslappnad och landar”. Mia tyckte om att fylla i ”beginners mind”, eftersom det tydliggjorde att det var hennes värderingar av situationer som gjort att det ”knyter sig”. Hon hade under de gångna dagarna funderat mycket över att vara nyfiken och öppen. Hon konstaterade att ”jag klamrar mig fast vid min idé om hur det skulle vara att ha barn”. Efterföljande reflektion handlade om hur hon kan använda övningarna för att träna sig på att vara närvarande i nuet, att möta sitt barn och sig själv på ett öppet, nyfiket och accepterande sätt. Dottern lugn efter amningen och är bara missnöjd i slutet av sessionen.

Session 7. Mia tyckte att hon hade mått bra, att hon har fått ett större självförtroende med dottern än tidigare. Mia hade gjort hemuppgifterna varje dag och upplevde att kroppsscanningen och uppmärksamhetsmeditationen fått henne att dra ner på tempot från 100

till 70. Dottern hade varit nöjdare och lättare att läsa av och Mia trodde att det hade att göra med att hon nu anpassat sig mer efter henne. Mia sa att hennes känslor för dottern har stärkts och utbrast att hon kände sig kär i henne. Acceptansbegreppet diskuterades återigen utifrån att försöka närma sig barnet och sig själv med en öppen och undersökande attityd. Mia tyckte att SOAL hade varit svårt, att hon nog ”fladdrat förbi det”. Övningen gick noga igenom igen. *Session 8.* Mia kom samlad och lugn. Sessionen ägnades till att integrera behandlingen, genom att gå igenom alla övningar och syftet med dem. Dottern var nöjd under sessionen.

Jenny

Jenny hade med sig sin son vid samtliga sessioner.

Session 1. Jenny reagerade positivt på övningarna första sessionen. Hon tyckte att ”andningsankaret” påminde om avslappningsövningar hon gjort under anorexibehandlingen som ung, och att hon snabbt ”hittade andningen” och att det fick henne att känna sig lugnare. Definitionen av mindfulness och i synnerhet acceptans-delen fick henne att fundera vidare. Hon reflekterade över hur mycket hon ständigt värderade skeenden och personer runt henne, över vilka starka ”regler” hon hade inom sig, allt sedan barndomen kring hur man ska bete sig och göra. Hon konstaterade att hennes mammas värderingar finns djupt rotat i henne. Sonen var socialt aktiv och glad inledningsvis men slog över i överaktivitet och skrik i slutet av sessionen.

Session 2. Helgen hade varit påfrestande, därutöver var Jenny utmattad eftersom sonen vaknat varannan timme varje natt. ”Andningsankaret” hade fungerat för Jenny vid läggdags, då hon kunnat stoppa sina katastroftankar och istället vara i nuet. Jenny hade haft svårare att vara närvarande i någon vardagssyssla, eftersom hon upplevde att ”vardagen är så stressig, det är svårt att planera in övningar”. Jenny tyckte att hon blev avslappnad av kroppsscanningsövningen. Jenny reflekterade över sin inre domare ”den finns så starkt inom mig att jag tänker att jag aldrig kommer att klara det, jag dömer allt. Jag blev hårt bestraffad som barn och fortsätter att vara sträng mot mig nu”. Diskussionen handlade om att acceptera de känslor och tankar man har, att vara accepterande mot sig själv och gentemot att man gör fel ibland. Jenny kom på att hon strävar mot perfektionism. Hon insåg att hon måste vara mer förlåtande och accepterande gentemot sig själv för att kunna agera mer rationellt och för att kunna förmedla till sina barn att det är OK att göra misstag. Sonen sov under sessionen.

Session 3. Efter inledande övning på andningsankaret uttryckte Jenny en vag hopplöshetskänsla. Efter en kort kroppsscanningsövning, samtidigt som Jenny ammade, kunde hon sätta ord på en mängd olika motstridiga känslor inom sig. Jenny fick observera,

beskriva, acceptera och stanna kvar i känslorna. Jenny reflekterade återigen över att hon strävar efter perfektionism och att hon är sträng mot sig själv. Diskussionsen innefattade repetition av definition på mindfulness och genomgång av hur man kan använda övningarna för att träna sig på att förhålla sig till det som är utan förskönande omskrivningar eller dömande attityder, och att detta kan öka våra möjligheter till att agera rationellt.

Session 4. Sessionen inleddes med sittande uppmärksamhetsmeditation medan författaren höll i sonen. Jenny uppgav att övningen gjorde henne lugn. Jenny berättade vidare att förra sessionens diskussion väckt starka känslor hos henne som varit befriande. Jenny kom att tänka på sin andra förlossning som var dramatisk. Hon fick träna sig på att mindfult observera, uttrycka och acceptera de känslor som väcktes vid minnet. Jenny blev återigen uppmärksam på att hon automatiskt dömer sig själv och sina känslor, att det är nytt för henne att acceptera sina upplevelser. Jenny hade gjort hemuppgiften som inneburit att hon observerat och nedtecknat tankar och känslor i situationer där hon upplevt att hon gjort misstag. Hon tyckte att det medfört att hon har agerat annorlunda med barnen. Hon hade lyckats släppa ilska och känsla av misslyckande och istället reparera en påfrestande situation. Hon uppgav att hon tidigare troligtvis skulle ha fastnat i skuld och värdelöshetskänslor. Jenny var nöjd med denna förändring och kände hopp istället för uppgivenhet. Vidare tyckte hon att förra sessionens diskussion om strävan efter perfektionism varit befriande för henne. Hon tyckte att hon efter diskussionen kunnat släppa kravet på sig själv om att alltid göra allt bra och att detta gjort att hon fått kraft. Under veckan hade hon tagit tag i saker som hade blivit liggande i över ett år. Hon hade känt sig mer lugn och mer nöjd med sitt föräldraskap än på länge.

Session 5. När Jenny kom var hon stressad. I samband med ”utvidgat andningsankare” fick Jenny beskriva vilka affekter/tankar etc som fanns inom henne. Jenny uppmanades till att ta emot alla känslor, acceptera dem och andas in i dem. Jenny kunde identifiera känslor av ilska och frustration gentemot sambon. Jenny reflekterade över hur hon brukat stänga dörren mot ”förbjudna” känslor och att detta gjort henne spänd. Jenny berättade att sambon uttryckt att han hade märkt skillnad på Jenny, att han upplevde henne som mer tydlig gentemot honom. Jenny förökte få sin pojke att somna under sessionen eftersom han var ”övertrött”. Jenny lade ner honom i vagnen som hon drog fram och tillbaka. Sonen skrek då så kraftigt och ihärdigt att Jenny med en suck gav upp försöket och lät sonen vara vaken.

Session 6. I samband med den inledande uppmärksamhetsmeditationen, med sonen i Jennys famn, beskrev Jenny starka kroppsliga affekter. Under efterföljande diskussion förde Jenny resonemang kring mindfulness. Hon konstaterade att hon varit lättad efter förra

sessionen, att hon då tyckt att mindfulness var så enkelt. Hon konstaterade nu att hon upptäckt att "mindfulness är både lätt och svårt". Vi diskuterade att mindfulness är "simple but hard", och att det är bara är att fortsätta träna. Sonen var nöjd under sessionen.

Session 7. Jenny hade mått bra sedan förra sessionen, vilket hon trodde berodde på att hon "varit snäll mot mig själv" för omväxlings skull. Jenny tyckte att hon känt sig lugnare och mer närvarande med barnen, att hon inte "tagit det så allvarligt". Jenny reflekterde över sitt eget fungerande "tidigare kände jag inte att jag var arg, det var tomt och jag kände mig bara vilsen". Diskussionen handlade om att acceptans av känslor leder till självkänedom. I slutet av sessionen fick Jenny göra övningen "walking meditation" med sonen i famnen. Jenny uppskattade övningen hon tyckte att hennes stress stress/oro sjönk från 50 till 10. Jenny upplevde också att sonen blev mer avslappnad i hennes famn av övningen.

Session 8. Jenny hade gjort "walking meditation" med sonen och "andningsankare" varje dag och tyckt att både hon själv och sonen blivit lugnare av det. Jenny uttryckte att hennes mindfulness gjort henne medveten om att hon känner ilska, att det blivit klarare för henne vad hon känner, att det var mer kaotiskt innan. Jenny tyckte att hon var mer i sin kropp, och att hon agerade och uttryckte känslor i högre grad än tidigare. Sessionen ägnades åt att integrera behandlingen.

