



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

# **En studie av en klinisk population inom spädbarns- och småbarnspsykiatri**

**-relationen mellan föräldrars anknytningsmönster, föräldrastress och kontakthanledning.**

**Hanna Radomski Workneh & Nora Kathy**

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018

Handledare: Gisela Priebe  
Examinator: Håkan Johansson

## **Sammanfattning**

Inom späd- och småbarnspsykiatri behandlas familjer av en mängd olika anledningar. Det kan bero på dåligt mående hos föräldern, att känslorna för barnet inte är så starka som förväntat, att relationen mellan barn och förälder är konfliktfylld eller att det finns en oro över barnets symtom. Föreliggande studie syftade till att undersöka och beskriva den kliniska populationen inom två späd- och småbarnspsykiatriska verksamheter i Skåne. Studien hade designen av en deskriptiv, tvärsnittstudie i vilken alla föräldrar som påbörjade behandling tillfrågades om att delta. Studien baserades på 73 föräldrar som fyllt i självskattningsformulär.

Skillnader mellan föräldrar med olika anknytningsmönster i relation till föräldrastress och kontakthanledning undersöktes. Utöver detta undersöktes eventuella könsskillnader. Resultaten visade att föräldrarna i denna studie hade signifikant högre förekomst av symtom på psykisk ohälsa, högre föräldrastress och otrygg anknytning jämfört med normalpopulationen. Föräldrarna med ambivalent anknytningsmönster hade signifikant högre föräldrastress än de andra föräldrarna. De föräldrar som sökte för barnrelaterade problem hade en signifikant högre föräldrastress än de som sökte för föräldrarelaterade problem. Mammorna hade signifikant högre föräldrastress än papporna. Majoriteten av föräldrarna levde i parförhållanden och hade en hög utbildningsnivå.

Kliniska implikationer är vikten av att tidigt upptäcka en hög föräldrastress, samt att förälderns anknytningsmönster och kontakthanledning kan ha betydelse för hur behandlingen bör utformas.

Nyckelord: Anknytningsmönster, Föräldrastress, Kontakthanledning, Parental Stress Index (PSI), Relationship Questionnaire (RQ).

## **Abstract**

In child and infant mental health clinics families are treated for a variety of reasons. It may be that the feelings expressed for the child by the parent may not be as expected, due to the mental health problems of the parent, or that the relationship between the child and parent is filled with conflict, or that there is a parental concern for the child's symptoms. This study aimed at investigating and describing the clinical population in two child and infant mental health clinics in Skåne. The study had the design of a descriptive, cross-sectional study in which all parents who started treatment were asked to participate. The study was based on 73 parents who filled in self-assessment forms.

Distinctions between parents with different attachment patterns were investigated in relation to parental stress and reason for contact. Gender differences were also explored. The results showed that the parents in this study had a significantly higher incidence of symptoms of mental health issues, higher parental stress and insecure attachment compared to the normal population. The parents with ambivalent attachment patterns had significantly higher parental stress than the other parents. The parents who sought contact for child-related problems had a significantly higher parental stress than those who sought for parent-related problems. The mothers showed significantly higher parental stress than the fathers. The majority of parents lived in pair relationships and had a high level of education.

Clinical implications are that the importance of both early detection of high parental stress as well as the parents' attachment patterns and reasons for contact, should be considered when regarding appropriate treatment.

Keywords: attachment patterns, parental stress, reason for contact, Parental Stress Index (PSI), Relationship Questionnaire (RQ).

## Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	4
Inledning .....	6
Teori.....	7
Anknytningsteori.....	7
Inre arbetsmodeller .....	8
Anknytningsmönster hos barn .....	8
Anknytning genom livet .....	10
Anknytning och omvårdnad.....	10
Anknytningsmönster hos vuxna.....	11
Föräldrastress .....	13
Tidigare forskning .....	14
Olika anknytningsmönster ger olika omvårdnad .....	14
Samband mellan anknytningsmönster, föräldrabeteende och föräldrastress .....	15
Samband mellan föräldrastress, omvårdnad och barnets utveckling .....	16
Syfte.....	17
Frågeställningar.....	17
Metod.....	17
Design .....	17
Datainsamling .....	18
Deltagare .....	18
Exklusionskriterier.....	18
Instrument .....	19
Demografiska data.....	19
Kontaktanledning .....	19
Parenting Stress Index Short Form, PSI-SF. ....	19
Relationship Questionnaire, RQ.....	21
Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS .....	21
Dataanalys.....	22
Etiska överväganden .....	22

Resultat .....	23
Hur ser vår kliniska population ut? .....	23
Vilken skillnad finns mellan föräldrar med olika anknytningsmönster i relation till upplevd stress i föräldraskapet? .....	24
Vilken skillnad finns mellan föräldrar som angett kontakthanledning barnrelaterade problem eller föräldrarelaterade problem i relation till upplevd stress? .....	25
Vilka skillnader finns mellan mammor och pappor avseende anknytningsmönster, kontakthanledning och föräldrastress? .....	26
Diskussion .....	27
Beskrivning och analys av populationen .....	27
Relationen mellan föräldrarnas anknytningsmönster och upplevd stress i föräldraskapet .....	29
Kontanledning och föräldrastress .....	31
Föräldrastress, anknytningsmönster och kontakthanledning hos mammor och pappor .....	32
Metoddiskussion .....	33
Sammanfattning och slutsatser .....	35
Fortsatta forskningsuppslag .....	36
Referenser .....	37
Digitala referenser .....	41

