

# Anknytning och förlossningsdepression

- en studie om det sociala arbetet med mödrar som drabbas av förlossningsdepression och om hur barn och moder knyter an

Av  
Tania Nilsson och Anna Larsson

---

LUNDS UNIVERSITET  
Socialhögskolan

Kandidatuppsats SOPA63  
VT 13



Handledare: Arne Kristiansen

## Abstract

The purpose of this study is to illuminate what postnatal depression is and how it might affect a newborn child and its mother. We also want to clarify what potentially causes postnatal depression, how to prevent it and how to socially work with this problem. To figure this out, we decided to administer six interviews with professionals such as social workers, nurses, psychologists and others. These individuals maintain consistent contact with these disturbed or insecure attachment behaviors between children and mothers, as a result of postnatal depression, in their daily work. They were able to answer our questions regarding causes of postnatal depression, preventative work with postnatal depression and how to cure the depression and alleviate the effects on the child-mother relationship.

To understand this diagnosis and the complex impact it has on the mother-child relationship, we chose to immerse ourselves in the attachment theory of John Bowlby and the object relations theory of Donald W Winnicott. These theories helped us grasp a deeper understanding of this phenomenon.

The conclusion of this study was that it is very important to detect postnatal depression at an early state to be able to treat it and break the problematic attachment behavior. Otherwise, the child of the depressed mother is put into a major risk of getting developmental problems, mental and physical, during its early childhood years. In addition, the theories we used in this study underlined the importance of a secure and well-established mother-child relationship, or else the adequate development of the child's social skills and competence are at risk.

## Förord

Att få barn är en livsomvälvande händelse för alla föräldrar. I de allra flesta fall är väntan, nedkomsten och mötet med det lilla barnet en fantastisk upplevelse och en relation mellan föräldrar och barn har under graviditeten byggts upp. Då det är en mycket stor och förändrande händelse i livet, så är det helt naturligt att föräldrarnas känslor och humör kan gå upp och ner under barnets första tid i livet. Allt är nytt och det är dags att lära känna den nya individen och sig själv, i rollen som förälder. Men vad händer när en förälder inte mår bra, blir deprimerad eller har svårt att ta till sig sitt nyfödda barn? Detta har vi valt att undersöka i denna uppsats.

I denna uppsats kommer vi framförallt att fokusera på moderns och barnets relation till varandra. Anledningen till detta är att det är hon, som i normalfallet är den som drabbas av en förlossningsdepression. Därför har vi valt att inte fokusera på barnets relation till fadern, eller relationen till en annan vårdnadshavare som inte är drabbad av förlossningsdepression.

Vi vill även passa på att tacka de professionella på spädbarnsverksamheterna som vi intervjuat och därmed gjort det möjligt för oss att genomföra denna uppsats. Vi vill också tacka vår handledare Arne Kristiansen, för stöd och vägledning under arbetets gång.

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Bakgrund.....	1
1.2 Syfte.....	2
1.3 Frågeställningar.....	3
1.4 Problemformulering.....	3
1.5 Tidigare forskning.....	4
1.5.1 <i>Förlossningsdepression och anknytning</i> .....	4
1.5.2 <i>Förlossningsdepression och socialt arbete</i> .....	5
2. Metod.....	6
2.1 Metodval.....	6
2.2 Urval.....	7
2.3 Dataanalys.....	8
2.4 Litteratursökning.....	9
2.5 Metodens förtjänster och begränsningar.....	9
2.6 Metodens reliabilitet och validitet.....	10
2.7 Arbetsfördelning.....	12
2.8 Etiska överväganden.....	12
3. Teoretiska utgångspunkter.....	13
3.1 John Bowlbys anknytningsteori.....	14
3.2 D.W Winnicott objektrelationsteori.....	15
4. Resultat och analys.....	16
4.1 Orsaker.....	16
4.2 Påverkan och konsekvenser.....	19
4.2.1 <i>Så påverkas barnet</i> .....	19
4.2.2 <i>Möjliga konsekvenser</i> .....	25
4.2.3 <i>Så reagerar barnet</i> .....	29
4.3 Förebyggande arbete och behandling.....	32
4.3.1 <i>Så kan en förlossningsdepression förebyggas</i> .....	32
4.3.2 <i>Så behandlas en förlossningsdepression</i> .....	33
4.3.3 <i>Vad måste behandlas</i> .....	36
5. Avslutande diskussion.....	40
6. Referenser.....	42
7. Bilagor.....	45
7.1 Bilaga 1: Intervjuguide.....	45

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

### *Fenomenet förlossningsdepression*

Förlossningsdepression, eller postnatal depression som det också kan benämnas, är inte samma sak som baby blues, det vill säga den tillfälliga nedstämdhet som många mödrar känner ett par dagar efter nedkomsten. Utan förlossningsdepressionen ter sig annorlunda i den bemärkelsen att känslan av nedstämdhet, sömnstörningar, även känslan av otillräcklighet eller känslan av att ha förlorat kontrollen, inte går över (Reuter, 2011, s. 5; Tammentie et al. 2013, s. 26). De som drabbas av förlossningsdepression insjuknar i normalfallet under graviditeten, i samband med förlossningen, eller under det första året efter förlossningen. De symtom som karaktäriserar en förlossningsdepression är att modern har svårt att känna sig glad, är orolig eller irriterad, har humörsvängningar, har svårt att koncentrera sig, är trött och svag eller har sömnproblem. I vissa fall får modern även en känsla av att hon inte räcker till och inte kommer att klara av rollen som mamma. Hon kan även utveckla en överdriven oro för det lilla barnet (Brodén 1997[1989], s. 373). Modern kan också uppleva värdelöshetskänslor, självmordstankar, tankar på döden eller känslan av att hon inte är sig själv längre (Reuter, 2011, s. 8-9; Deans 2008, s. 341). Det är ganska vanligt att mammor inte känner speciellt mycket för det nyfödda barnet direkt efter förlossningen, men i normalfallet växer känslorna snabbt fram, efter en tid. Anledningen till detta kan vara att livet som spädbarnsförälder kan innebära lite sömn, mycket barnskrik och dygnet runt service åt det lilla barnet. Men om känslorna till barnet inte kommer och modern fortsätter att ha en likgiltighetskänsla inför det nyanlända barnet, så är det också ett tecken på att hon drabbats av en förlossningsdepression (Reuter, 2011, s. 11-12). Om modern upplever någon av dessa symtom under flera veckors tid bör hon kontakta barnavårdscentralen eller mödravårdscentralen för råd och stöd (Deans 2008, s.341).

Det finns oftast flera olika anledningar till att mödrar drabbas av förlossningsdepressioner, men det finns en del bidragande faktorer till detta. En anledning kan vara att relationen i familjen, mellan de blivande föräldrarna, inte är fungerande vilket ökar risken för att kvinnan drabbas av en förlossningsdepression (Brodén 2004, s. 159). En komplicerad förlossning kan också vara en utlösande faktor för en sådan depression (Reuter, 2011, s10). Men även ekonomiska problem eller problem i arbetslivet kan vara bidragande faktorer till förlossningsdepression. Att man varit deprimerad tidigare i livet eller under graviditeten kan också öka risken för denna typ av depression. För en del blivande mödrar kommer det faktum att de blivit gravida lite som en överraskning. Men om man egentligen inte ville skaffa barn från början, så kan även detta vara en orsak till förlossningsdepression. Det ska dock tilläggas att det oftast inte handlar om någon avsaknad av kärlek till barnet, när man drabbas av en förlossningsdepression (Reuter, 2011, s. 9-10).

Cirka en av tio blivande eller nyblivna mödrar drabbas av förlossningsdepression (Brodén 2004, s. 158). De flesta som drabbas av förlossningsdepression tillfrisknar relativt snabbt om de får rätt hjälp och behandling. Den behandling som då ges till de drabbade mödrarna för att de ska komma ur sin förlossningsdepression är vanligen antidepressiva läkemedel, som vid en vanlig depression. Samtalsterapi kan också bli aktuellt i många fall (Brodén 1997[1989], s. 373). En fördel i tillfrisknandet är också om hon får möjlighet att komma ut, motionera, vila, sova ut, äta ordentligt och tillgodose sig vardagliga rutiner (Reuter, 2011, s12-14).

## 1.2 Syfte

Vårt syfte är att undersöka vad som orsakar en förlossningsdepression och hur de går att förebygga. Genom de intervjuer vi ska genomföra med personal inom spädbarnsverksamheten önskar vi även att få svar på och förstå hur en förlossningsdepression påverkar ett nyfött barn. Vi vill vidare ta reda på om hur det behandlas och få förståelse för hur man inom socialt arbete hanterar förlossningsdeprimerade mödrar och deras barn.

### 1.3 Frågeställningar

Vilka faktorer kan orsaka en förlossningsdepression?

Hur påverkas ett barn av att dess moder lider av förlossningsdepression?

Hur går det att förebygga en förlossningsdepression?

Hur behandlas en förlossningsdepression?

### 1.4 Problemformulering

I denna uppsats kommer vi att titta närmare på förlossningsdepressioner som fenomen då vi undrar hur mammans mående påverkar ett nyfött barn. I boken *Nedstämdhet i samband med förlossning* skriver Antonia Reuter (2011) att en depression som inte behandlas kan leda till konsekvenser i såväl relationer som för hälsan. För barnets del kan det, enligt Reuter, leda till en hämmad utveckling (2011, s 11). För att titta närmare på detta kommer vi att använda oss av kvalitativ metod och genomföra intervjuer med socionomer, behandlingsassistenter och psykologer som arbetar med deprimerade mödrar och deras barn. Vi undrar om de professionella inom området kan se hur ett nyfött barn påverkas av moderns förlossningsdepression samt hur det hanterar mammans mående. Hur upptäcker de om barnets relation till mamman påverkas under tiden mamman är deprimerad, och hur arbetar dessa professioner för att återigen bygga upp en god relation mellan dem båda? Hur ser personalen kring patientgruppen på förebyggande arbete med förlossningsdepressioner och vet de vad som orsakar dessa depressioner? Detta är frågor som vi funderar över och hoppas kunna fördjupa oss i, i detta arbete. Vi menar att den personalgrupp vi valt att intervjua, kan besvara de ovan nämnda frågorna. Vi kommer inte endast att använda oss av våra intervjuer utan även belysa fenomenet med hjälp av litteratur och teori.

För att få en mer problematiserad bild av detta komplexa problem har vi valt att använda oss av två teorier och teoretiker. Vi kommer dels att fördjupa oss i frågan med hjälp av John Bowlbys anknytningsteori. Detta är en teori som, i stora drag, handlar om det psykologiska band som skapas mellan barnet och dess närmaste vårdare, vilket i detta fall är modern (Broberg 2007, s.106). Detta psykologiska band kallar John Bowlby för anknytning.

För att skapa en så bred bild som möjligt av hur anknytning och moder-barnrelationen fungerar har vi även valt att fördjupa oss i fenomenet med hjälp av barnläkaren och obstetrikern Donald Winnicotts objektrelationsteori. Winnicott gav upphov till ett nytt synsätt på barn där man lägger fokus på relationen mellan barnets tidiga utveckling och förhållandet mellan barn och moder (Fonagy, 2007, s. 106). Vi menar att dessa två teoretiker belyser fenomenet på vars ett sätt, men samtidigt har de flera gemensamma nämnare och begrepp.

## 1.5 Tidigare forskning

### *1.5.1 Förlossningsdepression och anknytning*

I artikeln "Infant–Mother Attachment and Children’s Friendship Quality: Maternal Mental-State Talk as an Intervening Mechanism" skriver författarna Nancy L. McElwain, Cathryn Booth-LaForce, och Xiaoying Wu (2011), att den tidiga anknytning som barn utvecklar till sina närmaste omvårdnadspersoner sätter prägel på barnets framtida interpersonella funktioner och påverkar hur barnet kommer att fungera i nära sociala relationer, även i framtiden. De menar även att barn som fått en nära kontakt och en trygg anknytning till sin mamma visar mindre aggression i sina vänskapsrelationer vid 3 års ålder (McElwain, Booth-LaForce & Wu 2011, s. 1295). Anledningen till att författarna menar att barnets tidiga anknytning och relation till modern får betydelse för barnets framtida relationer, är för att barnet utvecklar inre arbetsmodeller som det sedermera kommer att använda sig av även i relation till andra. Barn som utvecklat en inre arbetsmodell som innebär att hon eller han uppfattar sig själv som en älskvärd individ som förtjänar omvårdnad och beskydd, kommer att känna så även då han eller hon etablerar relationer till andra människor, längre fram i livet. Men för att utveckla detta så krävs det att barnet vet att modern finns tillgänglig när det behöver henne. Därför är det särskilt viktigt att modern är i ett tillstånd där hon kan vara sensitiv för barnets signaler så att det har en möjlighet att utveckla dessa inre arbetsmodeller, baserade på omvårdnad och beskydd (McElwain, Booth-LaForce & Wu 2011, s. 1295, 1305).