Kliniska iakttagelser av under behandlingsförloppet

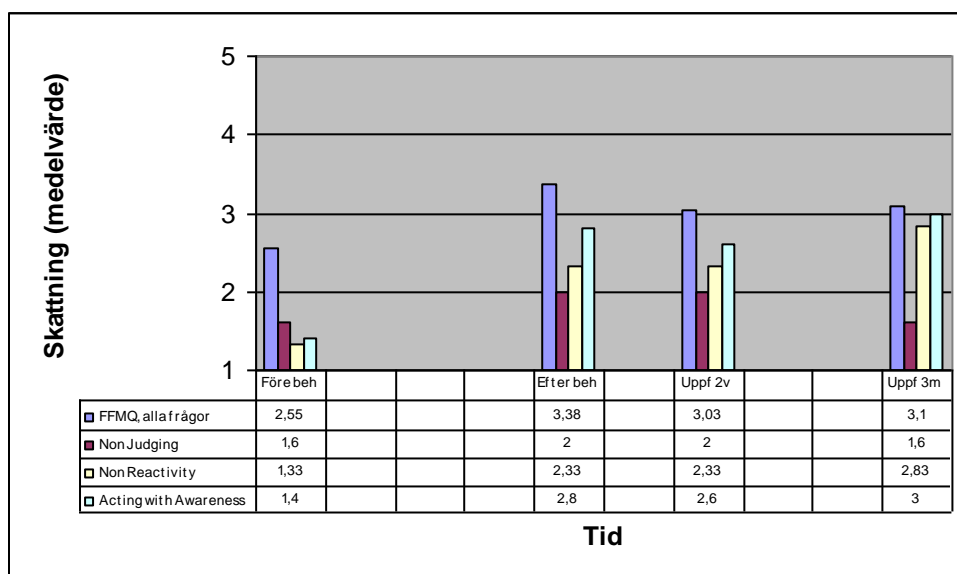
Mias dotter. Flickan var ofta kinkig och smågnällig under sessionerna, hon klarade bara att ligga ensam korta stunder vilket resulterade i att modern ofta bar henne måste i famnen under övningarna. Flickan var motoriskt orolig och var ofta omotiverat missnöjd. Trots att modern inviterade till social dialog var dottern "svårflörtad". Intrycket under behandlingsförloppet var att dottern hade "inifrånkommande besvär" dvs besvär som härrör från egna kroppen såsom tex obehag i mage/tarm, vilket förmedlades till modern. Modern rekommenderades att allergitesta barnet via BVC.

Jennys son. Under sessionerna var sonen oftast socialt aktiv och nyfiken men kunde mycket snabbt slå över i skrikighet och otröstbarhet. Sonen tycktes svårreglerad, han krävde stimulans men kunde plötsligt bli överstimulerad av exempelvis social kontakt. Han reagerade på överstimuleringen genom att bli överaktiv, gällt skrikande och svårtröstad. På nätterna vaknade sonen ofta. Även på dagarna var sonen svår att få att somna, han skrek högt och protesterade länge, innan han eventuellt somnade och var då lättväckt. Sonen var således ett känsligt barn som hade svårt att komma till ro och krävde därför ett mycket lyhört och anpassat samspel.

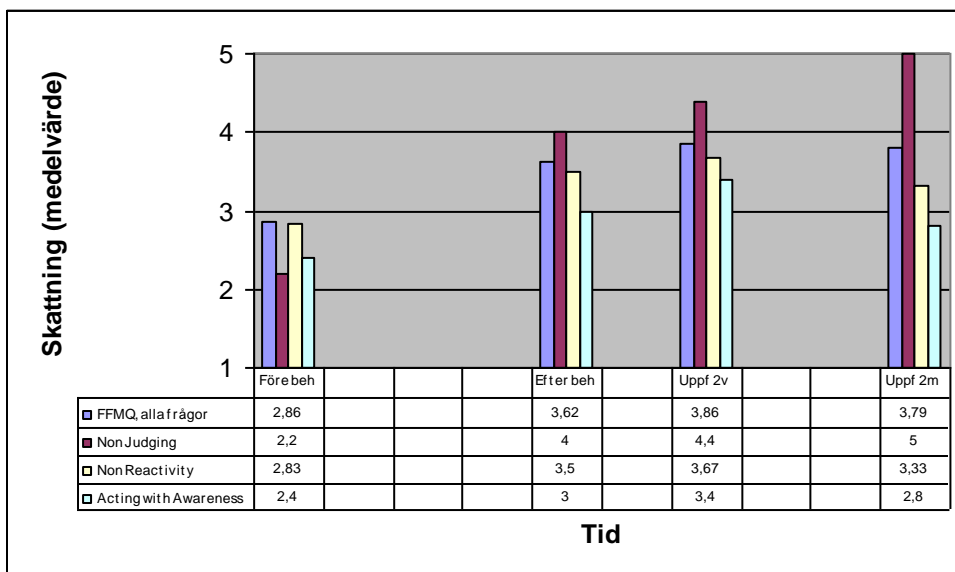
Självskattningar

FFMQ

Figur 1 och 2 visar att samtliga mindfulnessskattningar av samtliga delfaktorer ökat för båda deltagarna under behandlingen, vilket betyder att båda deltagarnas förmåga att förhålla sig mindfult ökat under behandlingsperioden. Ökningarna på totalvärdet för FFMQ under behandling var 2,02 för Mia och 1,85 för Jenny räknat i antal standardavvikelser för kvinnorna i den svenska valideringsstudien (Lilja et al., 2010). Förändringarna var reliabla för båda (RCI= 3,32 och 3,04). Vid tvåveckorsuppföljningen hade Jennys värde på FFMQ ökat ytterligare medan Mias värde på FFMQ minskat något. Förändringen jämfört med före behandling vid det tillfället var 1,17 sd och ej reliabel (RCI= 1,92). Vid tremånadersuppföljningen hade Mias värde återigen ökat. Ökningarna i FFMQ vid tre- respektive två-månaders uppföljningarna är 1,34 sd för Mia och 2,26 sd för Jenny jämfört med före behandling. Förändringarna är reliabla för både Mia och Jenny (RCI=2,2 och 3,72).



Figur 1. Mias skattningar på FFMQ och delfaktorer före och efter behandling samt vid uppföljningar.



Figur 2. Jennys skattningar på FFMQ och delfaktorer före och efter behandling samt vid uppföljningar .

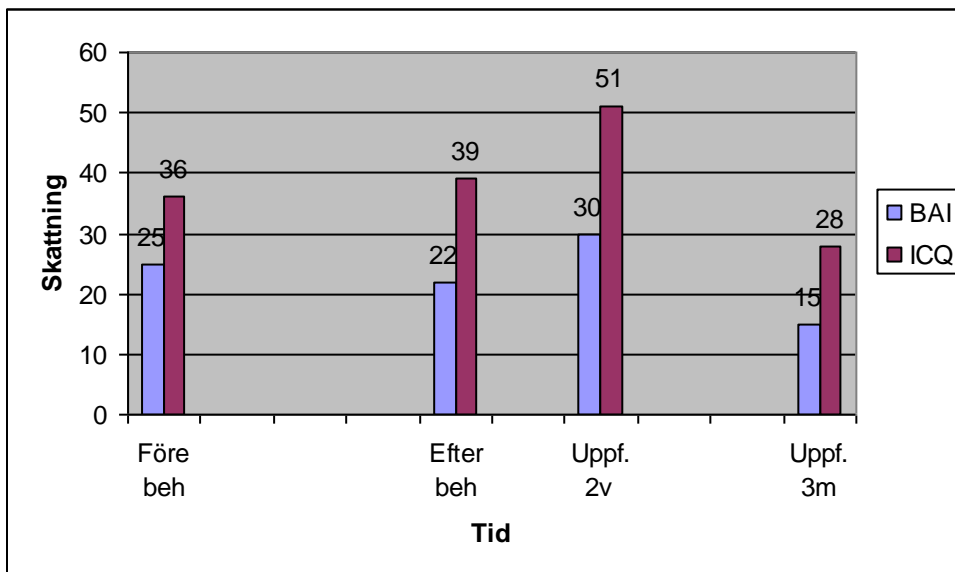
Nonjudging. Figur 1 visar att Mias skattningar på delfaktorn ”non judging” ökar något, 0,49 sd, under behandling, förändringen är dock ej reliabel (RCI=0,83). Figur 2 visar att Jennys skattningar delfaktorn ”non judging” ökade under behandlingen, ökningen motsvarade 2,22 sd och var reliabel (RCI= 3,75). Vid uppföljningarna hade Jennys skattningar av ”nonjudging” ökat ytterligare, motsvarande 2,27 sd och 3,46 sd (RCI= 4,6 och 5,8).

Non reactivity. Figur 1 visar att Mias ökning i ”non reactivity” under behandlingen motsvarade 1,61 sd och var reliabel (RCI=2,27). Vid tvåveckorsuppföljningen låg skattningen kvar på samma nivå. Vid tremånadersuppföljningen hade skattningen ökat ytterligare, med 2,42 sd sedan behandlingsstart, och således hade även reliabiliteten ökat ytterligare (RCI=3,4). Även för Jenny ökade ”non reactivity” under behandlingen, se figur 2. Faktorn skattades som högst vid tvåveckorsuppföljningen, förändringen motsvarade 1,35 sd och var ej reliabel (RCI=1,52).

Acting with awareness. Faktorn ”acting with awareness” ökade för både Mia och Jenny under behandlingen (se figur 1 och 2). För Mia var ökningen 2,12 sd och förändringen reliabel (RCI=3,53). För Jenny var förändringen mindre, 0,91 sd, och ej reliabel (RCI=1,51). Vid tvåveckorsuppföljningen hade Jennys skattningar ökat till 1,52 sd och förändringen jämfört med behandlingsstart var reliabel (RCI= 2,52) medan Mias skattning minskat något till 1,82 sd men fortfarande reliabel (RCI=3,03). Vid tremånadersuppföljningarna skattade Mia delfaktorn ännu högre än vid behandlingens slut, motsvarande 2,42 sd och förändringen var således fortfarande reliabel (RCI=4,4). För Jenny hade faktorn sjunkit vid

tvåmånadersuppföljningen till 0,61 sd, vilket innebar en icke-reliabel förändring ($RCI=1,01$) jämfört med behandlingsstart.