## Inledning

Den här studien har som utgångspunkt att undersöka hur föräldrars anknytningsmönster och upplevelse av föräldrastress är relaterade till varandra. Studien genomförs på två spädbarns- och småbarnspsykiatriska mottagningar inom Region Skåne. I dessa verksamheter är målgruppen föräldrar som väntar barn och barn från noll till fyra års ålder som kommer tillsammans med sina föräldrar. Inom spädbarns- och småbarnspsykiatrin behandlas familjer som av olika anledningar befinner sig i kris. Det kan bero på depression eller ångest hos föräldern, att känslorna för barnet är inte så starka som förväntat, eller att föräldern har svårt att trösta eller skapa rutiner för barnet. Det kan också bero på att relationen mellan barn och förälder är konfliktfylld. En del föräldrar är oroliga över sitt barns symtom och upplever att de inte kan hantera barnets beteende. Andra är oroliga för att deras egen psykiska ohälsa och tidiga erfarenheter i nära relationer negativt påverkar relationen till barnet. I fördjupade samtal med föräldrarna framträder många gånger en bild av egna anknytningstrauman och problem i relationen till egna föräldrar. I tidigare studier genomförda inom spädbarns- och småbarnspsykiatrin i Malmö bekräftas ovanstående bild (Tedgård & Råstam, 2016; Tedgård, Råstam & Wirtberg, 2018). Det gemensamma för dessa föräldrar är att de ofta upplever en hög stress i sitt föräldraskap och att de känner starka känslor av otillräcklighet och misslyckande i relation till sina barn.

De grundläggande behandlingsuppgifterna inom spädbarns- och småbarnspsykiatrin är att ge stöd i komplicerade föräldraskap och att stärka barnets förmåga att utveckla en trygg anknytning till sina föräldrar. Behandlingen består av en kombination av samspelsbehandling, i vilken föräldrarna uppmuntras att bli mer lyhörda för sitt barns känslor och initiativ till kontakt, psykoterapi för föräldrarna samt gemensamma föräldrasamtal utifrån ett familjesystemiskt perspektiv (Neander & Engström, 2009; Vårdprogrammet för späda och små barn, Region Skåne 2018).

Vi arbetar själva inom spädbarns- och småbarnspsykiatrin i Skåne och har i samband med den här uppsatsen valt att fördjupa vår förståelse för de familjer vi träffar. Den forskning som gjorts inom området föräldrars anknytning och föräldrastress visar på att det finns motstridiga resultat vad gäller olika sambandsfaktorer. Detta kan bero på olika saker såsom hur mätningarna har gjorts, i vilket land studien är gjord och vilken population som ingått i studien. Det finns sedan tidigare både teoretiskt och empiriskt belägg för att otryggt anknytningsmönster och hög föräldrastress gör föräldraskapet extra svårt och därför också riskerar att påverka relationen mellan barn och förälder på ett negativt sätt (Mikulincer &

Shaver, 2016; Vasquez, Durik, & Hyde, 2002; Nygren, Carstensen, Ludvigsson & Sepa Frostell, 2012).

Att därför undersöka hur det ser ut i den specifika kliniska grupp som vi arbetar med, ser vi således som motiverat, intressant och kliniskt värdefullt. Då syftet är att öka kunskapen och förståelsen kring de familjer vi möter vill vi inledningsvis kartlägga vår kliniska population och därefter undersöka hur olika kombinationer av anknytningsmönster hos föräldern är relaterade till upplevelsen av stress i föräldraskapet.

## **Teori**

Inledningsvis presenteras de grundläggande utgångspunkterna i anknytningsteorin och hur den formar våra inre arbetsmodeller. Därefter kommer ett avsnitt som förklarar de fyra anknytningsmönstren; undvikande, trygg, ambivalent och desorganiserad hos barn för att sedan övergå till hur de påverkar genom livet, hur vårt omvårdnadssystem utvecklas när vi blir föräldrar och hur anknytningsmönster ser ut hos vuxna. Teorin avslutas med ett kort avsnitt om föräldrastress och övergår sedan i ett längre avsnitt som handlar om tidigare forskning. Den tidigare forskningen som presenteras har fokus på olika samband mellan anknytning och föräldrastress.

### **Anknytningsteori**

Anknytningsteorin skapades av Bowlby och beskriver det känslomässiga band som spädbarnet med hjälp av sina affektiva signaler utvecklar till sina föräldrar under de första ca 12 månaderna samt hur barnet med olika beteenden upprätthåller en närhet till sin förälder (Bowlby, 2005). Målet med anknytningssystemet är att barnet ska få skydd och kunna utforska världen på ett tryggt sätt. Anknytningsrelationer kännetecknas av att den som är anknuten söker trygghet, tröst och beskydd hos sin anknytningsperson, speciellt vid stress. Om barnet får trygghet och beskydd när det söker sin förälders närhet kallas anknytningen för trygg, men om barnets närhet till föräldern inte leder till ökad trygghetskänsla och faktiskt beskydd är anknytningen otrygg (Broberg, Granqvist, Ivarsson, & Risholm Mothander, 2006). Ainsworth testade Bowlbys anknytningsteori empiriskt och utvecklade efterhand ett laborietest för ettåringar, Strange Situation på 1960-talet (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2015). Testet undersöker hur barnet relaterar till sin förälder vid separation och återförening, hur barnet kan växla mellan utforskande och trygghetssökande samt om barnet kan använda sig av sin förälder som en trygg bas som lugnar vid stress. Med utgångspunkt i Strange Situation-testet kan barn kategoriseras som tryggt anknutna, otryggt anknutna med undergrupperna ambivalenta och undvikande samt desorganiserade (Broberg et al., 2006).