Att en väletablerad och trygg anknytning mellan det lilla barnet och de närmaste omvårdnadspersonerna kan ge barnet bättre social kompetens, samt ge det en god



grund för dess framtida sociala och känslomässiga utveckling, beskrivs även av Wong et. al (2009, s. 828). I samma artikel beskrivs hur barnets temperament kan ha betydelse för anknytningen till modern. Författarna framhåller att mödrar som har ett litet socialt nätverk som inte stöttar henne tillräckligt, i större utsträckning än andra mödrar, får barn som inte är tryggt anknutna, men endast om barnets temperament kan ses som irriterbart. De exemplifierar detta ytterligare genom att hänvisa till en studie där resultatet visade att relationer mellan mödrar och barn, som baseras på stelhet och rigiditet, i större utsträckning än hos andra mer flexibla relationer, resulterade i otrygga barn, men dock endast om barnet har ett temperament som gör att de lätt blir stressat och oroligt (Wong et. al 2009, s. 829-830). De menar alltså att relationsetableringen och anknytningens kvalitet inte endast baseras på de närmaste omvårdnadspersonernas förmåga, utan har även att göra med vilket temperament barnet har.

#### *1.5.2 Förlossningsdepression och socialt arbete*

I artikeln "Winning the Battle: A review of postnatal depression" skriver författaren Sara Miles (2011) att depressioner som infaller just efter förlossningen kan vara mycket besvärliga och att det är mycket viktigt att de upptäcks snabbt efter att modern insjuknat. Författaren (2011 s. 221) skriver vidare att barnmorskor ibland kan sakna den rätta kompetensen för att kunna hantera dessa problem. Det är dock mycket viktigt att de genomför en så kallad "screening för depression hos nyblivna mammor", eller en så kallad EPDS intervju (Miles 2011, s. 221). Om modern får höga poäng i denna intervju kan barnmorskan skicka en remiss till spädbarnsverksamheterna, eller så kan modern söka hjälp på egen hand. Enligt riksdagen (2013) så har Socialstyrelsen blivit ombudade att se till så att mödrahälsovården och barnhälsovården har adekvata kunskapsöversikter, rekommendationer och riktig information kring just förlossningsdepressioner. Detta för att mödrar och barn ska kunna få det stöd och den hjälp de behöver. Socialstyrelsen ska redovisa detta uppdrag i september i år (riksdagen 2013). Sara Miles (2011, s. 227) menar vidare att det finns begränsade resurser för nyförlösta mammor och deras barn då modern drabbas av förlossningsdepression. Författaren (2011) efterfrågar därför lokala stödgrupper, psykiatriskt hjälp och andra typer av stöd för att stötta modern.

I en undersökning som presenterades i den brasilianska tidskriften *Revista Brasileira de Psiquiatria* (2005, s. 446-450), visade det sig att blivande mödrar som varit deprimerade under sina graviditeter löpte 2,4 gånger högre risk att utveckla en förlossningsdepression. Dessa kvinnor är därför särskilt viktiga att stötta redan under graviditetsperioden för att de inte ska utveckla en förlossningsdepression (Faisal-Cury & Rossi Menezes 2012, s. 448).

Tarja Tammentie et al. (2013, s. 26) skriver i sin artikel "Public health nurses in Finland help to prevent postnatal depression" att det går att förebygga förlossningsdepressioner och understryker vikten av att barnmorskor och annan personal på barnavårdscentralerna genomför EPDS intervjuer, med blivande mammor. Författarna menar att det är mycket viktigt att personalen som kommer i kontakt med de blivande mödrarna, och sedermera nyblivna mödrarna, på barnavårdscentralen, är lyhörda och lyssnar på dem och deras partners. Det är viktigt att de får den information och guidning de behöver kring förlossningsdepression, samt samtalsstöd om de behöver det. Arbetet kring dessa mödrar bör även vara familjebaserad och ha fokus på familjen som helhet. Detta innebär i praktiken att de professionella försöker skapa en atmosfär som gör att både mamman och pappan kan komma till tals och berätta hur de och barnet mår. Här är det också viktigt, enligt, Tarja Tammentie et al. (2013, s. 30), att personalen uppmuntrar föräldrarna och försöker styrka dem i deras identiteter som föräldrar. Om personalen lyckas med detta, så kan de, enligt författarna, lyckas med att förebygga förlossningsdepressioner (Tammentie et al. 2013, s. 28-31).

## 2. Metod

### 2.1 Metodval

Då vårt mål var att inhämta empiri genom berörda professioners kunskap och erfarenhet använde vi oss av semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna skedde vid ett personligt möte med professionerna och vi försökte få tillstånd att använda oss av diktafon eller bandspelare under intervjuerna. Detta då vi senare planerade att transkribera intervjuerna för att kunna koda materialet. Främst valde vi bort en kvantitativ metod då vi inte från början hade en teori som vi ville applicera en

hypotes på, utan vi hade från början en frågeställning som vi senare ville besvara med hjälp av en teori (Bryman, 2011, ss.151, ss.345).

## 2.2 Urval

Vi valde att göra ett, enligt Bryman (2011), målinriktat urval vid insamlingen av vår empiri då vi ville intervjua professionella som har kunskap och erfarenhet av fenomenet förlossningsdepression (Bryman 2011, s.434). Dessutom valde vi att utesluta andra verksamheter och professioner, än de på spädbarnsverksamheterna, för att inte undersökningsområdet skulle bli för stort, samt för att vi inte ansåg att andra professioner/verksamheter skulle kunna ge oss den empirin som vi behöver för att undersöka och analysera fenomenet förlossningsdepression. Vi valde även bort möjligheten att intervjua mödrar som lider av förlossningsdepression av etiska skäl, vilket vi diskuterar vidare i avsnittet ”Etiska övervägande”. Urvalet ledde fram till kontakt med olika professioner inom spädbarnsverksamheterna, BUP i Skåne.

Kontakten med spädbarnsverksamheten lyckades vi få genom att vi, via internet, sökte på verksamheter som hanterar den problematik vi valt att undersöka. Vi sökte exempelvis efter ”mamma barn relation Skåne” och ”förlossningsdepression Skåne”, och därefter fick vi träffar på spädbarnsverksamhet BUP Skåne. Sedan ringde vi upp två olika spädbarnsverksamheter i Skåne län, med vilka vi bokade in tider för intervjuer. Spädbarnsverksamheten arbetar förebyggande och med syftet att behandla relationsstörningar mellan förälder och barn (Region Skåne, 2011).

Då vår uppsats berör begrepp som relationsstörning, anknytning, samspel, orsak, symtom och behandling, ansåg vi att dessa verksamheter kunde hjälpa oss att belysa fenomenet förlossningsdepression ur de professionellas perspektiv samt med hjälp av anknytningsteorin.

De yrkeskategorier som vi har intervjuat till detta arbete är två socionomer, en psykiatrisjuksköterska, en barn- och ungdomssjuksköterska, en psykolog och en behandlingsterapeut. Samtliga hade flerårig erfarenhet inom spädbarnsverksamhet och arbetet med anknytning mellan barn och moder. Alla hade vidareutbildningar såsom, familjeterapi utbildning steg 1, Marte Meo utbildning,

familjeterapiutbildning eller annan typ av användbar vidareutbildning. De var samtliga kvinnor och var emellan 39 och 61 år gamla.

## 2.3 Dataanalys

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod i vårt inhämtande av material till denna uppsats. Därför har vi genomfört semistrukturerade intervjuer med personal på fältet, i detta fall, från barnpsykiatrins spädbarnsverksamheter i Skåne län. De vi intervjuat har varit personal av olika personalkategorier som arbetar med mammor och barn som har anknytningsproblem och behöver arbeta med sin relationsetablering. Efter att vi genomförde dessa intervjuer, har vi transkriberat dem och sedermera även kodat dem utifrån våra syften och frågeställningar (Jönsson 2010, s.57). I Jönssons (2010) bok så finns det beskrivet hur kodning kan genomföras. När vi har kodat vårt material så har vi, som Jönsson (2010 s, 56) beskriver, använt oss av de frågor och svar som vi fick under intervjuerna. Vi har kodat manuellt och fokuserat på ord såsom ”orsak”, ”påverkan”, ”behandling” och ”förebygga”. Anledning till att vi valde dessa fyra teman i vår kodning är för att vi i intervjuerna ställde fyra grundfrågor baserade på dessa fyra ämnen. I kodningen var det därför mycket passande att använda oss av dessa ord.

I vårt arbete med att analysera det material vi hämtat in har vi även använt oss av några av de begrepp som återfinns i den teori vi valt. Inom anknytningsteorin finns som tidigare nämnt begrepp såsom trygg bas och inre arbetsmodeller (Broberg et al. 2003, s.116-117).

Teorin använder sig även av olika begrepp för att beskriva lyckad, eller trygg anknytning, samt begrepp som syftar till mindre lyckad eller otrygg anknytning. Men även begrepp såsom säker hamn, temperament, motståndskraft, lokus of Control, riskfaktorer och trygg bas har vi använt oss av. Dessa begrepp har vi också tittat närmare på då vi bearbetat vårt inhämtade material.

Inom Winnicotts objektrelationsteori finns det även användbara begrepp som vi kommer att titta närmare på i bearbetningen och analysen av vårt inhämtade material. Exempel på dessa begrepp kan vara ”good enough mothering”, själv/jag, inre objekt och falskt själv (Broberg, 2008, s.18; Hart & Schwartz, 2010, s. 21).

## 2.4 Litteratursökning

Då vi tidigare under utbildningen läst om anknytningsteorin har vi redan bekantat oss med Anders Brobergs et al. (2003) bok *"Klinisk Barnpsykologi - utveckling på avvägar"*. Vi valde då att söka på Libris efter andra böcker av Anders Broberg och fann snabbt att han skrivit fler böcker inom ämnet. Vi upptäckte att det finns många teoretiker som behandlat ämnet anknytning och forskat kring barnets relation till modern. Vi fick då tips av vår handledare att titta närmare på teoretikern Winnicott och hans böcker om anknytning och mor-, barnrelationen.

Via Libris hemsida sökte den vi böcker inom områdena "förlossningsdepression", "John Bowlby", "anknytning", "graviditet" och "Anders Broberg". På så sätt kunde relevant litteratur lånas hem och användas i uppsatsen. Vi har även till stor del använt oss utav nordvästra Skånes biblioteks hemsida, då vi sökte litteratur som handlade om vårt ämnesområde. Vi använde oss då av sökord såsom "anknytning", "Winnicott", "objektrelationsteori", "förlossningsdepression", "anknytning" och "anknytningsteori", i sökandet på passande litteratur till denna uppsats. De böcker som verkade särskilt relevanta, i förhållande till det fenomen vi valt att undersöka, lånades hem och användes sedan i olika delar av arbetet. Men vi kom även i kontakt med flera andra böcker inom ämnet genom att själva gå till Campus Helsingborgs bibliotek och leta litteratur samt fråga bibliotekarierna om råd i sökandet efter litteratur knuten till ämnet förlossningsdepressioner.

Vidare sökte vi på LUBsearch efter vetenskapliga artiklar knutna till ämnet. Vi gjorde en avancerad sökning där vi klickade i rutan för att artiklarna skulle vara peer-reviewed och i full text. Sedan valde vi att söka med hjälp av dessa sökord; "postnatal depression+mother+infant", "postnatal depression+attachment", "postnatal depression", "postpartum depression+support", "postnatal depression+care" samt "postpartum depression+attachment". På så sätt hittade vi artiklar som berörde vårt ämnesområde.

## 2.5 Metodens förtjänster och begränsningar

Fördelarna med semistrukturerade intervjuer är att intervjun kommer att vara strukturerad på så sätt, att vi har ett schema med frågor som hjälper oss, så att

verkligen få svar på de frågor vi vill undersöka, samtidigt som vi inte behöver följa schemat till punkt och pricka. Då vårt mål med intervjuerna var att få fram erfarenheter och kunskaper hos de professionella, kring förlossningsdepression, valde vi bort den ostrukturerade typen av intervju, eftersom vi trodde att vi annars hade fått mer svar knutna till deras upplevelser än till deras erfarenheter. En semistrukturerad intervju tillåter dessutom följdfrågor och den intervjuade kan även svara mer öppet (Bryman, 2011, s.414-415).

Begränsningarna med denna typ av intervju skulle kunna vara att vi, när vi kodat intervjuerna, finner fler frågor som vi skulle kunna ha ställt. Då vi inte har ett tydligt frågeschema som vi strikt följer finns det en risk att vi i efterhand ser fler möjligheter till följdfrågor. Om vi hade valt att använda oss av den ostrukturerade intervjun hade vi kunnat få till en vidare diskussion kring förlossningsdepression i allmänhet, vilket i sig kanske hade gett oss lika mycket relevant information som de svar vi får på våra semistrukturerade intervjufrågor.