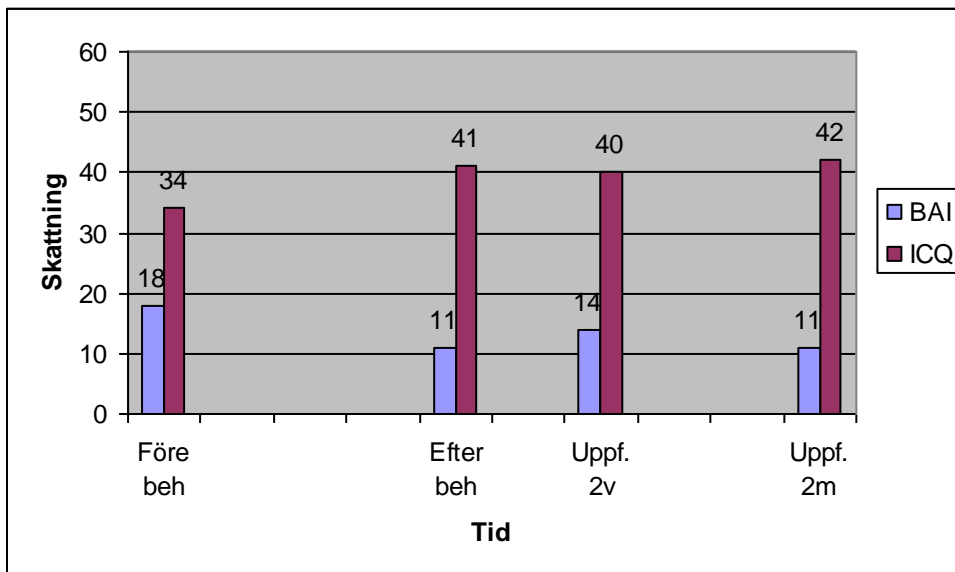
Sammanfattningsvis har båda deltagarnas totala grad av mindfulness ökat under behandlingen, och även vid uppföljningarna ses en ökning i jämförelse med behandlingsstart. För Mia sker störst ökning på delfaktorerna "nonreactivity" och "acting with awareness". För Jenny sker största ökningen på delfaktorn "nonjudging".



Figur 3. Mias skattningar på BAI och ICQ-fussiness före och efter behandling samt vid uppföljningar.

BAI och ICQ

Mia. Före behandling ligger Mias BAI-värde över gränsvärdet för "moderat ångest". Mias BAI-värden minskade något under behandling (se figur 3). Förändringen var dock liten, 0,26 räknat i antal standardavvikelser för ångestgruppen i valideringsstudien av Beck et al. (1988) och inte reliabel ($RCI=-0,66$). Vid tvåveckorsuppföljningen hade värdet ökat med 0,42 sd och låg nu över gränsvärdet för "svår ångest". Förändringen var dock ej reliabel ($RCI= 1,09$). Vid tremånadersuppföljningen hade BAI-värdet minskat och låg nu under gränsvärdet för "mild ångest". Minskningen jämfört med före behandling motsvarade 0,88 sd och var reliabel ($RCI=-2,2$). Mias värden på ICQ-fussiness ökade under behandlingen och hade ökat ytterligare vid tvåveckorsuppföljningen vilket innebär att hon skattade att dottern blivit mer labil och svårtröstad. Vid tremånadersuppföljningen hade värdet på ICQ-fussiness minskat jämfört med före behandling.

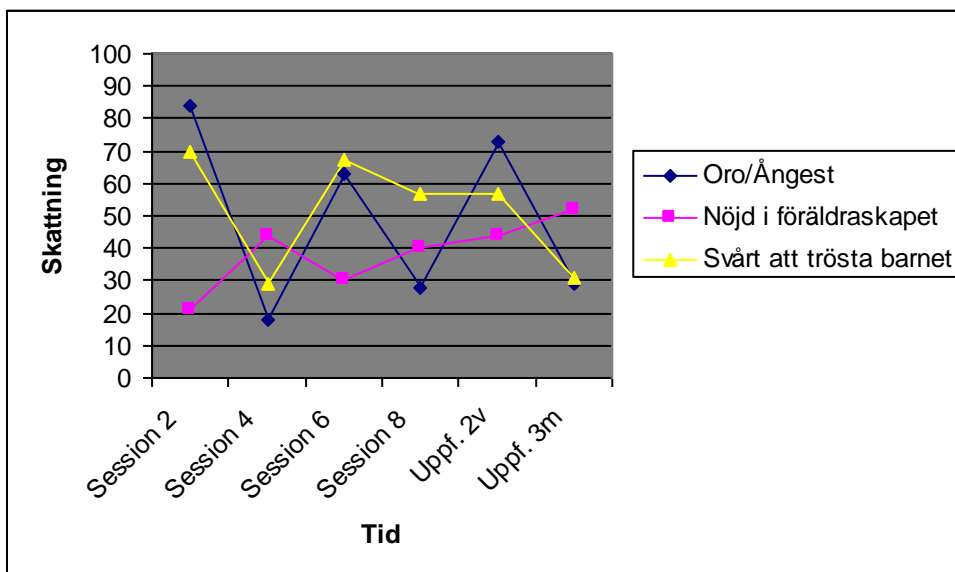


Figur 4. Jennys skattningar på BAI och ICQ-fuzziness före och efter behandling samt vid uppföljningar.

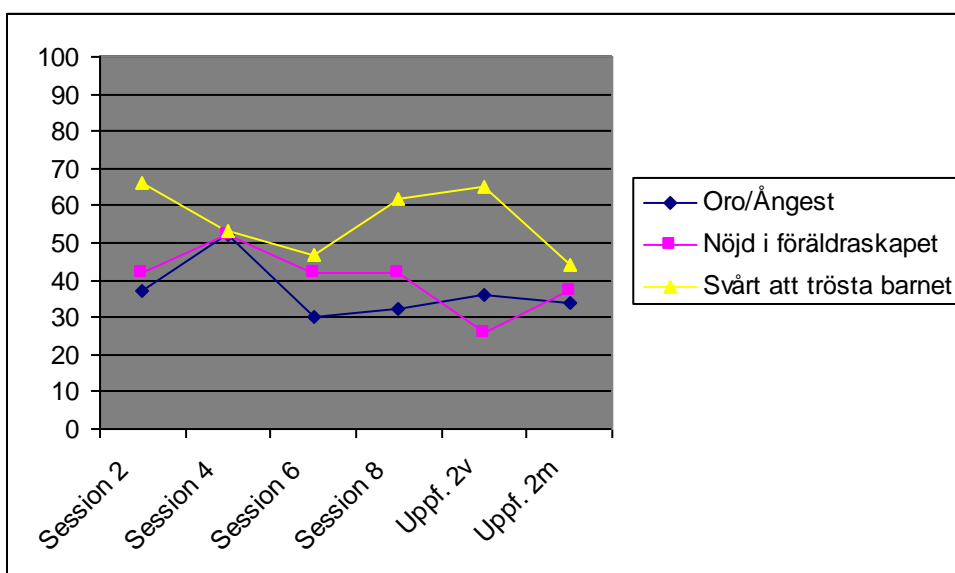
Jenny. Jennys värde på BAI sjönk från gränsvärdet för ”moderat ångest” till ”mild ångest” under behandlingen (se figur 4). Förändringen motsvarade 0,61 sd och var ej reliabel (RCI=-1,53). Vid tvåveckorsuppföljningen hade Jennys skattningar på BAI ökat men låg fortfarande inom gränsvärdena för ”mild ångest”. Vid tvåmånadersuppföljningen skattade Jenny sin ångest till samma nivå som efter avslutad behandling. Jennys skattningar på ICQ-fuzziness ökar under behandling, vilket innebär att även Jenny skattade att hennes son blivit mer labilt och svårtröstat under behandlingsperioden. Värdet ligger kvar på ungefär samma nivå vid uppföljningarna.

Analoga skalor

Mia. Mias skattningar på analoga skalor (se figur 5) visar på en flukturerande grad av oro/ångest under behandlingen. Vid sista sessionen skattade Mia sin ångest lågt, vid tvåveckorsuppföljningen skattade hon den högt för att sedan återigen skatta den lågt vid tremånadersuppföljningen. Mias skattningar av hur nöjd hon var i sitt föräldraskap ökade under behandlingen och hade ökat ytterligare vid uppföljningarna. Mias skattningar av hur svårt hennes barn varit att trösta varierade under behandlingen. Vid tremånadersuppföljningen skattade Mia att det hade blivit klart mindre svårt att trösta barnet.



Figur 5. Mias skattningar på analoga skalor under behandling samt vid uppföljningar.