## **Inre arbetsmodeller**

Bowlby fokuserade i sin forskning på spädbarnets relation till sin mamma, men han var tydlig med att anknytningen påverkar oss genom hela livet "från vaggan till graven" och att den ligger till grund för våra tankar, känslor och beteenden i relationer. Hur detta går till förklaras med hjälp av begreppet inre arbetsmodeller (Bretherton & Munholland, 2008; Broberg et al., 2006). Bowlby menade att anknytningsrelationen och barnets förväntningar på sin anknytningsperson regleras mentalt genom de inre arbetsmodeller som barnet konstruerar utifrån de faktiska erfarenheterna med sin anknytningsperson. Framförallt de erfarenheter som barnet får med sin anknytningsperson då anknytningsystemet är aktiverat, när barnet till exempel är skrämt, sjukt eller ledset, är viktiga vid utformningen av de inre arbetsmodellerna. De inre arbetsmodellerna formas redan hos spädbarnet som både får en inre arbetsmodell av andra utifrån anknytningspersonens tillgänglighet i färo- och stressituationer och en inre modell av sig själv som värdig eller ickevärdig omsorg och uppmärksamhet (Broberg et al., 2006). Modellens syfte är att hjälpa barnet att tolka och förutsäga anknytningspersonens beteenden och känslor för att sedan kunna anpassa och reglera sig själv utifrån den förväntade responsen hos anknytningspersonen. Gemensamt för modellen av självet och andra är därför den samlade erfarenheten av hur tillgänglig eller icke tillgänglig anknytningspersonen har varit för barnet när det sökt tröst och skydd och hur acceptabelt eller oacceptabelt barnet och dess beteende har uppfattats av anknytningspersonen (Broberg et al., 2008). De olika anknytningsmönster som sedan kan observeras hos ettåringen vid till exempel Strange Situation har sin grund i dessa inre arbetsmodeller.

## **Anknytningsmönster hos barn**

I Broberg et al. (2006) och i Mikulincer och Shaver (2016) beskrivs utförligt hur de olika anknytningsmönstren visar sig hos barn. Inledningsvis trodde Ainsworth att de barn som inte visade någon reaktion vid separation från föräldern (de undvikande) var de mest välfungerade barnen, och dessa barn kategoriserades med A-anknytning. Efterhand förstod man dock att dessa barn var mycket stressade. Barnen med B-anknytning (de trygga) och C-anknytning (de ambivalenta) kategoriserades därefter. Det var först vid senare studier som kategorin D-anknytning (de desorganiserade) lades till. Dessa barn kunde till en början inte passas in i tidigare kategorier.

De **tryggt anknutna** barnen (B-anknytning) har olika sätt att hantera separationerna från sin förälder under Strange Situation. Det gemensamma för de tryggt anknutna barnen är att de vid återföreningen kan återkoppla till sin förälder genom att ta emot tröst och fort bli lugnade om de varit ledsna. Om barnet varit lugnt under separationen kan samspelet mellan



förälder och barn återupptas på ett glatt och lugnt sätt. De trygga barnen har en inre arbetsmodell av sin anknytningsperson i vilken denna finns därvid behov som en "trygg hamn" om barnet behöver beskydd, och att föräldern finns där som en "säker bas" att utgå ifrån i sitt utforskande av världen. Barnet har mestadels haft erfarenheter av att föräldern uppmärksammar, förstår och vill ta hand om barnet. Barnets inre modell av sig själv är att det är värd att få omsorg. Mellan 60 och 70% av barnen i en normalpopulation har trygg anknytning (Broberg et al., 2006). De **otryggt undvikande** (A-anknytning) barnen hanterar ofta separationen utan större synbar reaktion, och vid återförening med sin förälder är det typiskt att barnet undviker ögonkontakt och att barn och förälder inte återkopplar direkt. Barnet kan av en yttre betraktare uppfattas som "tryggt" men vid mätningar av hjärtfrekvens och stresshormon visar det sig att barnet är mycket stressat (Broberg et al., 2006). Barn som reagerar på detta sätt har en inre arbetsmodell av att föräldern inte uppskattar barnets känslomässiga behov, utan tvärtom visar ogillande när barnet är klängigt och känslomässigt behövande. Barnet lär sig att få sitt behov av närhet tillgodosett genom att inte ge uttryck för behov av tröst och omsorg och har därmed börjat anpassa sitt eget beteende på ett sätt som innebär att barnen själv tar hand om sina behov. Mellan 15 och 25% av barn i en normalpopulation har undvikande anknytningsmönster (Broberg et al., 2006). De **otryggt ambivalenta** (C-anknytning) barnen reagerar ofta högljutt och upprört vid separation från sin förälder, men det som särskilt kännetecknar detta anknytningsmönster är att barnen vid återförening med sin förälder inte blir lugnat och tröstat, utan att barnet istället kan fortsätta vara frustrerat och upprört. Barnets inre arbetsmodell av sin anknytningsperson är att det är oförutsägbart om personen ska ge närhet och tröst. Samspelet sker oftast på förälderns villkor. Barnets inre modell av sig själv är att det inte kan reglera samspelet med föräldern genom sina behov och barnets förtroende för sin egen förmåga att få sina behov tillgodosedda minskar. Barnet uttrycker sitt anknytningsbehov genom att ängsligt bevaka föräldern eller klänga sig fast vid föräldern och "ta i" för att vid en eventuell fara vara säker på att få sitt behov av skydd tillgodosett. Mellan 5 och 15% av barnen i en normal population har detta anknytningsmönster (Broberg et al., 2006). De **desorganiserade** (D-anknytning) barnen har inget organiserat mönster då samspelet till föräldern under första levnadsåret varit alltför inkonsekvent och i stor utsträckning byggt på rädsla. Vid återförening med sin förälder kan de desorganiserade barnen uppvisa märkliga beteenden såsom exempelvis att gömma sig för föräldern, "frysa" i en rörelse, backa mot sin förälder eller använda stereotypa handrörelser. Anknytningspersonen antas ha bemött barnets behov med skrämmande, oförståeliga och oförutsägbara beteenden och känslor. Detta är den mest bekymmersamma