## 2.6 Metodens reliabilitet och validitet

Begreppen ”reliabilitet” och ”validitet” står inom samhällsvetenskaplig forskning som två mycket viktiga kriterier för hur säker en undersökning är. Eftersom vi valt att göra en kvalitativ studie kommer vi att förklara vår metods reliabilitet och validitet så som dessa begrepp passar kvalitativ forskning. Bryman menar, med hjälp av andra författare så som LeCompte & Goetz, att reliabilitet och validitet som begrepp inte fungerar på samma sätt som inom en kvantitativ forskning. Bryman tar därför upp alternativa begrepp för bedömning av en kvalitativ undersökning ”extern och intern reliabilitet”, ”intern och extern validitet” (Bryman, 2011, s. 352-353).

Extern reliabilitet innebär att undersökningen ska kunna upprepas. Detta anses vara svårt att kontrollera i kvalitativa studier men LeCompte & Goetz menar att det i en kvalitativ studie skulle kunna innebära att den andre forskaren, som upprepar en tidigare undersökning, bör försöka göra sig så lik den förste forskaren som möjligt (Bryman, 2011, s. 352). Vår undersökning skulle tack vare att vi gjort en intervjuguide kunna upprepas. Svaren hade kunnat bli annorlunda men teman och kategorier skulle möjligen förbli desamma.

Intern reliabilitet betyder att de som forskar tillsammans ska vara överens med hur de tolkar vad de ser och hör (Bryman, 2011, s. 352). Detta har inte, för oss, varit något problem, då vi har haft samma tolkningar av det material vi fått fram och använt oss av. Intern validitet innefattar en överensstämmelse mellan forskarens observationer och de teoretiska idéer som utvecklas därefter. LeCompte & Goetz menar däremot att detta får bättre styrka desto längre tid forskaren är närvarande och delaktig bland de undersökta (Bryman, 2011, s. 352). Trots att vi enbart använt oss av intervjuer och litteratur i vår undersökning om förlossningsdepression så anser vi att våra observationer stämmer överens med vad vi kommit fram till, fastän vår närvaro ihop med professioner enbart varat i ungefär en till två timmar. Kanske hade det varit annorlunda om vi enbart använt oss av intervjuerna i vår undersökning. I vårt arbete kan vi luta oss tillbaka på vad tidigare forskning och andra forskare har sett och observerat genom den litteratur vi valt att använda oss utav.

Extern validitet betyder att resultaten från undersökningen kan användas i andra miljöer och situationer. Enligt LeCompte & Goetz är detta svårt för kvalitativa forskare då de gärna använder sig av fallstudier och begränsade urval (Bryman, 2011, s. 352). Vi har använt oss av ett begränsat urval i vår undersökning och förlossningsdepression är ett fenomen som är starkt knutet till föräldrar, därför tror vi inte att våra resultat skulle kunna appliceras på andra områden eller individer i andra livssituationer.

Ett annat begrepp som Bryman nämner som alternativt för reliabilitet och validitet inom kvalitativ forskning är ”tillförlitlighet” (Bryman, 2011, s354-356). Då detta begrepp även är relevant att diskutera för vår undersökning väljer vi att kort diskutera detta.

Tillförlitlighet innebär att det som observeras ska stämma väl överens med de teoretiska idéer som uppstår samt ska resultaten kunna generaliseras till andra miljöer och situationer. Undersökningens resultat ska bli samma om man genomför undersökningen igen och forskaren ska vara väl medveten om sina egna värderingar och idéer så att dessa inte medvetet påverkar resultaten (Bryman, 2011, s. 354-356). Vi har i vår undersökning om förlossningsdepression intervjuat professioner som arbetar med förlossningsdepression. De resultat och svar vi fått

genom dessa intervjuer menar vi skulle kunna användas i en annan organisation eller verksamhet som arbetar med förlossningsdepression. Däremot skulle det kunna bli besvärande att använda dessa resultat inom andra områden. I frågan om resultaten skulle bli desamma vid en senare undersökning menar vi att svaren på intervjufrågor inte bör bli annorlunda då vi använt oss av en intervjuguide med öppna frågor och som gett respondenterna en chans att utveckla och bekräfta svaren. Att vi har varit medvetna om våra förförståelser och idéer om förlossningsdepression som fenomen har underlättat undersökningen på så vis att vi öppet diskuterat och funderat över hur detta skulle kunna påverka våra resultat. Vi har dock kommit fram till att förlossningsdepression inte är ett fenomen där vi tagit ståndpunkt, utan vi har med öppna sinnen och utan värderingar tagit till oss de erfarenheter och kunskaper som kommit fram under intervjuerna.

## 2.7 Arbetsfördelning

Då vi är två författare till denna uppsats har vi delvis delat upp arbetet. Tania Nilsson har framförallt arbetat med att skriva metoddelen av detta arbete, samt författat de delar som primärt handlar om Winnicotts objektrelationsteori. Anna Larsson har skrivit delarna "problemformulering", "bakgrund" och "tidigare forskning" samt fokuserat på anknytningsteoretikern Bowlby. Författarna har träffats ett par gånger i veckan och då författat övriga delar tillsammans.

## 2.8 Etiska överväganden

Vi har valt att inte använda oss av föräldrars och barns perspektiv, utan att använda oss av professionernas perspektiv när vi studerat fenomenet förlossningsdepression i detta arbete. Att vi valde de professionellas perspektiv i förhållande till detta ämne var för att vi är mycket intresserade av hur socialt arbete genomförs i förhållande till den aktuella patientgruppen. Vi valde bort att intervjua föräldrarnas och barnens perspektiv just för att vi inte etiskt kunde försvara användning av deras perspektiv. Som Meeuwisse et al. (2008) dessutom nämner, är det inte säkert att vår syn på deras situation överensstämmer med deras egen. Detta kan alltså leda till att våra frågor till dem får dem att betrakta sig själva som svaga/offer samt att all data vi samlar in kommer att tolkas utifrån de begreppen (Meeuwisse et al. 2008, s.241). Dessutom, så vore det enligt oss,



oetiskt att intervjua människor som befinner sig i en pågående depression. Vi menar dessutom att de svar vi sökte fanns hos den grupp av professionella vi bestämde oss för att intervjua. Men självklart följde vi de etiska principerna när vi använde oss av de professionernas perspektiv, vid intervjuerna med de socionomer, sjuksköterskor, behandlingsterapeuter och barnmorskor som vi träffat. I praktiken innebär det att vi låter dem vara anonyma och kommer inte att nämna deras namn eller arbetsplatser i denna uppsats. Vi frågade självklart om tillåtelse innan vi spelade in våra intervjuer på bandspelare och där intervjupersonerna inte samtyckte till detta, så antecknade vi istället. Vi förklarade för dem ingående varför vi ställde de frågor vi ställde, vilka vi var och hur vi skulle använda det inhämtade materialet. De kunde då välja själva om de ville medverka i intervjuerna eller inte. Samtliga tackade dock ja.

Meeuwisse et al. (2008, s. 239-240) beskriver i sin bok "*Forskningsmetodik för socialvetare*" att de vid ett forskningstillfälle, begränsades av de professionellas personalbrist och tidsbrist i sitt forskararbete. Detta har vi också fått erfara i arbetet med denna uppsats. Då vi skulle boka in intervjuer med den personalgrupp vi valt att fokusera på, var det svårt att hitta en tid då vi kunde ses, för att genomföra intervjuerna. De förklarade att de hade en mycket stor arbetsbelastning och att de hade svårt att skapa utrymme i deras fullbokade kalendrar för att hinna med våra intervjuer. Vi fick då vara lyhörda och varsamma i kontakten med dem och vi lät dem, fullt ut, bestämma när och hur vi skulle träffas.

### 3. Teoretiska utgångspunkter

Då vi vill få ett så brett perspektiv som möjligt på det fenomen vi valt att belysa så har vi valt att använda oss av två teorier och teoretiker. Vi har bland annat valt att använda oss av John Bowlbys anknytningsteori för att förstå det fenomen vi valt att belysa i denna uppsats. Vi menar att den kan ge oss ökad förståelse för hur en störd respektive trygg anknytning kan se ut, samt beskriva hur barnet påverkas av detta. Inte bara som spädbarn utan även längre fram i livet. Den andra teorin vi valt att arbeta med är Winnicotts objektrelationsteori. Den handlar i stora drag om barnets relation till modern samt barnets utveckling och behov.

### 3.1 John Bowlbys anknytningsteori

Både hos djuren och människan har modern sina små ungar, fysiskt hos sig. Bowlby menar att anledningen till detta, är att vi innehar de två system som han väljer att kalla för anknytningssystemet och omvårdnadssystemet, är aktiverade (Broberg 2006, s 102). Anknytningssystemet som återfinns hos barnet kan aktiveras och slås av, beroende på vilka situationer barnet befinner sig i och kan aktiveras av såväl inre som yttre faktorer. När det gäller de inre faktorerna är det exempelvis smärta, rädsla, trötthet och hunger som kan aktivera systemet och barnet söker då anknytningspersonens, i detta fall moderns, trygghet och hjälp. När det gäller yttre faktorer kan barnets anknytningssystem aktiveras vid höga ljud, mörker, djur, främlingar eller snabba temperaturförändringar. Då barnet hunnit bli ett par månader gammalt är den primära yttre faktorn, som aktiverar barnets anknytningssystem, separation från denne. Om barnets lämnas ensamt eller ofrivilligt separeras från mamman kommer barnet att reagera på detta i form av att anknytningssystemet slås på och barnet börjar gråta (*ibid.*, s 103-104).

För att försätta anknytningssystemet i viloläge bör föräldern, modern eller vårdnadshavaren trösta barnet genom att hålla det fysiskt, nära intill sig. Detta innebär dock inte att barnet slutar gråta om anknytningssystemet aktiverats av exempelvis hunger, smärta eller trötthet. Men barnet kommer att känna sig mindre upprört om personen den knutit an till, finns närvarande (Broberg 2006, s. 104). Efter att barnet fått den tröst och den uppmärksamhet den behövt kan anknytningssystemet delvis slås av och barnet kan leka och fortsätta att utforska världen. Anknytningssystemet slås inte av helt, men är i viloläge om barnet kan utforska omgivningen med omvårdnadspersonen i närheten (*ibid.*, s 105).

Bowlbys anknytningsteori handlar om hur barnet skapar ett relationellt band till sin närmaste vårdnadshavare. Denna relation leder sedan till mentala representationer eller inre arbetsmodeller, hos barnet. Dessa modeller använder barnet för att förstå sig själv, nära familjemedlemmar och relationen till dessa (Broberg et al. 2003, s.106). Inom teorin finns även begrepp såsom just inre arbetsmodeller, men även begrepp som trygg bas används. Detta begrepp syftar till föräldrarnas förmåga att vara en trygg bas/person för barnet när det nyfiket

utforskar världen, samt att utgöra en hamn/a haven of safety som barnet kan komma tillbaka till, om barnet känner sig osäkert eller hotat (*ibid.*, s.117).

I anknytningsteorin återfinns också olika förklaringsmodeller på olika typer av anknytning. Dessa är trygg anknytning, otrygg anknytning, otrygg men organiserad anknytning samt desorganiserad anknytning (Broberg et al. 2003, s.106). Vi kommer senare i uppsatsen även att beskriva särskilt känsliga faser, skyddsfaktorer, riskfaktorer samt vilken betydelse barnets temperament kan ha för anknytning och utveckling i förhållande till moderns mående. Vi kommer att använda dessa begrepp för att beskriva hur ett barn eventuellt kan påverkas av att moderns förlossningsdepression.

### 3.2 D. W. Winnicotts objektrelationsteori

Winnicott delade upp barn-förälder-relationen i olika stadier. Nyföddhetstiden kallade han för ”holding”, vilket innebär tiden då föräldrarna tar hand om barnet så att det både fysiskt och psykiskt mår bra. Nästa stadium innebär en avvänjning, ”weaning”. Nu vänjer föräldrarna barnet att de inte alltid tar upp och tröstar det utan att det räcker med tröstande ord på håll. Det slutliga stadiet, ”meeting”, sker när barn och förälder möts som nära men ändå som egna separata individer (Karlsson, 2012, s. 30).

Winnicott såg barn som sociala och relationssökande. Normalt befinner sig kvinnan i en primär moderskapsupptagenhet/ primary maternal preoccupation som innebär att mamman i slutet av graviditet och i nyföddhetsperioden är extra öppen och sensitiv för barnet, och alla hennes tankar och hela vardagen kretsar kring barnet. De är nästan som ett, eller som Winnicott uttryckte det: ”Det finns ingen baby” det finns bara ”en baby och en mor” (Karlsson, 2012, s. 36 & 132). I samband med att barnet blir mer självmedvetet och uppfattar sina känslor och upplevelser som egna och skilda från andras, utvecklas barnets ”själv”. Winnicott menade då att när barnet fått en grund för sin tillvaro får det också en känsla av ”själv” (Fonagy, 2007, s. 109).