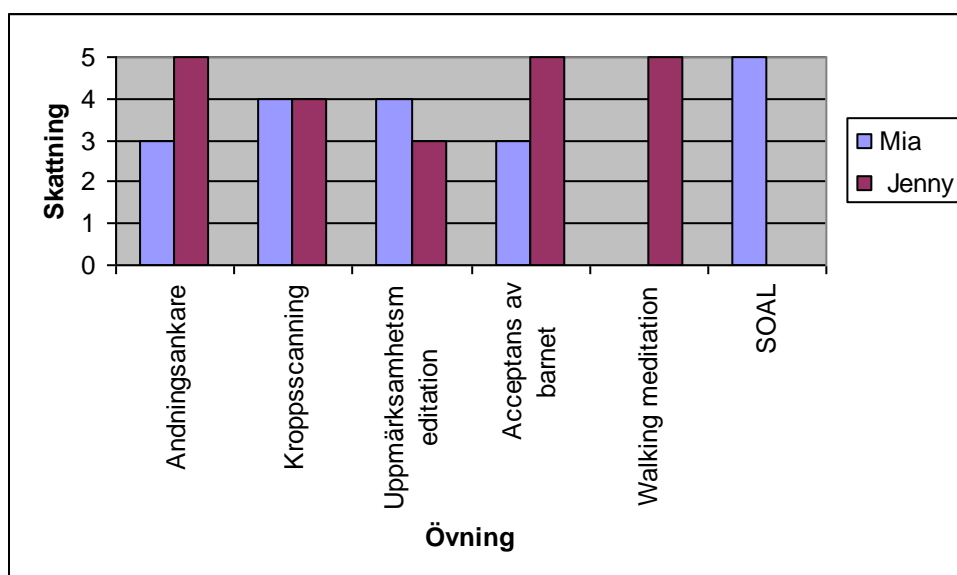


Figur 6. Jennys skattningar på analoga skalor under behandling samt vid uppföljningar.

Jenny. Jennys skattningar av egen oro/ångest ökade något i mitten av behandlingen och höll sig därefter på en lägre nivå än vid behandlingens start vid resterande sessioner samt vid uppföljningarna (se figur 6). Jennys skattningar av hur nöjd hon var i sitt föräldraskap ligger strax under mittpunkten under hela undersökningsperioden. Jennys skattningar av hur svårt hennes barn var att trösta låg högt under största delen av behandlingsperioden. Vid tvåmånadersuppföljningen erhålls den lägsta skattningen av hur svårt det varit att trösta barnet.

Mindfulnessövningar

Mia och Jenny skattade de flesta övningarna olika (se figur 7), båda gav dock samtliga övningar betyget tre eller högre. Mia skattade SOAL högst (5) och därefter kroppsscanning (4) och uppmärksamhetsmeditation (4). Lägst skattade Mia acceptansövning av barnet (3) och andningsankare (3). Jenny betyget fyra eller fem till samtliga övningar som hon deltagit i med undantag av uppmärksamhetsmeditation som hon gav betyget tre.



Figur 7. Mias och Jennys skattningar av nyttan av olika mindfulnessövningar.

Intervju efter behandling

Mia

Mia tyckte att hon hade haft nytta av mindfulnessbehandlingen i föräldraskapet på så sätt att hon upplevde att hennes syn på sig själv som mamma hade förändrats och hennes relation till dottern hade förbättrats. Hon sa att ”det är ganska intressant faktiskt för när jag kom hit första gången, då kändes det precis som att där är mitt barn och här är jag. Det kändes precis som en skiljevägg mellan oss jag kom med en väska som jag satte ner i soffan...nu känns det som att nu kommer vi tillsammans. Det tycker jag är en stor skillnad”. Mia uppgav spontant att hon njöt mer i föräldraskapet än tidigare, från att ha njutit 10 % av tiden till att njuta 50% av tiden. Vad det gällde att trösta dottern upplevde inte Mia att hennes mindfulness hjälpt henne. På frågan svarar hon: ”kanske via mig då att om jag blir lugnare så blir hon lugnare men jag kan inte se den direkta kopplingen”.

För egen del uppgav att Mia att hon hade haft nytta av mindfulness genom att övningarna hjälpt henne att rent fysiskt andas och "kanske har det minskat de fysiska symptom som jag har haft innan, vilket har gjort att jag har blivit lugnare i föräldraskapet" och att hennes katastroftänkande har mildrats "jag kanske har blivit lite gladare, lite lugnare". För Mias personliga utveckling tyckte hon att det har känts givande att "trycka på pausknappen, just det här att var är jag, vart ska jag...det är en ökad säkerhet, ett lugn, jag behöver inte vara rädd för det som händer i min kropp eller för mina tankar utan de är här, ta in dem och känn på dem". Mia påpekade att hon inte vill vara övermodig eftersom det inte fungerar varje dag. Hon konstaterade "vara i nuet och inte döma är jättesvårt men jag känner att jag suger det åt mig, det gör jag".

Mia skattade att hon haft nytta av samtliga övningar, skattningarna låg mellan 3-5 (se figur 7). Kroppsscanningen tyckte Mia mycket om vilket hon motiverade med att "jag har ju lite dålig kroppskänedom i mig själv ju så för mig är det skönt att känna att den finns där liksom, annars glömmer jag bort delar av den på något sätt". Mia gillade SOAL-övningen bäst eftersom "jag gillar det här att stanna upp inte bara rusa iväg... innan agerade jag i max på första känslan, nu stannar jag upp. Plus detta att det är inte farligt det jag känner även om det är obehagligt. Det blir en trygghet, jag ger mig själv tid att stanna och känna efter".

Mia uppgav att mindfulnesssträningen hade varit svår för henne på flera sätt. Främst eftersom hon upplevt att hela förhållningssättet varit så nytt för henne och så långt ifrån hur hon tidigare fungerat "jag är inte en sådan som är i nuet alls, det är svårt att göra om något som man inte har gjort på 30-40 år". Därutöver uppgav hon att det har varit svårt för henne att använda sig av övningarna som ett redskap i vardagen när hon "gått upp i spinn" och att det gjort henne frustrerad. Hon sade att det har "inte varit svårt att motivera mig men det är svårt att bli mindful".

Mia uppgav att hon hade haft stor nytta av reflektionerna, främst funderingarna över sin mammaroll och över hur oförberedd hon var på föräldraskapet. Hon sammanfattade att "allt har väl handlat om acceptansen, att acceptera mig som jag är och min flicka som hon är och att acceptera det liv som jag har nu och att det kanske inte är så kul alltid...det handlar väl om att vara mer öppen mot mig själv". Därutöver pekade Mia på att reflektionerna väckt hennes nyfikenhet på barnet "men det är svårt, jag får lära in mig i en ny roll, jag har ju aldrig varit intresserad av barn eller dockor". Avslutningsvis kommenterar Mia att behandlingen "nog räddat mig lite också...jag var nog lite på gränsen när jag kom..till nedstämdhet och depression. Jag är tacksam över att jag har tagit tag i detta och jobbar med mig själv. Jag ser detta som ett jobb för mig"

Jenny

Jenny uppgav att hon absolut haft nytta av mindfulness i sitt föräldraskap. Dels genom att hon kunnat använda sig av andningsankaret för att lugna sig när hon känt att ”mina känslor blir för starka, att det blir för mycket”. Men den största skillnaden för Jenny var att hon inte anklagade sig själv längre ”knappt något alls faktiskt. Jag hoppas att jag har lämnat det bakom mig, detta anklagande. Det hjälper mig jättemycket”. Jenny upplevde att hon tidigare gått in i känslan av att vara en dålig mamma medan hon nu istället kunnat acceptera känslan och sedan gå vidare. Jenny upplevde en förändring i eget beteende genom att hon tidigare exploderat på sina barn men att hon inte gjort det den senaste tiden ”jag är mindre irriterad, jag är väldigt glad över det faktiskt”. Vad det gäller att trösta barnet tyckte Jenny att hon kunnat lugna sin yngste son med hjälp av ”walking meditation”. Vidare trodde hon att ”det är lättare att lugna om man själv är lugnare och att inte ha dessa katastroftankar hela tiden, som jag främst har haft i förhållande till mitt äldsta barn. Det kan hjälpa med mindfulness, vissa gånger gör det inte det, de gånger när jag själv inte kan komma genom och bli lugnare själv, då hjälper det inte”.

För egen del upplevde Jenny att mindfulness har varit till stor nytta ”med allting, jag känner mig lugnare faktiskt, jag känner att jag kan använda det varje gång jag blir stressad, som när jag tex åker buss. Själva stressen stressar mig inte längre, jag känner att det går över”.

Jenny skattade att hon haft nytta av samtliga övningar, skattningarna låg mellan 3-5 (se figur 7). Hon tyckte att hon har haft mycket stor nytta av andningsankaret ”det har varit väldigt effektivt, jag känner det så, att jag verkligen ankrar mig själv”. Hon tyckte också om kroppsscanningen även om det hade varit svårt att få tid att göra den. Hon tyckte vidare väldigt mycket om att göra acceptansövningen vilket hon motiverar med att ”övningen varit kanon främst i förhållande till mitt äldsta barn för han är så speciell, men vi kan inte döma honom för det. Det har hjälpt mig mycket”. ”Walking meditation” upplevde hon som effektiv för att göra yngste sonen lugnare.

Jenny tyckte att den största svårigheten med behandlingen varit att komma undan och träna på övningarna. Hon tyckte att det var ett dilemma att vardagen med två små barn är så intensiv eftersom ”egentligen är det optimalt för småbarnsåren just för att tillvaron är så krävande och stressig, samtidigt är det just stressen som gör det svårt att träna”.

Jenny upplevde att hon har haft stor nytta av reflektionerna under behandlingen främst eftersom ”jag dömer mindre, både mig själv och andra” därutöver tyckte hon att hon haft nytta av att observera och sätta ord på inre upplevelser ”jag tycker att jag har lärt mig att uttrycka vad jag känner. Jag har blivit nyfiken på mina känslor och jag har fått en röst för

mina känslor. Jag visste inte att jag behövde det men det behövde jag”. Vidare tyckte Jenny att det var bra att träffas två gånger per vecka men önskade att behandlingen skulle ha sträckt sig över en längre tid. Hon avslutade med orden ”jag tycker att det har varit oerhört värdefullt och jag tror verkligen att det är en bra behandling för nylivna föräldrar!”.