omvårdnadssituationen för ett spädbarn. Spädbarnet söker instinktivt sin förälder för att få tröst och beskydd, men samtidigt ökar barnets rädsla ju närmare föräldern den kommer. Barn med desorganiserad anknytning har en förhöjd risk att drabbas av psykisk ohälsa senare i livet (Broberg et al., 2006). Det desorganiserade barnet har inte tillräcklig kognitiv förmåga att skapa sig en inre organiserad modell av det inkonsekventa bemötande som barnet fått av sin anknytningsperson (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Desorganiserad anknytning förekommer hos 10-15% av barnen i en normalpopulation (Broberg et al., 2006).

### **Anknytning genom livet**

Det som grundläggs i de faktiska relationella erfarenheterna med anknytningspersonerna under barndomen bildar alltså inre arbetsmodeller av individen själv, andra och samspelet dem emellan. Detta blir sedermera själva kärnan i individens personliga sätt att agera i relationer och förhålla sig i nya situationer från barndomen till vuxenlivet (Mikulincer & Shaver, 2016). Efterhand som barnet blir äldre och utvecklar sina kommunikativa, sociala och kognitiva färdigheter utvecklas även de inre arbetsmodellerna (Bretherton & Munholland, 2008). Psouni, Di Folco, & Zavattini (2015) har forskat om hur skolbarns anknytningserfarenheter påverkar både de inre arbetsmodellerna av andra och av barnet själv. Om anknytningspersonen kunnat fungera som "en trygg bas och säker hamn" blir barnets inre arbetsmodell av sig själv mer positiv och barnet upplever sig som mer värd kärlek och ett känslösamt omhändertagande (Psouni et al., 2015). Hos vuxna är det oftast inte längre en förälder som är den primära anknytningspersonen, utan istället en kärlekspartner (Broberg et al., 2006). Mikulincer och Shaver (2008) menar att sökandet efter närhet till våra anknytningspersoner, framförallt i stunder då vi upplever hot eller nöd, som vid trauma, förlust eller sjukdom, pågår hela livet.

### **Anknytning och omvårdnad**

När individen växer upp och själv blir förälder så aktiveras ett omvårdnadssystem som har samma funktion som anknytningssystemet, det vill säga att skydda avkomman (Bowlby 2005; George & Solomon, 1996). De egna anknytningserfarenheterna och inre arbetsmodellerna ligger till grund för hur en individ ger omvårdnad till sina egna barn (Bretherton & Munholland, 2008). Föräldrarnas sätt att ge omvårdnad är alltså en utveckling av det egna anknytningsmönstret (Solomon & George, 1996). George och Solomon (2008) beskriver hur omvårdnadssystemet utvecklas i och med övergången till föräldrskapet genom graviditet, födsel och nyföddhetsperiod. Det är i skärningspunkten mellan pågående erfarenheter i relation till sitt barn och föräldrarnas egna tidigare anknytningserfarenheter som de inre arbetsmodellerna av omvårdnad skapas. Mikulincer och Shaver (2016) beskriver hur

blivande föräldrar skapar inre arbetsmodeller av sig själva som omvårdnadspersoner. Dessa inre arbetsmodeller styr sedan den vuxnes omvårdnadsbeteende och har betydelse för föräldrarnas förväntningar och känslor i relation till barnet. Omvårdnadssystemet hos föräldern aktiveras genom att föräldern identifierar inre eller yttre förnimmelser hos barnet som barnet kan uppfatta som obehagligt eller som på olika sätt kan vara stressande för barnet. När systemet har blivit aktiverat, aktiveras en uppsättning av beteenden hos föräldern som har till syfte att skydda barnet. När föräldern får signaler från barnet om att det återigen är tillfreds så stängs omvårdnadssystemet tillfälligt ned. Omvårdnadssystemet konkurrerar med andra delar av föräldern, såsom föräldrarnas eget anknytningsystem, parrelationer, relationer till andra barn, förväntningar i yrkeslivet och så vidare. Därför behöver föräldern ofta balansera och väga målen att ta hand om barnet mot andra mål i livet, vilket kan leda till stress i föräldraskapet (Solomon & George, 1996). Omvårdnadsbekymmer har såväl direkt som indirekt påverkan, via föräldrarnas mentala representation av barnet, på upplevd stress hos föräldern (Östberg & Hagekull, 2000)