Spädbarnstiden är mycket avgörande för den psykiska utvecklingen då spädbarnet inte på egen hand kan hantera sina känslor och upplevelser (Fonagy, 2007, s. 109). Winnicott menade att det är upp till de vuxna att skydda barnet från för stark

stimulering och mot obehagliga överraskningar som barnet inte själv kan värja sig emot. Och det är i detta samspel mellan barn och vuxna som barnets ”jag” utvecklas tillsammans med minnet och fantasin (Hwang & Nilsson, 2011, s. 59). Enligt Winnicott kan spädbarn inte skilja på själv och andra och han menade därför att brister i omhändertagandet i spädbarnsåldern låg bakom psykiskt lidande (Wennerberg, 2010, s. 42-43). Barnet formas inte bara av erfarenheter och upplevelser utan även av insikten att mamman finns kvar trots allt vad barnet utsätter henne för. Svarar mamman då inte på rätt sätt eller vid svagt eller bristande omhändertagande skapas ett så kallat ”falskt själv” hos barnet, vilket innebär att barnet anpassar sig till mammans bristande förmåga att se och möta barnets behov (Wennerberg, 2010, s. 60; Broberg, 2008, s. 286).

## 4. Resultat och analys

Under våra intervjuer så ställde vi framför allt fyra övergripande frågor som intervjupersonerna svarade på (se bilaga 1). Olika följdfrågor ställdes, men det var primärt nedanstående fyra frågeställningar som vi fick svar på. Detta var de resultat som utvanns ur intervjuerna:

### 4.1 Orsaker

Orsaker till förlossningsdepression utifrån intervjupersonernas kunskaper och erfarenheter:

– Sociala orsaker, såsom bristande socialt nätverk, dålig ekonomi, att man har många barn sedan tidigare, missbruk, låg utbildningsnivå, att modern har dålig kontakt med sin egen mamma, egna förluster i livet sedan tidigare i form av missfall, ensamhetskänsla, stress, arbetslöshet, att modern är väldigt ung, att barnet inte alls var planerat eller att modern inte ens ville ha barn.

– Psykologiska orsaker, såsom att modern redan tidigare i livet haft depressioner, att modern är skör från början och har svårt för att hantera belastningar eller att modern är utvecklingshämmad.

– Andra orsaker, såsom ett förlossningstrauma, amningsproblematik, eller att pappan återgår i arbete efter barnets födelse.

Under intervjuerna med personalen på fältet fick vi förklarat för oss att det kan finnas många olika anledningar till att nyblivna mödrar drabbas av förlossningsdepressioner och att det oftast beror på flera olika faktorer, i kombination. Att vara ung och bli mor, menade de, inte var en orsak i sig, för att drabbas en förlossningsdepression. Men det, i kombination med att man varken har pengar eller utbildning, dåligt socialt nätverk och/eller ingen kontakt med barnets far exempelvis, kan ge upphov till en förlossningsdepression, menar de professionella vi samtalat med. De förklarade vidare att ca 10-15 % av alla nyblivna mödrar får en förlossningsdepression. Men enligt dem så finns det ett stort mörkertal, då de menar att förlossningsdepressioner är präglade av stigma, vilket gör att en del mammor kanske inte vågar söka vård. En av dem uttryckte detta så här:

”Föräldraskapet och det faktum att man fått barn och blivit mamma, är så starkt förknippat med positiva känslor och att man *ska* vara glad. Men det är man inte, om man drabbats av en förlossningsdepression.” – Socionom

De professionella talade även om vikten av att modern har ett socialt nätverk. De menade att mammor som inte har andra människor omkring sig, som kan hjälpa och stötta henne, löper en större risk för att känna sig ensam i mamma-rollen och föräldraskapet kan då börja kännas övermäktigt. Bowlby menade också att, om mamman har andra människor runt om sig som sköter om henne och hjälper henne under den första tiden som nybliven mamma, så underlättar det även moderns och barnets relationsetablering (Bowlby 2002, s.30-31). Därför är den nyblivna mammans sociala nätverk oerhört viktigt.

”När man fått barn så går man ofta tillbaka till sin egen mamma. Man har oftare kontakt än det man kanske tidigare haft. Man kanske ringer och frågar om råd eller idéer. Kontakten mellan mor och dotter blir ofta starkare i samband med att ett barn föds.” – Sjuksköterska

Under intervjuerna vi genomförde framkom det även att en utlösande faktor för en förlossningsdepression kan vara just ett förlossningstrauma. Att förlossningen inte blev som modern hade tänkt sig eller att något oväntat eller mycket obehagligt hände under förlossningen, kan ses som ett förlossningstrauma. Bowlby framhåller också att om modern fått en positiv upplevelse av förlossningen och

haft möjlighet att vara fysiskt och mentalt närvarande under barnets första levnadstimmar, så ökar chanserna för en god bindning och anknytning avsevärt (Bowlby 2002, s.31-32). Men som de professionella framhöll, så kan en förlossning vara mycket påfrestande, otäck och mödosam för många, men det varierar hur modern hanterar upplevelsen av detta. I dessa fall, förstår vi det som, att det är oerhört viktigt att modern får samtala med en professionell för att bearbeta förlossningen så att hon orkar ta itu med moderskapet.

En annan riskfaktor, som de professionella menade kunde leda till att en depression utlöstes, är om mamman har dålig kontakt med sin egen moder. I boken ”Spädbarnets psykologi” (1999) beskriver Philip Hwang et al. att enligt Winnicott så börjar anknytningen redan när kvinnan är gravid. Modern börjar då föreställa sig barnet i magen och gör barnet till en egen individ, samt skapar en inre ”arbetsmodell” av det. Genom att börja fantisera om barnet, dess egenskaper och utseende, tränar kvinnan inför det kommande moderskapet. Men Winnicott menar här att det inte bara är kvinnans drömmar och önskningar om hur barnet är, som påverkar hennes inre arbetsmodell av barnet, utan även hennes föreställningar om sig själv som mamma och om hur hennes relation till fadern kommer att bli. Dessa föreställningar kommer vidare att påverkas av hur hennes erfarenheter i sin egen barndom och hennes relation till sin egen mamma, ser ut (Hwang et al., 1999, s. 142-143).

Har en kvinna en sämre erfarenhet av sin relation till sin mamma är det alltså lättare för kvinnan att börja tvivla på hur hon ska klara av moderskapet. Att inte ha en bra och stark förebild på moderskap som kvinnan kan bygga sin föreställning på, kan få henne att tvivla på sin egen förmåga. Och att tvivla på sin förmåga som mor är en tydlig faktor när man talar om depression i samband med förlossning menar de professionella. Liksom Winnicott menar de professionella att relationen mellan den nyblivna modern och hennes egen mamma har stor betydelse för hur hon ser på sitt eget föräldraskap. Därför påtalar de professionella att de vid samtal med den nyblivna modern bör tala om hennes relation till hennes egen moder och eventuellt få modern att se hur denna relation påverkar hennes eget moderskap. På detta vis kan de ge henne verktyg till att skilja på hennes relation till den egna modern och hennes relation till barnet.

## 4.2 Påverkan och konsekvenser

### 4.2.1 Så påverkas barnet

Så här kan barnet *påverkas* av moderns depression enligt intervjupersonernas kunskaper och erfarenheter:

– Barnet behöver inte påverkas av moderns depression, det beror på hur starkt barnet är och vilket temperament barnet har.

– Barnet kan utveckla en otrygg anknytning eller en desorganiserad anknytning till modern beroende på att modern inte kan vara delaktig och närvarande i relationen, till följd av sin förlossningsdepression.

– Barnets hjärnas utveckling kan hämmas.

För att ett barn känslomässigt ska kunna knyta an till en person, eller vårdnadshavare, så finns det sex krav som måste uppfyllas. Relationen måste vara varaktig över tid och anknytningen ska ske med en person som inte är utbytbar t.ex. mamman. Personen måste vara känslomässig relevans för barnet och bägge individerna ska vara intresserade av att söka närhet hos varandra. Slutligen så ska båda personerna känna obehag av att ofrivilligt separeras från de andre. Om dessa krav är uppfyllda kan anknytning ske. Om barnet dessutom söker tröst, trygghet och skydd hos modern eller vårdnadshavaren, så har en anknytningsrelation bildats (Broberg 2006, s 55).

Ett barn kan rikta sin uppmärksamhet till andra personer eller söka beskydd hos annan vuxen då den känner sig otrygg, men detta innebär dock inte att barnet knutit an till denna person, då kraven ovan inte är uppfyllda (Broberg 2006, s 57). Enligt de professionella vi intervjuat så tappar en depressiv moder ofta engagemanget och den mentala närvaron till barnet. De menar att om mamman inte är tillgänglig och kan delta i relationen, mellan henne och barnet, så kan det bli mycket svårt för barnet att knyta an till henne ordentligt.

”Lyckas inte barnet och mamman knyta an kan det ju bli en tidig relationsstörning. Barnet vill ju hela tiden söka kontakt, får det då inte moderns svar så kan barnet börja må psykiskt dåligt” - Sjuksköterska

Winnicott menade att om mamman brast i att hålla samman barnet på grund av, exempelvis, en depression så fanns risken att barnet tvingades att bli reaktivt och ge efter för mammans behov. Detta leder i sin tur till, vad han kallade för, "false self", ett falskt själv hos barnet (Winnicott, 1991, s.10, 43; Karlsson, 2012, s.30). Nästa stadium kallar han för "weaning", avvänjning. Under denna period börjar nu barnet använda sig av vad Winnicott kallade för "övergångsobjekt". Övergångsobjektet fungerar som en bro för barnet, mellan att vara ett med modern till att vara ett eget "jag". Det slutliga stadiet, "meeting", sker när barnet och föräldern möts som nära men ändå som egna individer (Phillips, 1991, s. 121-122; Karlsson, 2012, s. 30).

För att barnet ska kunna utvecklas och skapa ett eget "jag" måste barnet alltså få chansen att bli sedd. Detta genom moderns förmåga att ta hand om barnet och kunna se och reagera på de behov som barnet behöver få tillgodosedda. Fungerar denna relation, bör barnet även tillgodose sig ett sunt övergångsobjekt, såsom exempelvis en nalle, för att senare kunna frigöra sig från modern. Inte förrän då, har barnet en chans att utvecklas till ett eget "jag".

Barnets utveckling av det egna jaget påverkas av, om mamman är tillgänglig och kapabel att delta i relationen (egen tolkning av Winnicott). Detta kan dock, i vissa fall, bli problematiskt om barnets moder drabbats av en förlossningsdepression, menar de professionella vi samtalat med.

"Vid en förlossningsdepression kan barnet bli livlinan" – Socionom

Citatet ovan är en utsaga från en socionom som vi samtalade med. Socionomen framhöll att mödrar med förlossningsdepression hanterar sitt barn mycket olika. För vissa kan barnet bli det enda som är viktigt. Mamman kanske inte klarar av någonting i vardagen, men hon klarar av att ta hand om sitt barn. Hon ägnar all sin vakna tid åt barnet och dess behov. Andra mödrar, med förlossningsdepressionsproblematik orkar inte alls med den relationsetablering och den omvårdnad som barnet kräver. Om så är fallet så kan förlossningsdepressionen få mycket stora effekter på barnet, menar socionomen. När en förälder, eller annan anknytningsperson etablerat ett känslomässigt band till sitt barn så kallas detta istället för anknytning, för bindning eller omvårdnadssystem. Bindningen skiljer sig från anknytningen då moderns



bindning inte handlar om att söka skydd och trygghet, utan att om ta hand om och skydda barnet (Broberg 2006, s. 102, 208-210). Barnet främjar denna bindning genom att visa att den föredrar att bli bytt blöja på, eller omhändertagen i största allmänhet, av de personer barnet knutit an till. Barnet stärker även bindningen genom att ge föräldrarna, modern eller vårdnadshavarna sociala leenden eller visar att de är dem enda som kan trösta barnet ordentligt. Detta beteende gör att föräldern känner sig utvald av barnet och känner därmed ansvar för detta (Broberg et al. 2003, s.111-112). Självklart kan denna roll bli mycket svår att axla om man lider av en förlösningsdepression, menar de professionella. För att förebygga eller återuppbygga mammans tillgänglighet behöver mamman få hjälp att se och reagera på barnets reaktioner. Detta kan göras möjligt genom att mamman träffar den professionella som hjälper henne att se barnets signaler vid exempelvis matbordet.

Att få modern att reagera när barnet, exempelvis, söker ögonkontakt är mycket viktigt för ett fortsatt relationsbyggande. Barnet måste tas om hand, få bytt blöjan, få mat och kärlek för att må bra. Men detta beteende underlättas av att barnet, som ovan nämnt, väljer ut sina anknytningspersoner och främjar detta beteende genom exempelvis sociala leende. Detta samspel menar både Broberg och de professionella vi talat med, är viktigt för att barnet ska må bra, bindning ska ske och anknytning etableras. Detta beteende sker naturligt hos de allra flesta, men det kan hämmas av moderns depression, menar den personal vi samtalat med.