Kommentarer vid uppföljningssessioner

Uppföljning efter två veckor

Mia. Mia kom stressad och uppriven till uppföljningen. Dotterns missnöjdhet hade kulminerat i en kraftig allergisk reaktion vilken krävt akutläkarvård några dagar före uppföljningssessionen. Läkarna misstänkte mjölkallergi och dottern hade ordinerats mjölkfri kost. Eftersom Mia fortfarande ammade rekommenderade man även att hon skulle gå över till mjölkfri kost. Mia sade att ”allergin väcker stress hos mig” Hon uttryckte främst en oro över att själv behöva lägga om sin kost eftersom hon vet att ”det inte är bra för mig att trixa med maten, jag blir lätt fixerad pga av min historia med ätstörning”. Därutöver uttryckte hon en stark irritation över att inte kunna få ett definitivt svar på om dottern hade mjölkallergi eller laktosintolerans. Mias orosnivå var hög under mötet och samtalet kom främst att handla om den kris hon upplevde att hon befann sig i. Mia tyckte inte att hon hade kunnat använda sig av mindfulnessövningarna sedan dottern blev sjuk.

Jenny. Jenny var trött när hon kom till uppföljningen. Sonen hade sovit dåligt om nätterna och strulat med maten. Jenny upplevde att hon var överbelastad eftersom hon inte kunnat lämna över något praktiskt ansvar för det lilla barnet på sambon. Relationen till sambon var konfliktfylld vilket stressade henne. Beträffande mindfulness var Jenny fortsatt nöjd med interventionen. Hon försökte träna flera dagar i veckan, men den senaste veckan hade det varit svårt att få till rent praktiskt. Jenny saknade mindfulnessbehandlingen och bad om uppföljningssessioner eftersom hon återgått till sina ursprungliga behandlare.

Uppföljning efter tre, respektive två månader

Mia. När Mia kom till uppföljningen, tre månader efter avslutad behandling beskrev hon sin dotter som totalt annorlunda efter kostomläggningen, ”det var som en omvänd hand, nu är hon nästan alltid nöjd, skriker och kinkar i princip aldrig”. Mias dotter visade sig vara allergisk mot ägg och soja. Vid tremånadersuppföljningen upplevde Mia att hennes ångest minskat ”från en åtta till en tvåa” Mia tyckte vidare att hon hade ett lugnare liv med barnet, att

hon inte bokade upp sig så mycket. Hon konstaterade att ”nu bara *är* jag med henne ofta, kan lägga mig bredvid henne och bara umgås, det hände aldrig förut”.

Mia uppgav att hon gjort uppmärksamhetsmeditation två gånger i veckan sedan avslutad behandling och att hon använt sig av ”andningsankaret” flera dagar i veckan. Hon hade vidare ofta använt sig av ”SOAL”. Hon tyckte att övningarna gjort henne lugnare när hon varit orolig men inte när hon varit mycket orolig, ”då är det fortfarande tunnelseende för mig”. Hon konstaterade att det tagit tid för henne att integrera behandlingen, hon sade att ”jag vet inte om jag är en speciellt långsam patient men jag upplever att jag fortfarande hela tiden på nya sätt upptäcker vad mindfulness är och hur jag kan använda mig av den, både som förälder och i andra sammanhang. Det är som om insikten sakta sjunker in på något sätt kanske skulle jag ha haft ännu större nytta av att göra den längre in i behandlingen på Viktoriagården”.

Mia hade under efterföljande behandling kommit till insikt med att hon fortfarande hade en ätstörning. Hon sade att ”jag har för väldigt länge sedan slutat att lyssna på min kropp och känna efter om jag är hungrig eller ej. Det värsta är att jag vet att det går ut över min dotter, att jag får svårt att veta hur mycket mat hon egentligen behöver”. Mia bad om en remiss till en ätstörningsbehandling.

Jenny. Vid tvåmånadersuppföljningen tyckte Jenny att hon mådde förhållandevis bra. Hon använde sig ofta av ”andningsankaret” och ”walking meditation”. Kroppsscanningen gjorde hon tre gånger i veckan. Jenny uppgav att övningarna gjort att hon känt sig lugnare. Den mest påfallande skillnaden för Jenny var dock att hon fortfarande tyckte att det här att vara mindful medfört att hon inte dömde sig själv längre, vilket hon upplevde som ”en befrielse”. Jenny tyckte att hon generellt var lugnare i föräldraskapet efter behandlingen men uppgav att hon var fortsatt stressad över relationen till sambon. Jenny upplevde att mindfulness gjort att hon blivit tydligare gentemot sig själv och andra med vad hon tyckte. Hon konstaterade att ”det i grunden är bra men att det också ledit till fler konflikter”.

Diskussion

Upplevelse av att kunna trösta

Studiens övergripande syfte var att undersöka om en mindfulnessbaserad intervention för förälder och barn kunde öka föräldrarnas upplevelse av att kunna lugna och trösta sitt barn. Under behandlingsperioden skattar varken Mia eller Jenny minskade svårigheter med att kunna trösta sina barn på de analoga skalorna. Även de ökade värdena på ICQ under behandlingen indikerar att föräldrarna varken upplever att deras barn blir lugnare eller lättare att trösta, utan tvärtom. Däremot uppger Jenny i intervjun vid behandlingens slut att hon upplever att sonen lugnas av ”walking meditation” medan Mia vid samma tidpunkt inte kan uppleva att mindfulnessbehandlingen ökat hennes förmåga att lugna dottern. Under och strax efter behandlingen finns således inga resultat som stärker hypotesen att interventionen skulle ha ökat föräldrarnas förmåga att trösta sina barn. Vid två- respektive tremånadersuppföljningarna skattar däremot både Mia och Jenny på de analoga skaorna och i kommentarer att de upplever det mindre svårt att trösta barnen. Mias ICQ- värde har vid tremånadersuppföljningen sjunkit kraftigt, vilket innebär att hon skattat att barnet blivit lättare att trösta. Jennys ICQ/fussiness-värde har däremot ökat något vid tvåmånadersuppföljningen, tvärtom hennes skattningar på de analoga skalorna och hennes kommentarer. Vid uppföljningarna finns det således både resultat som pekar på att föräldrarna upplevt att barnen blivit lättare att trösta och resultat som inte gör det. Mias kraftigt minskade ICQ/fussiness-värden vid tremånadersuppföljningen kan med stor sannolikhet förklaras av att dottern mådde bättre efter kostomläggningen då hon förändrades från gnällig och svårtröstad till att bli nöjd och lätttröstad. Eventuellt kan även moderns ökade lugn, lägre ångestsymptom och ökade mindfulness ha bidragit till förändringen hos barnet.

Att föräldrarna, på ICQ och analoga skalor, inte skattar att det blivit lättare att trösta barnen direkt efter interventionen kan ha många olika förklaringar. Dels är det möjligt att interventionen helt enkelt inte påverkar förmågan att trösta barnet, trots ökad mindfulness och ökat upplevt eget lugn. En annan orsak skulle kunna vara att självskattningsinstrumenten inte speglar föräldrarnas tröstmåga och att exempelvis observationer av förälder och barn i tröstsituationer hade gett ett annat resultat. En annan orsak skulle kunna vara att föräldrarna i föreliggande studie hade en alltför befäst och komplex ångestproblematik. En ytterligare förklaring skulle kunna vara uppföljningstiden. Mia kommenterar vid tremånadersuppföljningen att hon fortfarande upptäcker nya sätt att använda mindfulness på. Det är rimligt att anta att det tar längre tid innan eventuella effekter av interventionen syns på

förändrat beteende hos barnen, vilket visades i Singhs et al. (2006, 2007) studier, där stora förändringar i barnens beteende erhöles först efter 3 månader. Föräldrarna ska först själva lära sig en ny färdighet och införliva ett nytt förhållningssätt, som de sedan ska lyckas förmedla i förändrat beteende gentemot barnet. Denna process kräver förmodligen tid och träning, vilket skulle kunna förklara de positiva förändringar som kan noteras vid två- och tremånadersuppföljningarna.

Mindfulness hos föräldrarna

Både hos Mia och Jenny tycks en ökad förmåga till mindfulness utvecklas under behandlingen. De förändringar mot ökad mindfulness som indikeras av deras skattningar på FFMQ är reliabla. Jennys ökade grad av mindfulness utgörs främst av en kraftig ökning på faktorn ”nonjudging” medan Mias ökning utgörs av ökning på faktorerna ”nonreactivity” och ”acting with awareness”. Intervjuszvaren bekräftar skattningarna på mindfulnessdelskalorna. Jenny uppger, i enlighet med den reliabla ökningen på ”nonjudging”, att den största skillnaden för henne är att hon dömer sig i betydligt mindre utsträckning än tidigare. Mia å andra sidan uppger, i enlighet med den reliabla ökningen på faktorn ”acting with awareness” att hon är mer mentalt närvarande än tidigare. För båda deltagarna tycks alltså behandlingen ha inneburit ökad mindfulness men på olika sätt. Det är intressant att notera att förändringarna håller i sig och även i vissa fall stärks vid två- och tremånadersuppföljningarna. Även om båda föräldrarna uppger att det emellanåt varit svårt att i vardagen rent praktiskt komma ifrån och göra övningarna har båda fortsatt att regelbundet göra övningar under hela uppföljningsperioden. Denna träning tycks således ha gett resultat. Sammantaget stärker resultaten hypotesen om att behandlingen bidrar till en ökad mindfulness hos föräldrarna.