### **Anknytningsmönster hos vuxna**

Att mäta och kategorisera anknytning hos vuxna kan göras på olika sätt. Adult Attachment Interview (AAI) som skapades av Main med flera, var länge det mest framträdande sättet att mäta anknytning hos vuxna (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010). Det har dock kommit kritik mot AAI då den är tidskrävande och komplicerad att analysera (Waters & Waters, 2006) och andra sätt att kategorisera anknytning har skapats såsom exempelvis Attachment Script Assessment (Waters & Waters, 2006), The Caregiving and Attachment Interview ( Bengtsson & Psouni, 2008) samt olika självskattningsformulär (Bäckström & Holmes 2001; Bartholomew & Horowitz, 1991). De olika instrumenten grundas alla i Bowlbys anknytningsteori och vi kommer här att i detalj beskriva Bartholomew och Horowitz (1991) modell eftersom det är deras självskattningsformulär *Relationship Questionnaire* (RQ) som vi använder i denna studie. Bartholomew och Horowitz modell är en fyrkategorimodell av anknytningsmönster som grundas på Bowlbys teori om inre arbetsmodeller och anknytning. De individuella skillnaderna i anknytningsmönster har systematiserats genom att definiera var personen befinner sig på två olika dimensioner; personens inre arbetsmodell av självet och personens inre arbetsmodell av andra. En persons inre arbetsmodell av självet kan ses som positiv och därmed värdig andras stöd och kärlek, eller negativ, och därmed ovärdig andras stöd och kärlek. Likaså kan personens bild av andra vara positiv eller negativ. Positiv innebär att andra upplevs som pålitliga och tillgängliga för en, negativ innebär att andra upplevs som opålitliga och avvisande (se figur 1.). Med den här

teorin har Bartholomew och Horowitz (1991) kategoriserat fyra sätt att relatera som korresponderar väl med de anknytningsmönster som man tidigare upptäckt hos barn (Broberg, Hjalms & Nevonen, 2001; Bäckström & Holmes 2001). De fyra kategorierna enligt Bartholomew och Horowitz beskrivs nedan:

A=Undvikande och avvisande. (Dismissing/avoidant). Denna anknytningsstil innebär en inre bild av självet som positiv och älskvärd, i kombination med en negativ förväntan på andra människor.

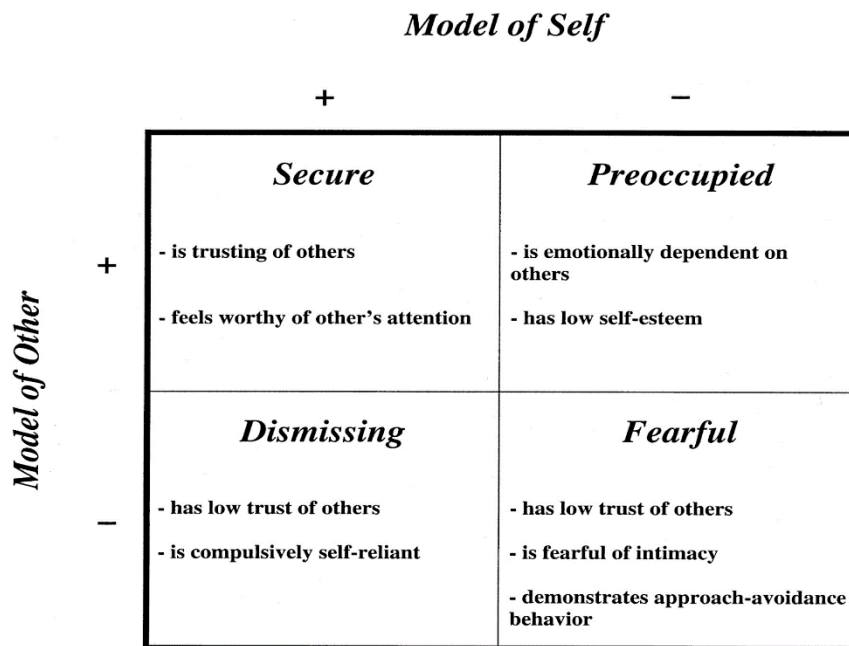
B=Trygg och autonom. (Secure /autonomous). Denna anknytningsstil indikerar både en hög positiv självkänsla av att vara värdig kärlek och en positiv förväntan och inre bild av andra som varandes accepterande, stödjande och responsiva.

C=Ambivalent, ängslig och insnärjd. (Preoccupied/ambivalent/enmeshed). Denna anknytningsstil indikerar en inre arbetsmodell av självet såsom icke-älskvärd men i kombination med en inre arbetsmodell av andra som är positiv.

D=Desorganiserad och rädd. (Fearful/ disorganized/avoidant). Denna anknytningsstil innebär en inre arbetsmodell av självet som icke-älskvärd i kombination med en negativ bild av andra.

Enligt normdata för en vuxen svensk normalpopulation (Broberg, Personlig kommunikation, oktober 2017) är förekomsten av undvikande anknytningsmönster 19 %, tryggt anknytningsmönster 64 %, ambivalent anknytning 10 % och desorganiserad anknytningsmönster 7 %.

Figur 1. Bartholomew & Horowitz modell av anknytning utifrån två dimensioner.