"Det finns barn som efter hand, som den deprimerade mamman inte är tillgänglig för barnet, börjar vända sig bort från mamman, och istället bara vill vara med pappan. Eller börjar barnet söka svar och reaktioner och hos andra vuxna. De hittar andra vägar." – Socionom

Anledningen till att barnet så tydligt ignorerar modern och fullständigt tyr sig till fadern, är enligt de intervjupersoner vi samtalat med, att barnet får kontakt och bekräftelse hos fadern, men inte hos modern. Bowlby menade att ett barn, normalt sett knyter an till mellan tre och fem personer under sina första två år. Bortsett från modern, kan dessa personer vara, fader, mor- och farföräldrar, syskon eller andra människor nära barnet. (Broberg 2006, s 57). Att barnet har knutit an till flera individer innebär dock inte att dessa personer är lika viktiga för det, utan

utser ofta en central anknytningsperson. Barnet sätt att välja ut den viktigaste personen kallade Bowlby för "monotropi" (*ibid.*, s.57). Även om mamman inte är frisk, särskilt tillgänglig eller inte bryr sig något vidare om barnet som kommer det alltid att knyta an till sin mamma, menar de intervjupersoner vi talat med. Men barnet kan även ty sig mer eller mindre till andra vuxna också. Om det finns en närvarande och engagerad fader nära barnet så menar de professionella och Bowlby, att det kan vara essentiellt för barnets utveckling. Detta då de menar att andra personer kan främja ett normalt relationsbyggande för barnet även om mamman inte är kapabel till detta, under depressionsperioden.

"Anknytning sker alltid. Barn knyter alltid an, även till dåliga mammor, missbrukande och så också." – Behandlingsterapeut

Ett barn knyter under sina första levnadsår, som tidigare nämnt, an till flera personer (Broberg 2006, s 57). Men dess främlingsrädsla begränsar barnet så att det inte heller knyter an till alla det kommer i kontakt med. Bowlby menade dessutom att ett barn, under sina första tre år, var tvungen att kontinuerligt, under en längre tid anknyta och utveckla relationer till de som är närmast barnet. Om inte detta lyckades menade han, att barnet även i framtiden skulle få det svårt att knyta an till människor och skaffa sig nära känslomässiga relationer. Därför, menade Bowlby, att barnet, då det är mellan två och tre år gammalt, befinner sig i en kritisk fas i anknytningen till sina omvårdnadspersoner. De vi intervjuat har inte lyft fram denna period som extra kritisk för anknytningen, utan istället betonat vikten av att behandla de nyförlösta mammorna med de allra minsta barnen, först. Betydelsen av att snabb behandling sätts in, så fort modern insjuknat, beskrivs även i Sara Miles artikel "Winning the battle: A review of postnatal depression" (2011, s. 211). Författaren menar att just dessa depressioner kan få svåra konsekvenser för såväl moder som barn, om de inte behandlas omgående. Dock menar Bowlby att barnet kan rikta sitt anknytningsbeteende mot någon annan, senare i livet, om modern skulle försvinna eller om barnet skulle förlora någon annan omvårdnadsperson, bara det har lärt sig hur man gör när man knyter an (*ibid.*, s 184-185). Några av de vi intervjuade menade att anknytningen är som skörast precis efter förlossningen. Så drabbas modern av en förlossningsdepression då, så är det extra kritiskt. Om modern däremot insjuknar något senare, är det, enligt dem, möjligt att bygga vidare på den anknytningsbas

som redan finns befintlig hos barnet, efter att mamman tillfrisknat igen. Detta resonemang skiljer sig ifrån det resonemang som Bowlby för om kritiska perioder i anknytningen.

”Det finns inte någon specifik tid som är mer kritisk än någon annan, för ofta så finns det någon annan som barnet kan knyta an till istället. Kanske en pappa, en moster eller en farmor. Barnet söker ju kontakt med alla. Men om mamman lever själv, har ett dåligt socialt nätverk och är deprimerad, så finns det ingen annan för barnet att knyta kontakt med. Då blir det problem.” – Sjuksköterska

I Kay Karlssons (2012) beskrivning av Winnicotts objektrelationsteori fungerar mamman som en spegel för barnet. Winnicott talade om ett ”primary maternal preoccupation”, ”primär moderskapsupptagenhet”, vilket innebär ett tillstånd där mamman är öppen och sensitiv för sitt barn. Hon är som en del av barnet och kan förstå barnet. När barnet har en vuxen som speglar och svarar det så stimuleras och vitaliseras barnet (Karlsson, 2012, s. 36). Men om mamman lider av en förlossningsdepression, kan denna göra att hennes ”primary maternal preoccupation” inte räcker till och barnet blir då inte hennes främsta prioritering.

Winnicott menade att det är genom upplevelsen att bli sedd som barnet utvecklas. Det är nämligen då det börjar uppfatta sig själv och förstå att det finns till. Genom att kunna uppfatta sig själv och finnas till, kan det också börja relatera till andra människor. Då mamman reagerar på och reglerar barnets känslor och behov, så skapas trygg anknytning och vidare kan barnets nervsystem utvecklas (Karlsson, 2012, s. 25). Den personal vi samtalat med angående ämnet, menar dock att mödrar som drabbas av förlossningsdepressioner, i vissa fall, kan bli passiva, inåtvända och har svårt att ibland rikta uppmärksamheten åt barnet och dess behov. På så vis, menar både Winnicott och de professionella, att en förlossningsdepression kan påverka barnets utveckling negativt. Det är därför viktigt för personalen på spädbarnsverksamheterna, att försöka hitta ett stöttande nätverk som kan trösta och avlasta modern. Att få nätverket att förstå hur en förlossningsdepression ter sig och fungerar är ett sätt att hjälpa det sociala nätverket runt modern att lättare hantera hennes depression.

”Barn som inte får den uppmärksamhet det behöver, kan först börja bli skrikiga, svåra att trösta och svåra att lägga. Efter hand kan de även bli slappa i kroppen, sover mycket och svåra att få ögonkontakt med. De har gett upp. Men då har det gått långt.” – Sjuksköterska

I ”Anknytning och samhörighet” (Hart, 2009) beskrivs Winnicotts syn på den normala kontakten mellan mor och barn och dess påverkan på barnets utveckling. I en normal kontakt mellan barn och mamma, så läser modern av och reagerar på barnets signaler, enligt Winnicott. Om barnet exempelvis är upprört, ledset eller rädd, så tröstar och lugnar modern det, vilket minskar barnets stress. Men om modern, till följd av till exempel en depression, inte är kapabel att reagera på rätt sätt, utan visar barnet sina egna känslor och upplevelser, så blir det svårt för barnet att skilja på sina egna känslor från, de känslor som mamman uppvisar. Då tar barnet på sig det sinnestillstånd som modern befinner sig i och förlorar samtidigt sin möjlighet att förstå vad det själv känner. Det viktiga för barnet är att modern kan reglera barnets tillstånd utan att blanda in sina egna behov och känslor. Vid en depression kan modern ha svårt för att göra denna skillnad och detta kan då enligt Winnicott, leda till felreglering hos barnet. Hur mamman reagerar blir en del av barnets självbild och är viktig för barnets utvecklande av självreflektion (Hart, 2009, s. 140-141).

”Vissa, väldigt deprimerade mammor kan börja prata illa om barnet, säga att hon inte tycker om det längre. Det finns mammor som till och med lämnat sitt spädbarn utanför affären och gått därifrån.” – Sjuksköterska

Om omvårdnaden då inte räcker till så kommer barnets psykiska hälsa att hotas. Det finns en risk att barnet utvecklar ett så kallat ”falskt själv”. Detta innebär att barnet skapar ett autoreglerande beteende, vilket resulterar i att barnet blir passivt och fogar sig för kraven ifrån omvärlden, vilket i sin tur leder till att det inte kan reglera sina känslor själv. Då kommer barnet inte kunna socialisera sig och det tappar den viktiga känslan av att vara sig själv (Hart, 2009, s. 135; Hart och Schwartz, 2010, s. 21-22).

#### 4.2.2 Möjliga konsekvenser

Det forskades under nittioalet på barnhemsbarn som under tidig ålder blivit omhändertagna på institutioner bland annat i Rumänien. Det man fann då, var att vissa barn, som omhändertagits av en mängd olika individer, det vill säga personal som haft ett varierande schema, fick det svårt att knyta an till någon av dessa, samt att deras förmåga att utveckla fungerande anknytningsrelationer hämmades. Detta gällde dock endast en del av de barn som var *yngre* än två år, då de bodde på barnhemmet och vårdades där under minst sex månader i sträck. Tyvärr visade denna forskning även att dessa barn inte lyckades erhålla fullt fungerande känslomässiga relationer senare i livet heller (Broberg 2006, s 186). Även Winnicott menade att barn som upplever brister hos omgivningen kan reagera på minst två sätt. Ett sätt är genom aggression och antisocialt beteende som utvecklas av inre och yttre påverkan, såsom den ovan nämnda, samt av avsaknad av en hållande omgivning. Barnet uttrycker sig mer fysiskt, bryr sig mindre om andra och ser sig själv annorlunda än omgivningen. Ett annat sätt är att barnet skapar en falsk självstruktur genom de yttre påverkningar och genom att det ersätter sina gester med den andres. Barnets själv blir då bräckligt och sårbart (Fonagy, 2007, s. 113-114). Detta påtalade även den socionom vi intervjuat.

”Det är otroligt viktigt att andra människor finns nära barnet då det är litet, så att det kan knyta an till någon person. En pappa, en mormor, en farfar, ett syskon, en moster eller annan nära person som kan ge barnet det den behöver under sina första levnadsår. Personen måste finnas till hands för att barnet ska kunna utvecklas på rätt sätt.” – Socionom

Psykologen vi intervjuade, menade också att barnet knyter an de första 1,5 åren av sitt liv, alltså inte under de första tre åren, som Bowlby menade. Hon framhöll att barnet under de tre första åren etablerar en fungerande anknytning och därefter är det svårt för barnet att "ta igen" en utebliven anknytning. Winnicott ansåg att anknytningen startade redan under graviditeten. Han menade att graviditeten fungerade som en övning inför moderskapet. Den relation som barn och mor bygger upp under graviditeten, leder till att de redan känner varandra då de möts för första gången. Förlossningen blir då inte så omvälvande som den annars vore. Denna tidiga bindning underlättar även för modern att knyta an till barnet och

hennes känslighet inför det, skapar en trygghet hos barnet, från första början. Winnicott beskrev den första perioden, mellan en månad före förlossning till sex veckor efter, för ”sensitiv period”. Han menade att mamman under denna tid är extra känslig för sitt barn och detta är naturens sätt att hjälpa dem att knyta an. Om en anknytning inte skulle ske under denna sensitiva period så menade Winnicott att det fanns fler möjligheter till anknytning under hela spädbarnstiden, men att det blev svårare desto äldre barnet hann bli (Hwang et al., 1999, s. 142-144). Samma sak påtalade de professionella som vi intervjuade, då de framhöll vikten av att den nyförlösta modern får hjälp så tidigt som möjligt för att främja anknytningen. Detta är viktigt då de menar att kvinnor som just fått barn, är särskilt förändringsbenägna och kan därför lättare förändra ett ogynnsamt relationsmönster gentemot barnet.

”Barn är olika. Vissa barn är mer signalstarka än andra, de visar tydligt vad de vill. De signalstarka påverkas inte så mycket av mammans depression. Andra barn, som inte är så signalstarka, kanske bara visar små, små tecken på vad de önskar. De påverkas mycket mer och snabbare av mammans mående.”

– Sjuksköterska

Ovan nämnda citat påvisar att barnets egen motståndskraft (resilience) också har stor betydelse för hur barnet kommer att påverkas av moderns förlossningsdepression, enligt de professionella. Detta menar även Broberg (2003) då han framhåller att vissa barn som växer upp under mycket ogynnsamma förhållande *ändå* lyckas mycket bra i livet. Broberg understryker då att dessa barn lyckats tillgodose sig de få stimulerande sidorna av sin barndom (Broberg et al. 2003, s. 78).

Att ens moder lider av en förlossningsdepression till följd av diverse faktorer kan vara en mycket ogynnsam situation för ett litet barn, enligt de professionella vi pratat med. De barn som har stark motståndskraft (resilience) lyckas också med att ta till sig goda influenser utanför den egna familjen. Barnet har lättare att lyckas med detta om det har god social kompetens, bra problemlösningsförmåga, förmågan att kunna förutse händelser samt att barnet har en intellektuell förmåga att se när saker inte är dess eget fel, utan handlar om *andras* tillkortakommanden. Om barnet innehar dessa egenskaper och därmed har, vad man inom

anknytningsteorin brukar kalla, en stark "locus of control". Detta innebär att barnet har ett eget självständigt jag som inte går att ta ifrån det. Vid sidan av "locus of control" är också barnets "känsla av sammanhang" (eller KASAM) viktigt för dess förmåga att klara sig i en dålig miljö (Broberg et al. 2003, s. 79-80). Moders oförutsägbarhet, brist på närvaro och svårigheter att vara en deltagande förälder blir då inte lika svåra för barnet att hantera. Barn är mycket olika på denna punkt och de hanterar därför moderns mående väldigt olika, enligt den personal inom de spädbarnsverksamheterna som vi talat med.