Föräldrarnas ångest/oro

Utöver frågan om interventionen kunde öka föräldrarnas grad av mindfulness avsåg studien också att undersöka om föräldrarnas oro och ångest minskade under behandlingen. Under sessioner och intervjuer beskriver både Mia och Jenny tydliga fysiska reaktioner på flera av övningarna, främst ”andningsankaret”, ”kroppsscanning” och ”uppmärksamhetsmeditation”. Båda uttrycker att upplever att de landar i kroppen och blir mer avslappnade av övningarna. Båda tycker vidare att behandlingen bidragit till att de både blivit generellt lugnare och att den gett dem konkreta redskap för att lugna sig i specifika situationer. Båda poängterar dock att övningarna inte alltid fungerar för dem, speciellt inte vid hög oro. I enlighet med intervjuszvaren sjunker både Jennys och Mias skattningar av ångestsymptom på BAI under

behandlingsperioden, även om de inte uppnår kriteriet för reliabel förändring. Vid tremånadersuppföljningen har både Mia och Jenny låga BAI-värden och Mias minskning jämfört med före behandling är reliabel. Mia höga ångestnivå vid tvåveckorsuppföljningen är rimligtvis en tillfällig krisreaktion på dotterns kraftiga allergireaktion och därmed situationsspecifik. Sammanfattningsvis indikerar kommentarer under sessioner och intervjuvaren ett stöd för hypotesten att behandlingen bidrar till att minska föräldrarnas oro.

Trots att både Mia och Jenny under sessioner och i intervjuer uppger en ökad förmåga till att lugna sig själva och trots att de skattar en ökad förmåga till ”non-reactivity to inner experience” på FFMQ ökar alltså, tvärt emot vad man kunnat förvänta utifrån bidirektionella kausaliteten (Singh et al., 2006), föräldrarnas upplevelser under behandlingen av att deras barn är svårtröstade vilket syns i ökade värden på ICQ/fussiness. Inte heller skattningarna på de analoga skalorna indikerar något samband mellan egen oro och svårigheter med att trösta barnet under själva behandlingsperioden.

Tillfredsställelse i föräldraskapet

Studien syftade även till att undersöka om föräldrarna skulle uppge en ökad grad av tillfredsställelse i föräldraskapet efter behandlingen, jämfört med före. Föräldrarnas skattningar på de analoga skalorna indikerar att Mia upplevt sig mer och mer nöjd i föräldraskapet under och efter behandlingen medan Jennys skattningar visar på ganska små variationer. I intervjuvaren uttrycker dock båda tydligt att de upplever att interventionen bidragit till att de upplever sig mer nöjda i föräldraskapet. Det råder således en viss diskrepans mellan intervjuvaren och skattningarna på de analoga skalorna vad det gäller tillfredsställelse i föräldraskapet. En möjlig förklaring till diskrepansen skulle kunna vara att skattningarna på de analoga skalorna troligen speglar en omedelbar känsla medan intervjun troligen speglar en mer sammanfattande upplevelse.

Föräldrarnas upplevelse av behandlingen

Den intervju som genomfördes efter behandling ger tillsammans med deltagarnas kommentarer en förhållandevis sammanhållen bild av hur deltagarna upplevde behandlingsinterventionen i sin helhet och på vilket sätt de hade nytta av den. Både Mia och Jenny uppgav att de både tycker om och att de har haft praktisk nytta av interventionen, såväl generellt som i sitt föräldraskap. Föräldrarna uppger att behandlingen bidragit till att de förhåller sig mer öppet-accepterande och mindre dömande till egna känslor. Skillnaden är störst hos Jenny som före behandlingen dömt egna ”felaktiga” reaktioner väldigt hårt. Vid

tvåmånadersuppföljningen skattade Jenny högsta möjliga värde på faktorn ”nonjudging”. Även Mia upplever att strävan efter acceptans haft stor betydelse för hur hon ser på sig själv och på sin dotter, hon upplever att dottern är lättare att läsa av och beskriver att hon själv anpassat sig mer efter henne. Både Mia och Jenny uppger att de har blivit mer nyfikna på egna reaktioner och Jenny beskriver en ökad förmåga att beskriva och sätta ord på sina känslor som hon tycker sig ha haft nytta av. Sammantaget tycks deltagarnas ökade mindfulness verkligen haft positiv inverkan på hur de uppfattar sig själva, sina barn och situationer de hamnar i som föräldrar. Mia beskriver vidare en ökad medveten närvaro i samvaron med dottern, att hon umgås med henne på ett annat sätt. Särskilt tydlig blir denna förändring vid uppföljningen tre månader efter avslutad behandling. Vid tvåmånadersuppföljningen beskriver även Jenny att hon blivit mer närvarande med barnen av interventionen och att hon lyckats släppa destruktiva känslor och lyckats att agera och förhålla sig mer öppet och konstruktivt till barnen. Intrycket är att deltagarnas ökade närvaro, acceptans, nyfikenhet och öppenhet har lett till en större lyhördhet och mindre negativ perception av barnet, dvs ökad sensitivitet. En ökning av föräldrarnas sensitivitet skulle vara av mycket stor klinisk betydelse, eftersom sensitivitet är en central föräldraförmåga som främjar barns utveckling och minskar effekterna av en förälders psykiska ohälsa på barnet (Kertz et al., 2008).

Emotionella förändringar hos föräldrarna

Både Mia och Jenny beskriver att de njuter mer i föräldraskapet än före behandlingen, Mia uppger spontant en förändring från att ha njutit 10 % av tiden till att njuta 50 % vid behandlingens slut. Mia tycker att hon har blivit gladare och Jenny beskriver minskad irritation i interaktionen med barnen. Kommentarererna i uppföljningsintervjuerna indikerar således en ökning av positiva affekter i interaktionen med barnen. En sådan förändring skulle vara av stor vikt då ju mer positiva emotioner föräldrar upplever och uttrycker, desto mer fördelaktigt är det för barnets utveckling (Dix, 1991). För Mia tycks behandlingen ha bidragit till att hon kommit känslomässigt närmre sin dotter när hon uttrycker att hon blivit ”kär” i sin dotter och att hon upplever dem som ett vi ”det lilla ekipaget” istället för att, som tidigare, ”med en skiljevägg mellan oss”. Förändringen har stor klinisk betydelse då den indikerar att mindfulnessinterventionen fungerat som en relationsbehandling.

Jenny uppger att stressen inte stressar henne längre och att hon reagerar mindre explosivt gentemot sina barn. Mia menar att hon generellt agerar annorlunda genom att hon stannar upp istället för att agera i ”max på första känslan”. Båda föräldrarna beskriver således en ökad

förmåga till egen affektreglering vilket måste betraktas som en klar positiv förändring eftersom affektreglering är en central förmåga, både för det egna välbefinnande och i föräldraskapet (Dix, 1991).

Begränsningar i studien

Explorativa fallstudier har den begränsningen att det inte går att uttala sig om några generella effekter av behandlingen. Studiens design skulle dock ha varit starkare om den hade innehållit två förmätningar vilket skulle ha ökat möjligheterna att bedöma förändringar av behandlingen. En ytterligare begränsning i designen är att deltagarna erhöll annan behandling såsom samspelsbehandling mellan de båda uppföljningarna. Etiska aspekter gjorde det dock omöjligt att inte erbjuda annan behandling efter interventionen. Det är möjligt att förändringar i hur svår- respektive lättrosta barnen upplevdes och föräldrarnas lägre skattade oro vid tre- resp tvåmånadersuppföljningarna berodde annan behandling än mindfulnessinterventionen. Fördröjda effekter av mindfulnessinterventionen eller spontanläkning skulle kunna vara andra möjliga förklaringar lägre skattad oro. Det är rimligt att anta att själva mindfulnessinterventionen bidragit till ökningen av grad av mindfulness eftersom båda föräldrarna uppgav att de hade fortsatt att träna på och reflektera över själva mindfulnessövningarna

På de analoga skalorna fick deltagarna instruktionen att de skulle skatta sina upplevelser de två senaste dagarna. Både Mias och Jennys skattningar av det egna psykiska måendet flukturerar under behandlingsperioden. I beskrivningen av behandlingsförloppet famgår det att båda deltagarnas dagsform varierar med många faktorer, såsom nattsömn, enskilda händelser och konflikter med anhöriga. Rimligtvis kan således en rad yttre variabler påverka såväl förälderns skattade mående som skattning av barnets tröstbarhet. Valet av tidsperiod för de analoga skattningarna är därför troligen en bidragande orsak till de flukturende värdena. Skattningar som sträckt sig över en mer utsträckt tidsperiod, såsom en vecka, skulle kunnat bidra med mindre flukturende värden.