(Bartholomew & Horowitz, 1991)

### Föräldrastress

Alla föräldrar är i olika grad utsatta för stressande omständigheter i sin vardag. Att vara en tillräckligt bra förälder kan betyda olika saker för olika människor. Gemensamt för alla är att föräldraskap innebär hårt arbete, hög grad av stress och att det kräver en hög förmåga till anpassning (Deater-Deckard, 2014; Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005). Teorier som finns om föräldrastress tar upp att det kan förklaras som en balansakt mellan förälderns uppfattning av kraven som ställs i föräldrarollen, barnets unika personlighet, och vilken tillgång föräldern har till resurser för att bemöta dessa krav. Exempel på krav som ställs utifrån barnens behov är uppmärksamhet, omsorgsbehov och reglering av känslor. Exempel på resurser som föräldern har att tillgå kan vara inkomst, hälsa, boendemiljö, egen kompetens samt stöd från andra i nätverket och omgivningen. När kraven överstiger resurserna uppstår stress (Deater-Deckard, 2014).

Den amerikanske spädbarnsforskaren Daniel Stern (1995) har beskrivit föräldrastress som en föräldrakonstellation som kan delas in i fyra fält där varje fält kan ses som utmaningar i föräldraskapet. Första utmaningen handlar om att klara att ta ansvar för barnets överlevnad, tillfredsställa barnets basala behov och ge barnet omsorg. Andra utmaningen har fokus på att barnet behöver känslomässig kontakt, närhet och ömsesidighet. I fältet ingår även att kunna

känna glädje, empati och lyhördhet i relationen till barnet. Den tredje utmaningen handlar om de förändringsprocesser som sker i samband med ett föräldraskap, att reorganisera sin egen identitet till att "bli förälder". Det fjärde fältets utmaning berör generationsperspektivet, att kunna frigöra sig från sin tidigare ursprungsfamilj på ett mentalt inre plan. Detta blir en grund för att skapa goda relationer och ett stödjande nätverk kring barnet (Stern, 1995).

Enligt Carter och McGoldrick (2005) kan föräldrastress förstås utifrån ett livscykelperspektiv. Innebörden är att varje familj genomgår en rad stadier. De huvudsakliga problemen som uppstår är knutna till övergångarna från ett stadium till ett annat. I perioden mellan förändringpunkterna behöver nya familjestrukturer och interaktionsformer arbetas in. Det stadie som handlar om familjetillblivandet, är en period i livet som på ett naturligt sätt öppnar för motivation att förändra men även ställer stora krav på anpassning. Många gånger handlar det om att lämna gamla föreställningar om hur ett föräldraskap ska se ut, samt förväntningar som familjen trodde skulle infrias i samband med barnets födelse (Carter & McGoldrick, 2005).

### **Tidigare forskning**

#### **Olika anknytningsmönster ger olika omvårdnad**

Både föräldrarnas eget anknytningsmönster, de inre arbetsmodellerna och föräldrarnas faktiska omsorgsbeteende som hänger samman med omvårdnadssystemet, förutsäger kvaliteten på barnets anknytning (Shah, Fonagy & Strathearn, 2010). Tryggt anknutna föräldrar har ofta en stabil och konsekvent inre arbetsmodell av sig själva som förälder och av sitt barn. Dessa föräldrar ser ofta sitt barn på ett flexibelt och nyanserat sätt (Bretherton & Munholland, 2008). Mikulincer och Shaver (2016) beskriver tryggt anknutna föräldrars inre arbetsmodeller som positivt laddade avseende att tillhandahålla omsorg. De trygga föräldrarna är bekväma med intimitet och ömsesidigt beroende vilket underlättar för dem att möta sina barns behov (Mikulincer & Shaver, 2016). Kilmann, Vendemia, Parnell och Urbaniak (2009) beskriver hur tryggt anknutna föräldrar tenderar att visa mer kärlek och acceptans gentemot sina barn och uppmuntrar snarare än begränsar deras sociala och emotionella utveckling. Otrygga föräldrar är överlag mer oroliga över separation från sina barn, de har högre grad av upplevd stress i föräldraskapet, mindre glädje i föräldrarollen, upplever sig ofta som mindre kompetenta i föräldraskapet och har oftare negativa mentala representationer av sina barn (Mikulincer & Shaver, 2016). Föräldrar med en undvikande anknytningsstil upplever föräldraskapet som mindre tillfredsställande och meningsfullt. Föräldrarna undervärderar vikten av omsorg och närhet och betonar istället vikten av disciplin (George & Solomon,

2008). Ambivalenta föräldrar har en förhöjd svartsjuka gentemot sina barn och har i studier visat mer fientlighet mot sina spädbarn, som de upplever som störande i den vuxna kärleksrelationen. Det desorganiserade anknytningsmönstret kännetecknas av att föräldern har ett beteende som är hotfullt, obegripligt och skrämmande för barnet. Dessa föräldrar är ofta själva traumatiserade och blir skrämnda av barnets behov av närhet (Mikulincer & Shaver, 2016).

### **Samband mellan anknytningsmönster, föräldrabetende och föräldrastress**

I utvecklandet av det egna föräldraskapet har det egna anknytningsmönstret en betydelse och studier visar att otrygg anknytningsstil hos en förälder är associerat med flera negativa föräldrabetenden såsom bristande konsekvens (Kilman et al., 2009; Coyl, Newland & Freeman, 2010), mindre engagemang (Coyl et al. 2010), mindre omvårdande beteende (Feeney, 2002) och mer observerbart negativt påträngande beteende (Mills-Koonce et al. 2011). Föräldrarnas omvårdnadsbeteende är betydelsefullt för att barnet ska få hjälp att utveckla en tillräckligt god emotionell reglering (Bariola, Hughes & Gullone, 2012). Spädbarn vars föräldrar svarar direkt och regelbundet på deras signaler skriker mindre än de vars föräldrar inte är lika responsiva (Mikulincer & Shaver, 2008).