"Om barnet alltid sover när det kommer hit (till spädbarnsverksamheten) så är det ett varningstecken. Om det nyfödda barnet sover de två första gångerna det är här, så är det okej, men sen vill vi se det vaket, i interaktion med sin mamma. För om barnet bara sover, alltid, så kan det ha gett upp! Det har gått in i en deprivation, en spädbarnsdepression." – Socionom

Ett sätt att förstå det sociala arbetets funktion kring förlossningsdepression, utifrån detta citat, är att personalen uppmärksammar brister i relationen mellan modern och barnet. Det är därför viktigt att mamman, barnet och de professionella möts i ett sammanhang där de professionella har en möjlighet att se hur barnet mår i relationen till sin mamma. Detta för att de kan fånga upp att barnet inte mår bra eller eventuellt ha drabbats av en spädbarnsdepression. De professionella vi intervjuade, beskrev även andra konsekvenser som en moders förlossningsdepression kan få för barnets utveckling. Exempel på dessa kunde vara att dessa barn lär sig saker generellt sett senare än andra barn. De menade även att barnets hjärnas utveckling hämmas av att de inte får den stimulans de behöver. De vi intervjuat säger att man uppfattar ofta dessa barn som trögare och senare i sin utveckling. Precis som både Broberg, Bowlby och de professionella talade även Winnicott om att en god anknytning är ett måste för att barnet ska kunna utvecklas, både psykiskt och fysiskt (Karlsson, 2012, s. 36). Inom Bowlbys anknytningsteori talar man om vikten av att barnet får möjlighet att utveckla inre arbetsmodeller och vad de innebär för individen även längre fram i livet. Inre arbetsmodeller som begrepp, syftar på uppfattningar eller representationer av verkligheten som framförallt handlar om vår överlevnad och fortplantning (Broberg 2006, s 130). Dessa erfarenheter och modeller använder barnet sedan för att förstå sig själv, nära familjemedlemmar och relationen till

dessa (Broberg et al. 2003, s.106). Om barnet lyckats erhålla välfungerande, verklighetstroga, inre arbetsmodeller, så har det lyckats få ett mer flexibelt och adaptivt beteende i förhållande till sin omgivning. Det har nämligen lärt sig ungefär hur andra människor agerar och beter sig i förhållande till barnet själv (Broberg 2006, s 61).

”Om barnet är efterlängtat så är det lättare för mamman att se, förstå och tolka barnets signaler och på så sätt tillgodose barnets behov. Barnet känner sig då älskat.” – Socionom

Barnets inre arbetsmodeller om sig själv, baseras alltså på hur den närmaste vårdnadshavaren hanterar och värderar dess vardagliga beteende. Detta kan exemplifieras då ett barn, vars rädsla inte blir tagen på allvar, blir skrämt eller ledset, blir bemött av en irriterad mamma eller får kommentarer från henne som syftar på att barnet borde skärpa sig och inte gråta, får på så sätt lägre känsla av värde än om det hade blivit bemött av närhet och tröst (Broberg 2006, s 131). De professionella vi intervjuat har framhållit att barnet behöver tid och uppmärksamhet av sin mamma för att utveckla dessa inre arbetsmodeller. Men de menar, precis som Broberg nämner ovan, att en deprimerad moder, på grund av sitt tillstånd, kan agera på ett sätt som gör att barnets utvecklande av inre arbetsmodeller hämmas.

”Om mamman inte är tillgänglig mentalt, så utvecklas inte de inre arbetsmodellerna hos barnet, som de annars borde. Då känner inte barnet den säkerhet, trygghet och beskydd som det hade gjort om mamman hade varit mentalt närvarande.” – Behandlingsterapeut

Winnicott talade även han om inre arbetsmodeller, något som han kallade för barnets ”inre objekt”. Författarna Hart och Schwartz beskriver dessa ”inre objekt” i sin bok ”Från interaktion till relation” (2010). Barnets inre objekt är föreställningar och representationer av personer och föremål och det är enligt Winnicott genom dessa inre objekt som barnet skapar sin personlighet. Men skapandet av personligheten är bara möjligt om det finns en tillräckligt bra omvårdnad. Utan den tillräckligt goda omvårdnaden lyckas barnet bara skapa ett, som vi tidigare nämnt, ”falskt själv” (Hart & Schwartz, 2010, s. 20-21). Den behandlingsterapeut vi intervjuade framhöll att mammans närvaro och hennes



agerande måste vara genuint och äkta, annars märker barnet det direkt, och känner sig otryggt.

#### 4.2.3 *Så reagerar barnet*

"Deprimerade mammor har ofta allvarliga barn. Barnen ler aldrig, de är sura. Men möter man alltid mammans stenansikte, hur ska man då veta hur man ler?"

– Behandlingsterapeut

Som beskrivs i citatet ovan så påverkar mammans samspel med barnet det verktyg som barnet får för att interagera med andra personer. Personalen på spädbarnsverksamheterna som vi intervjuat menar att barnets sociala utveckling därför kan hämmas av att barnet inte får se hela känslspektrat hos sin primära omvårdnadsperson, i detta fall mamman. Precis som de professionella, så menar Winnicott (1995) att bristen på känslomässig närvaro från mammans sida, såsom vid en förlossningsdepression, kan få konsekvenser för barnet, samt att det kan leda till att barnet söker efter andra sätt att hitta sig själv, i sin omgivning. En moders ansikte ska normalt spegla barnet, men när så inte sker, så måste barnet hitta något annat att spegla sig i. Det kan ibland finnas något annat hos mamman än bara ansiktet. Exempel på detta kan vara hennes kroppsspråk eller tonfall. Dessutom kan barnet vänja sig vid att inte ha modern som spegel, vilket innebär att den spegling som skulle utveckla barnets själv och barnets förståelse för omvärlden, försvinner (Winnicott, 1995, s. 176-177).

"Om mamman är helt nollställd så får barnet inte den respons det vill ha och barnets samspelsutveckling avstannar. Utan samspel, ingen utveckling."

– Sjuksköterska

Om barnets anknytning till modern är störd av den förlossningsdepression som modern lider av kan barnets beteendemönster förändras. Enligt den personal vi intervjuat så är dessa barn ofta svåra att få att le, stillsamma och sover mer än andra barn. Men de framhåller att barnen kan te sig precis tvärt om. Vissa barn blir skrikiga, jobbiga, försöker driva på mamman hela tiden och gör allt för att försöka få hennes kontakt och uppmärksamhet.

Den behandlingsassistent vi intervjuade menade att barn beter sig olika beroende på att de skaffat sig olika inre arbetsmodeller, som de utgår ifrån i relationen med

andra. Enligt de personer vi intervjuat så kan många av dessa barn och mödrar få svårt med amningen och det blir ett stort problem i vardagen. Barnen kan också bli svåra att lägga och sover inte. De beskriver barnen som allmänt gnälliga. Dock understryker de, allihop, att barn har olika personligheter och är olika individer. Winnicott påstod bland annat att mycket av mor-barn-relationen handlade om vilken läggning barnet har. Han menade att moderns omvårdnad inte är det enda som betyder något för en hållande omgivning, utan stabiliteten och balansen hos barnet självt har också en stor betydelse, framförallt för hur bra den moderliga omvårdnaden blir (Fonagy, 2007, s. 116-117). Det kan därför till en början vara svårt att veta om barnets beteende har med mammans förlossningsdepression och anknytningsproblematiken att göra, eller om det helt enkelt har med barnets temperament och personlighet, att göra, menar de vi intervjuat. Detta beskrivs vidare nedan.

Olika barn är olika aktiva, intensiva och hanterar nya situationer och oväntade förändringar på olika sätt, då de har olika temperament. Om ett barns beteende ska kunna kallas dess temperament så måste beteendet upprepas över tid, inte vara situationsbestämd samt att barnets beteende ska vara genetiskt betingat. (Broberg 2006, s. 284-286) Om barnets beteende uppfyller dessa krav så innebär det att beteendet är en del av barnets temperament och därmed inverkar på hur barnet uppfattas av omgivningen. Om föräldern eller omvårdnadspersonen uppfattar barnet som älskvärt och snällt och därmed omnämner barnet som sådant så får barnet sitt temperament bekräftat. Det innebär också att om barnet benämns som jobbigt, irritabelt, negativt och svårt så kan detta slutligen bli en självuppfyllande profetia. Anledningen till detta är att barnets erfarenheter av omvårdnaden, sitt eget temperament och anknytningserfarenheter, med tiden, bygger dess personlighet (*ibid.*, s. 287). Då personalen på spädbarnsverksamheterna är av samma åsikt som Broberg så försöker de tydliggöra, vid samtal med modern, att anknytningsproblematiken inte alltid enbart beror på hennes omsorgsförmåga, utan att det även ligger i barnets personlighet hur deras relation kan komma att se ut.

”Vissa barn ger aldrig upp i sitt kontaktsökande. De kan till och med söka ögonkontakt med alla det möter i matkön på ICA.” - Sjuksköterska

Adam Phillips skriver i sin bok om Winnicotts arbete, "Winnicott" (1991), att en möjlig konsekvens av en mammas depression var barnet, som tvingades hålla sin deprimerade mor vid liv genom att själv vara mer livlig och vaket. Barnet försöker påverka mammans sinnesstämning och få henne på bättre humör för tillgodose sig en känsla av att finnas till, genom gensvar från modern. Men samtidigt tar barnet på sig mammans skuld-känslor och depression, vilket leder till att barnets egna behov blir sekundära. Trots att barnet varken kan klandras för mammans depression eller förstå den, så har barnet känslan av att behöva gottgöra sin mamma. Winnicott menade att barn till deprimerade mödrar bara kan leva reaktivt och kan inte själv visa mamman vad det behöver, utan måste alltid ta hand om och reagera på mammans behov (Phillips, 1991, s. 99-101).

Även de professionella menar att det ibland är mycket svårt att veta om barnets uppförande beror på anknytningsutvecklingen eller om det beror på dess temperament. Ett barn som håller sig undan och visar undvikande signaler kanske inte alls har en otrygg anknytning utan har ett lugnt och stillsamt temperament. Barn som visar tillfredställelse, entusiasm och glädje kanske också har ett temperament som gör att barnet hanterar svårigheter lättare och oftare är nöjt, i jämförelse med andra barn (Broberg 2006, s. 287). Vad vi vill belysa med detta stycke är alltså att barnets beteende och mående inte uteslutande beror på anknytningen och omsorgspersonens handlande. Vissa barn är alltså vanskligare än andra och en sjuksköterska kallade de barnen för "svåra barn", som enligt henne kan vara mycket besvärliga att behaga.

Wong et al. (2009, s. 829-830) menar även de, att barnets temperament har stor betydelse för dess agerande samt att ett barn, med ett "stressat" temperament, kan löpa större risk än andra barn att sedermera utveckla en otrygg anknytning. De professionella framhöll även att svårigheter i kommunikation och anknytning kan bero på att barnet har en diagnos, såsom autism. En sådan diagnos ställs självklart inte när barnet är nyfött, men det kan vara en förklaring till varför barnet inte har ett normalt anknytningsbeteende.

"Barn som till exempel fötts prematura, varit sjuka efter födseln, fått en infektionssjukdom eller fått sviter efter att de haft gulsot kan göra att de är tröttare och har därför svårare att uttrycka sina behov. Detta kan också gälla barn med

utvecklingsstörning eller annat liknande problem. De kan då bli svårare att tolka och de blir ofta grinigare.” – Sjuksköterska

### 4.3 Förebyggande arbete och behandling

#### 4.3.1 Så kan en förlossningsdepression förebyggas

Förebyggande arbete med förlossningsdepression kan se ut såhär utifrån intervjupersonernas kunskaper och erfarenheter:

- Göra modern medveten om hur viktig hon är i barnets liv.

- Samtal med mödrar som kan vara i riskzon för att drabbas av en förlossningsdepression. Prata om eventuella farhågor, rädslor och förväntningar inför föräldraskapet, samt om hur tidigare graviditeter varit.