Resultaten indikerar inget entydigt samband mellan ökad förmåga till mindfulness och lägre skattad ångest på BAI hos Mia och Jenny. För Mia samvarierar, enligt förväntan, höga värden mindfulness (FFMQ) med lägre värden på ångestsymptom (BAI). Även för Jenny ökar mindfulnessskattningarna på FFMQ under behandlingen medan skattade ångestsymptom på BAI sjunker. Vid uppföljningarna har FFMQ ökat samtidigt som både BAI först ökat och sedan minskat. En bidragande orsak skulle kunna vara att BAI även ger utslag för andra fysiska åkommor än ångest. Det är t ex rimligt att anta att trötthet ger upphov till symptom

såsom, yrsel, darrningar, skakningar, matthet och svimningskänsla och att amning ger upphov till värmevallningar. Varken Jenny eller Mia hade sovit en hel natt på flera månader och båda ammade, varför en del av de skattade symptomen skulle kunna vara resultat av utmattning och amning snarare än ångest. Man kan diskutera om BAI är det mest lämpliga instrumentet att använda. En kritik som har riktats mot BAI är att den mest utvärderar somatisk ångest snarare än mer generella ångestsymptom (Carlbring, 2005). Å andra sidan var en utgångspunkt för studien att främst just somatiska symptom direkt kan antas påverka barnet när det är i föräldrarnas omedelbara fysiska närhet. Mia och Jenny insjuknade i allvarlig anorexi i tonåren och har därefter, i flera perioder, varit i behov av långvariga terapier och annan professionell hjälp. Man kan därför anta att ångest och oro är något som både Mia och Jenny vanligtvis upplever, dvs att deras ångest har en sk trait-komponent som är mer konstant tillsammans med en state komponent som är mer flukturerande. Självsfattningformuläret STAI (State-Trait Anxiety Inventory) , som både mäter state- och traitkomponenter av ångest skulle därför kunna ha varit ett mer lämpligt instrument att använda i studien än BAI för att påvisa eventuella mer stabila förändringar i ångestbenägenhet under behandlingen.

Både Mia och Jenny var ”ideala” kandidater för mindfulnessinterventionen på flera sätt. Båda var motiverade, de uttryckte oro i föräldraskapet, de upplevde att de hade svårtröstade barn och de var inte deprimerade. Båda hade dock en långvarig historia av psykisk ohälsa, båda insjuknade i anorexi som tonåringar och hade därefter behövt professionell hjälp i vuxen ålder. Båda kommenterade att de i utgångsläget var mycket långt ifrån att vara närvarande i nuet och icke-dömande. Under behandlingens gång framgick det att Mia fortfarande lider av en ätstörning och att Jennys relation till sambon var i kraftig gungning. Därutöver var barnen svårtröstade -pojken var ett påfallande känsligt barn och flickan visade sig ha allergi. Deltagarnas problematik var således långvarig, mångfascetterad och komplex och därmed också svårbehandlad. Utgångsläget för behandlingen får därför betraktas som svårt, om än inte alls unikt för den patientgrupp som söker hjälp på Viktoriagården. Mias dotters födoämnesallergi i kombination med Mias ätstörning utgjorde en komplicerande faktor för studien eftersom allergin till stor del avgjorde hur lätttröstad flickan var och kostomläggningen inledningsvis gav modern hög ångest. Komplexiteten i ärendena gjorde det troligen svårare att påvisa resultat av mindfulnessinterventionen. Å andra sidan riktade sig studien just mot föräldra-barn par där både förälder och barn hade symptom, där sårbarhet uttrycks från båda håll i dyaden eftersom det är det denna typ av föräldrar som behöver hjälpen allra mest. För de flesta föräldrar med ångestproblematik som söker hjälp på Viktoriagården är det rimligt att

anta att det vore mer idealt om mindfulnessinterventionen kompletterade snarare än ersatte annan behandling, främst samspelbehandling.

För att pröva interventionen var det nödvändigt att renodla behandlingsinsatsen samtidigt som det var angeläget att deltagarna även erbjöds andra behandlingsinsatser. Den relativt korta, intensiva behandlingstiden motiverades just av att deltagarna skulle ges möjlighet även till samspelbehandling efter interventionen. Man kan diskutera om interventionen borde ha sträckt sig över en längre tid, vilket Jenny efterfrågar i uppföljningen; eller om interventionen skulle ha erbjudits i en annan fas av behandlingen vilket Mia kommenterar i uppföljningen. Glesa uppföljningssessioner under en längre tid hade förmodligen varit bra för att hjälpa deltagarna att fortsätta att integrera mindfulness i sitt vardagliga föräldraskap.

Interventionen utformades för förälder och barn tillsammans. Tanken var att föräldrarna tidigt skulle göra vissa av övningarna samtidigt som de höll i sina barn. I praktiken var det svårt att följa intentionen. Föräldrarna behövde flera sessioner för egen träning och reflektion innan de kunde göra övningarna med barnen i famnen. Ett mer optimalt behandlingsförlopp för deltagarna i studien vore om de hade kunnat komma till de fyra första sessionerna utan barnen för att sedan ta med sig barnen och införliva dem i övningarna andra hälften av behandlingsperioden. Ett sådant behandlingsförlopp förutsätter dock att föräldrarna hade haft möjlighet att lämna sitt barn till någon annan som barnet är trygg med, vilket de inte hade. Erfarenheten från långvarigt kliniskt arbete med spädbarnsföräldrar säger att spädbarnsföräldrar sällan har den möjligheten. Ett mer realistiskt och samtidigt mer fördelaktigt behandlingsupplägg vore om barnen som erhöll interventionen varit yngre än fyra månader. Dels för att det troligen inneburit att det varit lättare för föräldrarna att göra övningarna med barnen i famnen, dels för att föräldrar och barn då skulle fått hjälp ännu tidigare i processen.

Framtida forskning

I en eventuell framtida studie vore det önskvärt med en större undersökningsgrupp och kontrollgrupp. Det vore då intressant att genomföra en randomiserad studie som jämför mindfulnessbehandling tillsammans med sedvanlig samspelsbehandling med endast sedvanlig behandling. Eftersom det är rimligt att anta att interventionens effekt på barnets beende har en viss fördröjning vore det intressant med en uppföljningstid på sex månader.

Vidare vore det intressant att mäta andra faktorer än om barnet är lättröstat eller ej. Resultaten från föreliggande studie indikerar att interventionen eventuellt ökat föräldrarnas

acceptans och sensitivitet gentemot sina barn. En framtida frågeställning av stort intresse skulle därför vara att undersöka om mindfulnessbehandlingen ökar föräldrarnas sensitivitet.

Slutsats

Sammanfattningsvis är båda föräldrarna klart positiva till mindfulnessbehandlingen och uppger att de har haft nytta av den, såväl för egen del som i föräldraskapet. För båda deltagarna tycks interventionen ha lett till, för föräldraskapet, betydelsefulla förändringar - såväl ”inre”/kognitiva och emotionella som ”yttre”/beteendemässiga. Studien har gett kliniskt intressanta och lovande resultat även om en ökad förmåga att trösta barnet ej gick att påvisa. Kliniskt tycks behandlingen kunna ha stor potential för att hjälpa föräldrar med ångest och deras barn till ett bättre samspel. Acceptansbegreppet som diskuteras och tränas i mindfulness kan ses som en övning i metakognition för att minska ångest. Förmågan till närvaro och acceptans är därutöver högst central för att etablera öppenhet och i förlängningen sensitivitet gentemot barnet. Genom träning på och reflektion över mindfulnessövningar anpassade till föräldraskapet kunde föräldrarna på ett tidigt stadi i behandlingen närma sig centrala aspekter av föräldraskapet. Därutöver saknar många av föräldrarna med oro och ångest som söker hjälp på Viktoriagården färdigheter för att lugna sig själva och därigenom även för att lugna sina barn. Interventionen kunde erbjuda just ett sådant verktyg som båda deltagarna fann användbara. Studien visar att metoden har positiv effekt på föräldra-barnrelationen och att det finns underlag för att införliva mindfulnessintervention för föräldrar och barn med andra behandlingsinsatser, såsom samspelsbehandling och föräldrasamtal.

Litteratur:

Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special Issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298-302.

Baer R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using Self_Report Assessment to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*; 13:1, 27-45.

Bates, J. E., Bennet Freeland, C. A., & Lounsbury, M. L., (1979). Measurement of Infant Difficultness. *Child development*, 50, 794-803.

Bauer, J. (2005). Varför jag känner som du känner. Stockholm: Natur och Kultur.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.

Berg Brodén, M. (1989) Mor och barn i ingenmansland. Stockholm: Almqvist och Wiksell.

Bergum Hansen, M. & Jacobsen, H. (2007). Systematiske tiltak til sped- og- små-barn i risikofamilier. En kunnskapsstatus. Regioncenter for barn og unges psykiske helse, helseregionen Ost og Sor. Opublicerad.

Bialy, L. K. (2006). Impact of Stress and Negative Mood on Mother and Child: Attachment, Child Development and Intervention. San Francisco, CA. Dissertation. California Institute of Integral Studies.

Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 11(3), 230-241.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol 1: *Attachment*. New York, Basic books

Brown, K.W., Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848

Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). Anknytningsteori. Stockholm: Natur och Kultur.

Brodén, M. (2004). Graviditetens möjligheter. Stockholm: Natur och Kultur.