Tidigare studier har beskrivit sambandet mellan en förälders anknytningsstil och förekomsten av föräldrastress hos föräldern. Gemensamt för dessa studier är att en otrygg anknytningsstil korrelerar med hög föräldrastress. En studie visade starkast samband mellan desorganiserad anknytningsstil och föräldrastress (Vasquez et al., 2002) en annan mellan undvikande anknytning och föräldrastress (Rholes, Simpson & Friedman, 2006; Moreira & Canavarro, 2016) och en tredje studie beskrev starkast samband mellan ambivalent anknytning och hög föräldrastress (Nygren et al., 2012). En trygg anknytning hos föräldern är en skyddande faktor för mödrar mot att drabbas av förhöjd föräldrastress (Mills-Koonce et al., 2007). Att det finns en koppling mellan hög grad av stress i föräldraskapet och negativt föräldrabetende är väl beskrivet och underbyggt i flera studier (Östberg & Hagekull, 2013). Förhöjd stress i föräldraskapet har visat sig leda till att både planerade och impulsiva föräldrabetenden är strängare, mer bestraffande och mindre konsekventa än hos föräldrar med lägre grad av föräldrastress. Föräldrar med hög föräldrastress har ofta negativa inre representationer av sitt barn, är starkt kritiska mot barnet och använder mindre positiva kommentarer då de beskriver sitt barn (George & Solomon, 2008). Hur föräldern upplever situationer med sitt barn är avgörande. Föräldrar som tolkar sitt barns gnällighet och ilska som att det finns illvilliga intentioner bakom beteendet och är mer benägna att hålla sina barn ansvariga för dessa betenden, upplever högre stress. Motsatsen är föräldrar som ser barnets

beteende som en konsekvens av yttre omständigheter eller situationer som blir övermäktiga för barnet. Dessa föräldrar upplever inte en lika hög stresskänsla (Deater-Deckard, 2014).

### **Samband mellan föräldrastress, omvårdnad och barnets utveckling**

Barn har redan från födseln sitt unika temperament. Temperament innefattar bland annat graden av emotionalitet, aktivitetsnivå, uppmärksamhetsförmåga, irritabilitet, självreglering samt hur barnet klarar av och reagerar känslomässigt på situationer och förändringar. Barnets medfödda temperament och den omgivande miljön påverkar varannat i ett intrikat samspel. Barnets temperament påverkar föräldrarnas sätt att agera och hantera situationer, precis som föräldrarnas temperament och sätt att agera påverkar hur barnets utvecklas (Mikulincer & Shaver 2016).

Föräldrastress har visat sig vara relaterat till besvärligt temperament hos spädbarn i flera studier (Gelfand, Teti & Radin Fox, 1992; Östberg & Hagekull, 2000). Föräldrastress och att modern uppfattar sitt barn som "besvärligt" är tätt relaterade till varandra och dessa faktorer i kombination leder ofta till en ond cirkel där barnets besvärlighet ökar föräldrarnas stress och vice versa. Föräldrarnas uppfattning av sina barn är av stor betydelse oavsett hur barnet bedöms utifrån ett objektiva perspektiv. Föräldrarnas uppfattning/inre bild av barnet blir en riktlinje för omhändertagandet av barnet i den dagliga omsorgen. Det faktiska omhändertagandet i sin tur påverkar barnets utveckling (Mäntymaa, Puura, Luoma, Salmelin & Tamminen, 2006).

Crnic et al. (2005) pekar på vikten av att föräldrar har strategier för att hantera den dagliga stressen, eftersom den samlade mängden stress som familjesystemet utsätts för är det som har störst påverkan på föräldraskapet och på barnets utveckling (Crnic et al., 2005). Långvarig föräldrastress visar hög korrelation med barns "besvärliga" beteende och att stressen utgör en störning i interaktionen mellan förälder och barn (Jiménez, Mata, León & Muñoz, 2013; Mikulincer & Shaver, 2016). Att tidigt uppmärksamma och identifiera stress i familjer och ge insatser som reducerar stress har en potential att minska frekvensen och intensiteten av känslomässiga- och kognitiva störningar hos barn (Abidin, 1995).

Olika sorters stöd i föräldraskapet har visat på tydliga samband med lägre föräldrastress. En faktor som tas upp som särskilt viktig när det gäller stöd är det stöd som ges från partnern samt om föräldrarna har samsyn kring barnet (Widarsson, Engström, Berglund, Tydén & Lundberg, 2014). Kvaliteten på parrelationen har betydelse för hanterandet av de förändringar som omställning till att bli förälder innebär. Relationen fungerar som en källa till trygghet när det gäller att hantera konflikter i föräldraskapet. Det är inte bara stressen i föräldraskapet som minskar av tillfredsställelse i parrelationen utan också föräldra-



barnrelationen skyddas från eventuella skadliga effekter av hög stress (Deater-Deckard, 2014). Mikulincer och Shaver (2016) beskriver hur en mängd olika faktorer påverkar föräldraskapet. De beskriver att en stödjande partner kan hjälpa den andra föräldern att bli mer sensitiv i sin omvårdnad av barnet även om föräldern i sig själv har ett otrött anknytningsmönster.