Personalen på den ena spädbarnsverksamheten menade att de inte genomför något förebyggande arbete, gällande förlossningsdepression, alls. Däremot arbetade all den övriga personal, vi samtalat med, med förebyggande arbete. Den personal som arbetade förebyggande i förhållande till förlossningsdepressioner förklarade att det arbetet framförall bygger på samtal mellan dem och de blivande mödrarna. Samtalen handlar primärt om farhågor och rädslor inför att bli mamma, inför förlossning eller inför att inte bli en bra mamma. De pratar om mammans förhoppningar och förväntningar på föräldraskapet samt om hon haft en depression eller förlossningsdepression tidigare. Om personalen menar att det verkar finnas behov för modern, så samtalade de även kring mammans egen uppväxt, hennes förebilder och relation till egen mamma. Vikten av detta arbete beskrivs även i Tammentie et al. (2013, s. 28-31) artikel, där de framhåller att personalens viktigaste uppgift är att försöka förbereda dem och styrka modern och fadern i deras identitet som föräldrar eller blivande föräldrar. Lyckas de professionella med detta, så menar Tammentie et al. (2013), att en förlossningsdepression kan förebyggas.

”Om mamman haft en depression tidigare, kan hon söka hjälp hos oss (på spädbarnsverksamheten) redan under graviditeten. Vi brukar försöka lära pappan att se tecken på depression hos mamman. Han ska försöka vara beredd när hon inte plockar upp barnet, inte orkar mata eller ta hand om det. Pappan ska också

försöka göra henne trygg i sitt moderskap så att hon kan undvika att gå in i en förlossningsdepression. Det kan då vara bra om vi sjukskriver pappan, så att han kan vara hemma och stötta mamman just efter förlossningen.”– Sjuksköterska

Då de professionella har förmåga att se mammans och barnets behov av att pappan stannar hemma och stöttar, har de som citatet ovan beskriver, möjlighet och befogenhet att få pappan sjukskriven. Detta för att underlätta och möjliggöra för att ett sunt anknytningsmönster ska kunna utvecklas hos barnet. De professionella framhåller att mycket av det förebyggande arbetet handlar om att förbereda förstföderskor på det faktum att de ska bli föräldrar vilket kommer att förändra mycket i deras liv. De förklarar vidare att det är viktigt för de blivande mammorna att veta att relationen till barnets pappa eller hennes partner kommer att förändras efter att barnet fötts, då de inte längre kommer att vara endast ett par, utan en familj. Personalen menar också att det är mycket viktigt att mamman ska ta det lugnt efter förlossningen. Inte känna att hon måste få gjort en massa saker, som hon kanske tidigare hade gjort, utan istället fokusera på barnet och relationen.

"Vi ber dem att inte sticka iväg till IKEA och Ullared direkt efter förlossningen. Då ska mamman vara hemma med sitt barn." – Socionom

Vidare framhåller, framförallt den psykolog vi intervjuade, att det intressantaste ett spädbarn vet, är mammans ansikte, därför är det viktigt att den får ha sin mamma hos sig, riktad mot sig. Barnet börjar nämligen, sedermera intressera sig för sitt eget medvetande och sin egen betydelse och detta blir viktigare än barnets intresse för sina fysiska behov, om det har blivit omhändertaget på ett tillfredställande sätt. Det märks bland annat genom att barnet hellre ser på mammans ansikte än på hennes bröst (Fonagy, 2007, s. 110-112). Psykologen framhöll därför vikten av att spädbarn ska placeras riktade mot modern och betonade att barnselar där barnet är riktat, utåt från mammans kropp, inte är lämpliga.

#### *4.3.2 Så behandlas en förlossningsdepression*

"Mamman måste bli kär i sitt barn. Normalt sett så startar hormonerna kärleken till barnet under graviditeten och förlossningen, men om man får en förlossningsdepression så kanske man måste jobba länge innan man får fram

kärleken. Vissa mammor känner inte det där kärleksruset när barnet kommer ut, och det ruset kanske aldrig kommer, men man kan hitta kärleken till barnet ändå. Men man måste jobba hårt för det ibland." – Behandlingsterapeuten

Enligt de professionella vi intervjuat så får den deprimerade modern en egen kontakt hos vuxenpsykiatrien där hon får samtalsstöd och medicinering för sin förlossningsdepression. De berättade att de ibland kontaktar dem från redan från BB och ber dem ta emot en deprimerad moder och hennes barn. De poängterade att de som är nyförlösta prioriteras, då det är så viktigt att anknytningen främjas från början. Ju tidigare desto bättre, menar de, då mamman är mycket förändringsbenägen då hon just fått barn. Men de förklarar vidare att mammor gärna ringer till spädbarnsverksamheterna på egen hand, då de menar att mammorna vet att något är fel. En sjuksköterska sa att de ofta känner skuld och skam för att något inte står rätt till. Winnicott ansåg att depressioner i sig, kan ses som något positivt då depressionsperioden är en tid då mamman får möjlighet att återhämta sig mentalt. Depressionen visar även att man kan känna skuld och sorg och enligt Winnicott kan man inte känna omsorg om man inte kan känna sorg. Han var även utav den meningen att man som människa oftast blev starkare, klokare och mer stabil efter en depression (Hwang et al., 1999, s. 224).

Arbete som främjar relationen mellan moder och barn, som de vi talat med, använder sig av kan vara olika typer av samspelsbehandlingar, samtal eller Marte Meo terapi. Vi kommer inte att beskriva dessa vidare, men de handlar, enligt de professionella, om att utveckla kontakten och samspelet mellan förälder och barn. Samt om att modern ska lära sig att svara på barnets, ibland, mycket små signaler, för att kunna tillfredsställa dess behov.

"Vi behandlar inte förlossningsdepressionen. Vi behandlar relationen."

– Behandlingsterapeut

Trygg bas och säker hamn är de mest centrala begreppen inom anknytningsteorin. Dessa begrepp syftar på förälderns förmåga att vara en trygg bas/person för barnets utforskande som gör att det kan känna sig trygg när det undersöker världen, samt att finnas till som en hamn, eller a haven of safety, dit barnet kan återvända om det känner sig hotat eller behöver skydd (Broberg et al. 2003, s.117). Det är enligt de professionella, därför essentiellt för dem att arbeta med

de förlossningsdeprimerade mödrarna, på ett sådant sätt så att de känner igen och kan uppmärksamma barnets signaler och svara på dem. Det är enligt personalen på spädbarnsverksamheterna därför också viktigt att de i det sociala arbetet med förlossningsdeprimerade mödrar, hjälper dem att skapa en trygghet hos barnet så att det vet att modern finns tillhands när barnet behöver henne. Broberg et al. (2003, s.117) nämner även att, om barnet inte känner sig tryggt med modern så påverkas dess nyfikenhet och utforskande av omgivningen då det inte kan vara säkert på att modern finns där om barnet skulle behöva henne.

”Man kan ju hjälpa mamman att se sitt barn och dess önskemål. Man kan säga, till exempel om vi sitter och fikar; ser du nu hur han tittar på dig? Vad tror du han vill nu? Mamman kanske svarar: Han vill ha macka. Och då säger kanske vi, jag tror att han vill prata med dig...” - Sjuksköterska

Winnicott talade om en moder-barn enhet som han menade har tre funktioner som underlättar en sund utveckling hos barnet. Den absolut främsta funktionen är hållandet, ”holding”. Hållandet leder till att barnet kan utveckla sina sensomotoriska element, det vill säga att det med sina sinnen lär sig vad det kan göra med sin kropp och hur omvärlden fungerar. En andra funktion är beröring som i sig skapar gynnsammare förutsättningar för att barnet kan förverkliga sig, själv som ett eget jag. Den tredje funktionen är objektrelaterande som leder till möjligheten att skapa mänskliga relationer (Fonagy, 2007, s. 107).

Den främsta funktionen, holding, beskriver Fonagy (2007) i sin bok om anknytningsteori och psykoanalys. Winnicott menade att känslan av samhörighet uppstår när barnet kan vara ensamt samtidigt som det är tillsammans med någon annan. Det finns tre typiska drag för den hållande omgivningen: Känslan av trygghet måste stämma överens med upplevelsen av den inre världen. Barnets upplevda smärta måste bemötas av en yttre återkoppling, exempelvis av moderns ansikte och hennes tonfall som förklarar för barnet vad det känner. Vidare måste det även kommuniceras att man har tagit sig an obehaget. En trygg anknytning handlar då om att mamman kan förmedla en trygghetskänsla som stämmer överens med barnets inre värld och den otrygga anknytningen är en följd av att mamman har varit avfärdande och inte lyckats spegla barnets smärta (Fonagy, 2007, s. 110-112).

”Vi måste stötta henne i sin mamma roll och vara uppmärksamma på hur hon mår. Hon kan få ångest om vi kräver för mycket av henne. Man kan inte tvinga henne att ta sig an barnet om hon inte klarar av det.” - Sjuksköterska

Winnicott menar vidare att för att barnet ska klara av att skapa och utveckla ett tryggt inre så bör man bara spegla barnets inre tillstånd och mammans egna känslor bör anpassas efter detta. Barnet måste kunna leka på egen hand i mammans närvaro för att en sann känsla av själv ska kunna utvecklas. Därför gäller det för mamman att kunna ge barnet utrymme att glömma bort henne. Har mamman varit otillräcklig i sin omvårdnad kan barnet inte släppa tanken på sin mor (Fonagy, 2007, s. 110-112). På grund av detta, så arbetar de professionella på ett sätt, med de förlossningsdeprimerade mödrarna, som gör att mammorna ska kunna läsa av barnet då de leker på egen hand. Mamman ska kunna se när barnet behöver henne och när det önskar att utforska på egen hand.

#### 4.3.3 *Vad måste behandlas*

"Vissa barn har ett speciellt ljud, ett tonläge. Ett missnöjesljud. Ett bristljud. Detta ljud är helt annorlunda, än det man hör av normalt anknutna barn. Det är pipigt. Man känner igen det direkt." – Behandlingsterapeut

Ungefär 60 % - 70 % av alla barn har vid ett års ålder utvecklat en, enligt Bowlbys anknytningsteori, trygg anknytning till en av sina föräldrar (Broberg et al. 2003, s.118). Barn med trygg anknytning till sina främsta vårdnadshavare använder sina föräldrar som en trygg bas och är säkra på att de kan återvända till dem, som en säker hamn, om de skulle bli hotade under tiden de är ute och utforskar omgivningen (Allmänna barnhuset 2004). Barnets anknytningssystem slås då inte på förrän barnet blivit trött, hungrigt eller ledset eller på grund av yttre faror. När barnet lärt sig, av erfarenhet och trygghet under längre tid, att föräldern eller omsorgspersonen finns tillgänglig och vill hjälpa barnet, så får det en flexibel relation till denna person (Broberg et al. 2003, s.118; 2006 s. 187).

”Trygga barn klarar sig en stund utan mamman, med hjälp av exempelvis ett övergångsobjekt, en snuttefilt eller så, för de vet att mamman kommer tillbaka. Ett barn som har en otrygg anknytning klarar inte detta, för det vet inte om mamman försvunnit för alltid.” – Sjuksköterska



De barn som utvecklat en otrygg anknytning har utvecklat en inre arbetsmodell av sig själva som innebär att de saknar värde och att de inte förtjänar kärlek och omsorg (Broberg 2008 s, 226). Barnet kan utveckla denna typ av anknytning då mor-, barnrelationen inte präglas av lyhördhet, omsorg och förutsägbarhet. En moder som drabbats av en förlossningsdepression blir passiv och inåtvänd, menar den personal vi intervjuat, vilket kan få konsekvenser för barnets anknytningsmönster. Anknytningsteorin menar att det finns två olika typer av otrygg anknytning. Den första är det undvikande anknytningsbeteendet, som innebär att barnet inte på något vis visar att den behöver använda föräldern eller modern som trygg bas (Allmänna barnhuset 2004). De barn som påvisar detta beteende har med stor sannolikhet blivit bemötta på ett negativt sätt av omvårdnadspersonen då de varit känslomässigt behövande "klängiga". De svarar då på föräldrarnas bemötande genom att inte visa behov av tröst och omsorg (Broberg et al. 2003, s.118-119).

Den andra typen av otrygg anknytning kallas för ambivalent anknytning och utvecklas då barnet har mycket svårt att läsa av modern, då hon har ett oförutsägbart beteende (Allmänna barnhuset 2004). Då det passar modern kan hon vara en mycket bra omvårdnadsperson, men interaktionen mellan barnet och mamman, sker i stor utsträckning på hennes villkor och inte på barnets. Barn med ambivalent anknytningsmönster lär sig aldrig att de kan styra samspelet mellan sig själv och modern och får därför en lägre känsla av duglighet.

Dessa barn blir därför ofta mycket passiva alternativt mycket klängiga och gnälliga (Broberg et al. 2003, s.119). Barn med denna typ av anknytning kan även reagera med aggressivitet eller ilska (Broberg 2006, s. 187).