Carlbring, P. (2005). Formulärsammanställning_028. Institutionen för psykologi, Uppsala universitet. Hämtad 5 maj 2010 från: <http://www.carlbring.se>

- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3).
- Cassidy, J. & Shaver, P. R., (Ed), (2008). Handbook of attachment. New York: The Guilford Press.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 15-23.
- Contreras, J.M., Kerns, K.A.; Weimer, A.L., Tornich, P.L.(2000). Emotion Regulation as a Mediator of Associations Between Mother-Child Attachment and Peer Relationships in Middle Childhood. *Journal of Family Psychology*, 13(1), 111-124.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 140, 111-117.
- Coplan, J.R., O'Neil, K., & Arbeau, A.K. (2005). Maternal Anxiety During and After Pregnancy and Infant Temperament at Three months of Age. *Journal of Prenatal Psychology and Health*, 19(3), 199-215.
- Crockenberg, S.B. & Smith, P. (2002). Antecedents of mother-infant interaction and infant irritability in the first 3 months of life. *Infant Behavior & Development*. 25, 2-15.
- De Wolff, M.S. & van Ijzendoorn, M.H.(1997) Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, 68, 571-91.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting. *Psychology Bulletin*, 110, 3-25.
- Evans, D. R., Baer, R. A., Segerstrom, S. C. (2009). The effects of mindfulness and self-consciousness on persistence. *Personality and Individual Differences*, 47, 379-382.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interaction, parenting and safety practices: A review. *Infant Behaviour and Development*, 33(1), 1-6.
- Francis, D., Diorio, J., Liu, D., & Meaney, M.J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behaviour and stress response in the rat. *Science*, 286, 1155-1158.
- Frude, N. & Goss, A. (1979). Parental anger: a general population survey. *Child Abuse and Neglect*, 3, 331-333.
- Gefand, D.M., & Teti, D.M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Child Psychology Review*, 10, 329-53.
- Gilbert, P. (Ed.) (2005). Compassion- Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy. East Sussex: Routledge.
- Goldberg, S. (2000). Attachment and development. London: Arnold Publisher.

- Goodman J. H., (2004). Parental depression it's relationship to maternal postpartum depression and it's implication for family health. *Journal of Advanced Nursing* 45, 26-35.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavioural change. New York, NY: Guilford.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J. Peterson, L.G. et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kertz, S. J., Smith, C.L., Chapman, L.K., Woodruff-Borden, J., (2008). Maternal Sensitivity and Anxiety: Impacts on Child Outcome. *Child and Family Behavior Therapy*,30(2), 153-171.
- Kroese, A. J. (2005). Uppnå mer med mindre stress -en handbok i uppmärksamhetsträning. Stockholm: Bazar Förlag AB.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy and Research*, 19, 493-501.
- Leahy, R.L. (Ed.). (2004). Contemporary Cognitive Therapy –Theory Research and Practice. New York: The Guilford Press.
- Lilja, J., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J. J., Josefsson, T., Lundh, L-G., Sköld, C., et al. (Submitted 2010). Five-facets of Mindfulness Questionnaire-Reliability and Factor Structure. A Swedish version. *Cognitive Behaviour Therapy*.
- Linehan, M.M. (1993).Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorders. New York, NY: Guilford Press.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., & Salmelin, R.(2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and well-being. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1367-1374.
- Mertesacker, B., Bade, U., Haverkock, A., & Pauli-Pott, U. (2004). Predicting maternal reactivity/sensitivity: The role of infant emotionality, maternal depression/anxiety, and social support. *Infant Mental Health Journal*, 25(1), 14.
- Messer, S.C. & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 33(7), 975-983.
- Miller, J. J. Fletcher, K. & Kabat.Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200

- Moore, P. s., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004) Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(3), 471-476.
- Murray, L., & Carothers, A. (1990). The validation of the Edinburgh post-natal depression scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry*, *157*, 288-290.
- Murray, L., Cooper, P.J., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 2. Impact of the mother-child relationship and child outcome. *British journal of Psychiatry*, *182*, 420-427.
- Newham, C.A., Milgrom, J., Skouteris, H.(2009). Effectiveness of a Modified Mother-Infant Transaction Program on Outcomes for Preterm Infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior and Development*, *32*, 17-26.
- Oatley, K., Keltner, & Jenkins, (2006). *Understanding emotions* (2nd Ed). Oxford: Blackwell publishing.
- O'Connor, T.G., Heron, J. Golding, J., Glover, V. & the ALSPAC Study Team, (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44* (7), 1025-1036.
- Osofsky, J. D. & Thompson, M. D. (2000) Adaptive and Maladaptive Parenting: Perspectives on Risk and Protective Factors. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed), pp 54-75. Cambridge University Press.
- Ross, L. E. & McLean, L.M. (2006). Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A systematic Review. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol *67*(8), 1285-1298.
- Sameroff, A.J. (1975). Transactional models in early social relations, *Human development*, *18*, 65-79.
- Schneider, M.L., & Moore, C.F. (2000). Effect of prenatal stress on development: A nonhuman primate model. In C. Nelson (ed), *Minnesota symposium on child psychology* , 201-243. New Jersey: Erlbaum.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A.N. (2000). Effects of secure attachment relationship on the right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*, 7-66.
- Segal, Z., Williams M., Teasdale J.D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Wahler, R. G, Singh, J., & Sage, M. (2004). Mindful caregiving increases happiness among individuals with profound multiple disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *25*, 207-218.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Curtis, W. J., Wahler, R. G., Sabaawi, M., et al. (2006). Mindful staff increase learning and reduce aggression in adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 27*, 545-558.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Fisher, B. C., Wahler, R. G., Sabaawi, M., et al. (2006). Mindful Parenting decreases aggression, non-compliance, and self injury in children with autism. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*, 169-177.

Singh, N.N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, J., Curtis W. J., Wahler, R.G., et al. (2007). Mindful Parenting Decreases Aggression and Increases Social Behavior in Children With Developmental Disabilities. *Behavior Modification, 31*(6), 749-771.

Sjöström, K. (2002). Some effects of maternal anxiety on the fetus and on pregnancy outcome. Dissertation. Department of Gynecology, Malmö Universital Hospital, Lund University.

Smith, L. (2003). Tilknytning og borns udvikling (B. Nake, Övers.). Köpenhamn. Akademisk Forlag. (Originalarbete publicerat 2002).

Stroufe, L.A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in early years*. New York: Cambridge University Press.

Symons, D.K. (2001). A Dyad-Oriented Approach to distress and Mother-Child Relationship outcomes n the first 42 Months. *Parenting: Science and Praticce, 1*, 101-122

Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A Theme in search of definition. *Monographs for the Society for Research in Child Development, 59*, (2-3).

Tedgård, E. (2008). Psykoterapeutiskt behandlingsarbete I spä- och småbarnsfamiljer –en utvärdering. Malmö: BUP.

Van den Bergh, B., R., H., & Marcoen, A. (2004) High Antenatal Maternal Anxiety Is Related to ADHD Symptom, Externalizing Problems, and Anxiety in 8- and 9-Year-Olds. *Child Development, 75*(4), 1085-1097.

Vieten, C. & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on parental stress and mood: results of a pilot study. *Archives of Women´s Mental Health, 11*, 67-74.

Warren, S. L., Gunnar, M. R., Kagan, j., Anders, T. F., Simmens, S. J., Rones, M., Wease, S., Aron, E., Dahl, R. E., & Stroufe, L. A. (2003). Maternal panic disorder: Infant temperament, neurophysiology, and parent behaviours. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 814-825.

Wickberg, B. & Hwang, C.P. (1996). Screening for postnatal depression in a population-based sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 62-66.

Woodruff-Borden, J., Morrow, J., Bourland, S., & Cambron, S.(2002) Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.

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.

Zelkowitz, P., Papageorgiou, A., Bardin, C., & Wang T. (2008). Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development*, 85, 51-58.

Ziegler, M., Wollwerth de Chuquisengo, R. & Papousek, M.(2008). Excessive Crying in Infancy. In Papousek, M., Schieche M.& Wurmser, H. (Eds), *Disorders of Behavioral and Emotional Regulation in the First Years of Life*. Washington: ZERO TO THREE.

Bilaga 1.

Övning 1: "BEGINNERS MIND" – Vad upplever jag just nu?

- I vilken situation befinner jag mig i?
- Vad tänker jag?
- Vad känner jag?
- Hur känns det i min kropp?

Beskriv!

NYFIKET INTRESSERAT FÖRHÅLLNINGSSÄTT!

Övning 2: "BEGINNERS MIND"-Vad upplever mitt barn just nu?

- Vad gör mitt barn?
- Vad ser mitt barn?
- Vilka känslor har mitt barn?
- Vad vill mitt barn?
- Hur uppfattar mitt barn mig just nu?

Beskriv!

NYFIKET INTRESSERAT FÖRHÅLLNINGSSÄTT!

Bilaga 2.

Intervjuguide, före behandling

- Beskriv tidigare oro/ ångestproblematik.
- Beskriv situationer med barnet som skapar oro

Intervjuguide, efter behandling

- Upplever du att du har haft någon nytta av mindfulness i ditt föräldraskap? På vilket sätt?
- Har du haft nytta av mindfulness på något sätt som inte har med föräldraskapet att göra?
- Har du haft nytta av mindfulnessen just vad det gäller att lugna ditt barn?
- Har du haft nytta av mindfulnessen just vad det gäller att lugna dig själv?
- Har du haft nytta av
andningsankaret? Skatta mellan 0-5 (ingen nytta-maximal nytta)
kroppsscannigen? (0-5)
uppmärksamhetsmeditationen?(0-5)
acceptans av barne?t(0-5)
walking meditation? (0-5)
SOAL? (0-5)
- Vilken övning har du tränat mest?
- Har mindfulness varit svårt för dig? På vilket sätt?
- Vad bär du främst med dig från diskussionerna som vi har haft?
- Övriga kommentarer?