"De barn som klassas som trygga eller ambivalenta i sitt anknytningsmönster har fått en mer närvarande mamma inom sina första 36 månader. Där barnet istället har utvecklat en desorganiserad anknytning, så har mamman inte blivit mer tillgänglig, eller närvarande för barnet, inom 36 månader." – Psykolog

De ovan nämnda anknytningsmönsterna är alla organiserade, vilket innebär att barn med någon av de anknytningstyperna har, under sina första år, haft en förälder som visat ett tillräckligt konsekvent och förutsägbart beteende för att barnet ska ha kunnat skaffa sig en fungerande inre arbetsmodell av sig själv

(Broberg 2006, s. 191). Men det finns ett anknytningsmönster, som enligt den personal vi intervjuat, handlar om att barnet inte alls känner sig tryggt med sin primära omvårdnadsperson. Detta är de desorganiserat anknutna barnen. När barn blir rädda, ledsna eller skrämnda slås deras anknytningssystem på. Om modern eller omsorgspersonen inte finns tillgänglig, så att barnets anknytningssystem kan sättas i viloläge igen, så kan barnet lära sig att avaktivera anknytningssystemet själv (Broberg 2006, s. 192). Barn med denna typ av anknytning har ofta ett motsägelsefullt beteende och kan visa tecken på att de söker närhet, för att sedan direkt visa ett kraftigt undvikande beteende (Broberg 2008, s. 183). Men för att avbryta en sådan osund anknytningsprocess, så krävs det hårt arbete, med anknytningen mellan barn och moder. Personalen på spädbarnsverksamheterna påpekar vikten av att mamman får behandling hos vuxenpsykiatri för sin depression samt antidepressiva mediciner om det behövs.

”Vissa rekommenderar att man inte ammar om man tar antidepressiva preparat för att läkemedlet kan gå över till barnet via mjölken. Men då tycker vi i vissa fall, att det kan vara bättre att sluta amma för att mamman bör ta medicinen mot sin depression istället.” – Sjuksköterska

De professionella vi samtalat med beskriver vidare att mycket samspelsarbete krävs och de träffar mödrarna och deras barn mellan en och två gånger i veckan. Vissa mödrar och barn är i behov av långvarigt stöd och kan behandlas hos spädbarnsverksamheterna upp till ett år. Behandlingen är alltid individuell och varar i ca 2 timmar per session. Det bjuds på mat och fika och miljön är barnanpassad och leksaker, speglar och barnstolar finns i lokalerna. Den personal vi intervjuat kring hur deras arbete bedrivs på spädbarnsverksamheterna, beskriver att det är mycket tydligt när behandlingen av förlossningsdepressionen är färdig och kan avslutas.

”Man ser tydligt att barnet börjar må bättre och att det finns en glädje i samspelet mellan mamman och barnet som kommer naturligt. De behöver inte kämpa för att få det att fungera längre.” – Sjuksköterska

Alla de vi intervjuat har framhållit att det är mycket tydligt när anknytningsbeteendet är på rätt väg, moderns depression är behandlad och relationen har stärkts. De talar om att det de egentligen uppmärksammar är

samspel som inte fungerar och beteende som är osunt. Vidare berättar de professionella att de tydligt kan se när detta beteende är borta och samspelet fungerar. Det fungerande samspel som de talar om baseras på att mamman är närvarande, förstår barnets signaler, tillit har byggts upp och barnet är nöjt. Deras arbete är därmed slutfört. Däremot, påpekar de, att mödrar som tidigare haft förlossningsdepressioner ofta kommer tillbaka till spädbarnsverksamheterna när de blir gravida för andra och/eller tredje gången.

De professionella menar att dessa mammor sannolikt är mer rädda för att drabbas av förlossningsdepression än andra mödrar, vilket gör att de behöver lite extra stöd innan förlossningen. De menar dock att det oftast går mycket bra för dessa mammor, då de inte alls behöver drabbas av ytterligare en depression, även om de haft en tidigare.

"Barnet är kvittot. Mamman kan säga vad hon vill om hur barnet är eller mår, men barnet visar det själv. Så vi ser det" – Behandlingsterapeut

## 5. Avslutande diskussion

I vårt arbete med denna uppsats har vi studerat de professionellas kunskap om förlossningsdepressioners orsaker, hur relationen till barnet påverkas, hur de förebyggs samt hur de behandlas. Vi har även tagit tillvara på deras erfarenheter genom intervjuer, som vi sedan använt oss av för att förstå hur det sociala arbetet kring fenomenet förlossningsdepression fungerar. Det vi kom fram till var att det fanns många olika anledningar till förlossningsdepression och att det är ofta många olika faktorer som gör att mamman insjuknar. Dessa faktorer kan vara både psykologiska och sociala. En av de sociala faktorerna som de professionella framhåller som en risk för att modern drabbas av en förlossningsdepression kan vara att den nyblivna mamman har en dålig relation till sin egen moder. Att denna relation bör fungera tar även Winnicott upp som en betydande omständighet för att mamman ska må bra och ta till sig barnet lättare.

Det är viktigt att de professionella innehar en helhetssyn för att de ska kunna upptäcka om den blivande modern löper höge risk än andra att drabbas av en depression och förebyggande arbete bör då inledas. Att barnet kan påverkas av moderns depression är troligt, men det är dock ingen självklarhet. Enligt de professionella vi samtalat med har moderns sociala nätverk, såsom pappan, en mormor, en moster etc. möjlighet att överta barnets behov av anknytning. Då blir effekterna för barnets utveckling inte lika märkbara. Att barn knyter an till flera personer och att de söker anknytning hos andra än modern framhåller båda de teoretiker vi använt oss av i denna uppsats. De menar också att det är en skyddande faktor för barnet som gör att barnet inte nödvändigtvis far illa av att modern inte är tillgänglig.

Behandlingen av förlossningsdepressioner genomförs av vuxenpsykiatri eller mödravårdscentralen som är helt fristående från det behandlingsarbete som genomförs på spädbarnsverksamheterna. Detta var vi inte medvetna om innan vi samtalat med de professionella. Spädbarnsverksamheterna behandlar moder- barn relationen och fokuserar på anknytning mellan barnet och mamman. Enligt de professionella kan detta arbete vara olika komplicerat och ta olika lång tid.

Vi fann dock att de professionella inte hade samma åsikter som teoretikerna i alla avseenden. Bland annat menar Bowlby att närmande fasen är den mest kritiska fasen anknytningsrelationen. Däremot framhöll de flesta professionella vi intervjuat att den mest kritiska perioden är den, just efter förlossningen, och uppmanar därför till snabb behandling i samband med barnets nedkomst. En sjuksköterska menade dock att det inte finns någon period i anknytningen som är extra känslig, vilket vi fann intressant då denna åsikt skiljde sig från både teoretikernas och de övriga professionellas. Ett annat intressant resonemang är det som Winnicott för om att anknytningen startar redan under graviditeten. Detta var något som varken personalen på spädbarnsverksamheterna eller Bowlby påtalade. De flesta av de professionella som vi intervjuade använde sig av begrepp och hämtade kunskap ur de teorier vi använt oss av i denna uppsats. Detta kan vara en förklaring till att det inte fanns så stora skillnader i de professionellas utlåtande kring anknytning och relationer, i jämförelse med Winnicotts och Bowlbys.

Då vi inte alls fokuserat på barnets relation till pappan i detta arbete så började vi under arbetets gång, fundera över om barnet hade påverkats på samma sätt, som vi beskrivit ovan, om det istället varit pappan som insjuknat i en förlossningsdepression och mamman som varit frisk. Vi funderade också på hur barn som föds prematurt anknyter till sina föräldrar och om föräldrarna lyckas etablera en fungerande bindning och relation till det lilla barnet. Vi undrar vidare om moderns oro inför det för tidigt födda barnets hälsa kan orsaka en förlossningsdepression. Detta anser vi hade varit en intressant utgångspunkt för vidare forskning.

Avslutningsvis vill vi framhålla att de som utför socialt arbete med förlossningsdeprimerade mödrar och deras barn bör inneha en helhetssyn för att kunna uppmärksamma tecken på förlossningsdepression och sedermera behandla dem på bästa möjliga sett. Det är viktigt att de professionella inte bara ser mamman som en deprimerad kvinna utan ser till hennes barn som individ, hennes nätverk och psykologiska belastningar. De kan på så sätt ta tillvara på hennes och barnets styrkor samt arbeta med deras svagheter för att uppnå en lyckad anknytning och relation, mellan dem båda.

## 6. Referenser

- Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Att knyta an, en livsviktig uppgift: om små barns anknytning och samspel*. (2004). Stockholm: Allmänna Barnhuset
- Bowlby, John. (2002). *En trygg bas kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Enskede: TPB
- Broberg, Anders, Almqvist, Kjerstin & Tjus, Tomas (2003). *Klinisk barnpsykologi: utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och kultur
- Broberg, Anders (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. 1. utg. Stockholm: Natur och kultur
- Broberg, Anders (2008). *Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin*. 1. utg. Stockholm: Natur och kultur
- Brodén, Margareta (1997[1989]). *Mor och barn i ingenmansland: intervention under spädbarnsperioden*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Brodén, Margareta (2004). *Graviditetens möjligheter: en tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur och kultur
- Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber
- Deans, Anne (red.) (2008). *Gravid: kroppen, känslorna, förlossningen, barnet*. 2., rev. utg. Stockholm: Bonnier
- Faisal-Cury, Alexandre & Rossi Menezes, Paulo. 2012. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 34 (4): 446-450 DOI: 10.1016/j.rbp.2012.01.003
- Fonagy, Peter (2007). *Anknytningsteori och psykoanalys*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Hart, Susan (2009). *Anknytning och samhörighet*. Malmö: Gleerup

- Hart, Susan & Schwartz, Rikke (2010). *Från interaktion till relation: om anknytningsteori*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Hwang, Philip (red.) (1999). *Spädbarnets psykologi*. Ny, [utök.] utg. Stockholm: Natur och kultur
- Hwang, Philip & Nilsson, Björn (2011). *Utvecklingspsykologi*. 3., rev. utg. Stockholm: Natur och kultur
- Jönson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Karlsson, Kay (2012). *Anknytning: om att tolka samspelet mellan föräldrar och små barn*. 2., [utök.] uppl. Stockholm: Gothia
- McElwain, Nancy L. & Booth-LaForce, Cathryn & Wu, Xiaoying. 2011. Infant–Mother Attachment and Children’s Friendship Quality: Maternal Mental-State Talk as an Intervening Mechanism. *Developmental Psychology* 47 (5): 1295-1311  
DOI: 10.1037/a0024094
- Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans, Eliasson-Lappalainen, Rosmari & Jacobsson, Katarina (red.) (2008). *Forskningsmetodik för socialvetare*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur
- Miles, Sara. 2011. Winning the battle: A review of postnatal depression. *British Journal of Midwifery* 19 (5): 221-227
- Phillips, Adam (1991). *Winnicott*. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- Region Skåne (2011) ”Spädbarnsverksamhet”,  
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Barn--Ungdomspsykiatri/Kontakta-BUP-Skane/0-4-ar/> (2013-03-19)
- Reuter, Antonia (2011). *Nedstämdhet i samband med förlossning: om baby blues och depression under spädbarnstiden*. 1. uppl. Stockholm: Gothia

Riksdagen (2013) "Förlossningsdepression",  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Svar-pa-skriftliga-fragor/Forlossningsdepression\\_H012427/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Svar-pa-skriftliga-fragor/Forlossningsdepression_H012427/) (2013-05-02)

Tammentie, Tarja & Paavilainen, Eija & Åstedt-Kurki, Päivi & Tarkka, Marja-Terttu. 2013. Public health nurses in Finland help to prevent postnatal depression. *Primary Health Care* 23 (1): 26-31

Wennerberg, Tor (2010). *Vi är våra relationer: om anknytning, trauma och dissociation*. 1. uppl. Stockholm: Natur & Kultur

Winnicott, Donald Woods (1991). *Spädbarn och deras mödrar*. Stockholm: Wahlström & Widstrand

Winnicott, Donald Woods (1995). *Lek och verklighet*. 2. utg. Stockholm: Natur och kultur

Wong, Maria S. & Mangelsdorf, Sarah C. & Brown, Geoffrey L. & Neff, Cynthia & Schoppe-Sullivan, Sarah J. 2009. Parental Beliefs, Infant Temperament, and Marital Quality: Associations with Infant–Mother and Infant–Father Attachment. *Journal of Family Psychology* 23 (6): 828-838 DOI: 10.1037/a0016491



## 7. Bilagor

### 7.1 Bilaga 1: Intervjuguide

#### **Intervjuguide - Förlossningsdepression och anknytning**

##### **1. Utifrån er erfarenhet - vilka orsaker kan ni se till förlossningsdepression?**

- skyddsfaktorer
- riskfaktorer
- varför drabbas vissa och inte andra

##### **2. Utifrån er erfarenhet - kan ni se att barnet påverkas av att modern har en förlossningsdepression?**

- på vilket sätt
- hanterar barn det olika
- kritiska perioder

##### **3. Hur kan förlossningsdepression förebyggas?**

##### **4. Hur kan förlossningsdepression avhjälpas?**