Det finns många anledningar till att föräldrar söker späd- och småbarnspsykiatrin. Vilka inre bilder föräldern har av sitt barn, sig själv som förälder och relationen mellan sig själv och barnet påverkar vilken kontakthanledning de uppger i inledningen av behandlingen. Kontakthanledningarna kan grovt kategoriseras i barnrelaterade- och föräldrarelaterade problem. Hur föräldrarnas psykiska mående ser ut, samt vilken socioekonomisk kontext de befinner sig i är också relevant att undersöka. Därför vill vi i vår kliniska grupp undersöka relationen mellan anknytningsmönster, föräldrastress och kontakthanledning.

### **Syfte**

Med bakgrund i ovanstående teori är syftet med den här studien att fördjupa kunskapen om föräldrar med små barn som söker till späd- och småbarnspsykiatrin.

### **Frågeställningar**

1. Hur ser vår kliniska population ut vad gäller kön, utbildningsnivå, civilstånd, kontakthanledning, anknytningsmönster, föräldrastress, förekomst av ångest- och depressiva symtom?
2. Vilka skillnader finns mellan olika anknytningsmönster hos föräldrarna i relation till upplevd stress i föräldraskapet?
3. Vilka skillnader finns mellan föräldrar som angett kontakthanledningarna barnrelaterade eller föräldrarelaterade problem i relation till grad av upplevd stress?
4. Vilka skillnader finns mellan mammor och pappor avseende anknytningsmönster, kontakthanledning och föräldrastress?

### **Metod**

#### **Design**

Vi har gjort en deskriptiv tvärsnittsstudie som undersöker föräldrar som kommer med sina barn för behandling på två mottagningar inom späd- och småbarnspsykiatrin i Skåne.

## **Datainsamling**

Vår studie var en liten del av en större longitudinell utvärderingsstudie av späd- och småbarnspsykiatri i Malmö och Trelleborg som kommer att pågå i 18 månader. Vår studie har enbart analyserat resultat från T1, det vill säga i uppstarten av behandlingskontakten. Syftet med den större utvärderingsstudien är att utvärdera behandlingsresultaten genom att föräldrarna ombeds att fylla i självskattningsformulär vid ytterligare två tillfällen, efter 6 månader (T2) samt efter ytterligare 12 månader (T3).

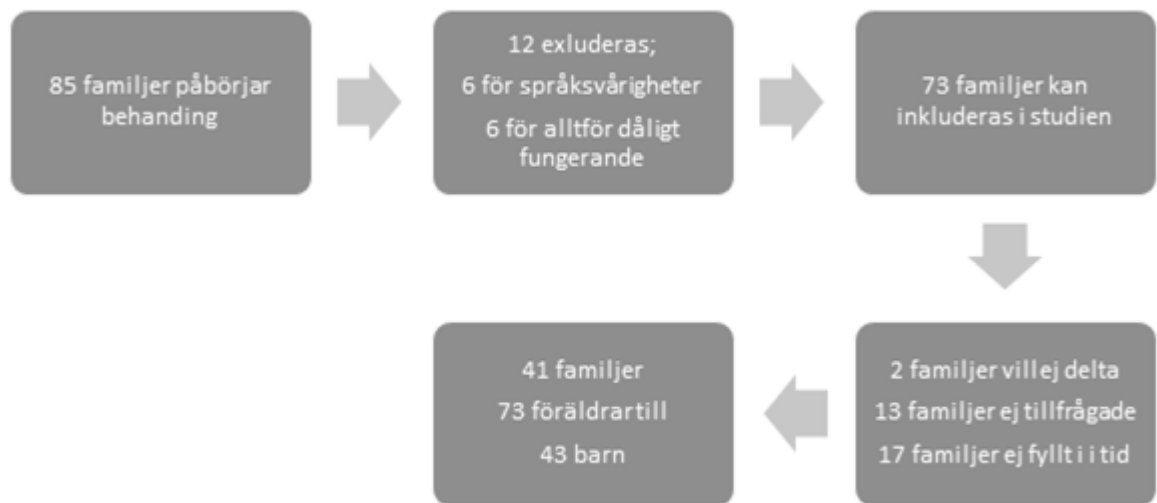
## **Deltagare**

Alla nystartade behandlingsärenden från mars 2017 till januari 2018 har erbjudits att delta i studien. Föräldrarna tillfrågades om deltagande i studien av sina respektive behandlare, muntlig och skriftlig information gavs. De föräldrar som lämnade sitt skriftliga samtycke fick enkäter av sina respektive behandlare att fylla i vid det första behandlingstillfället. Sex familjer har exkluderats på grund av språksvårigheter och sex familjer har exkluderats på grund av alltför dåligt psykiskt mående och allmänt fungerande. Dessa tolv familjer exkluderades från början och blev aldrig tillfrågade om att delta i studien. Två familjer har tackat nej till att delta i studien, tretton familjer har inte tillfrågats om medverkan i studien. Detta kan förklaras med att deras behandlingskontakt var kort (1-3 besök) och på grund av oklarheter från behandlarnas sida i tillvägagångsättet vid tillfrågandet om deltagande i inledningen av studien. Sjutton familjer lämnade inte in enkäterna innan utsatt slutdatum för denna studie. Sammantaget blev det ett bortfall på 44 %. Sammanlagt har sjuttiofyra föräldrar från fyrtioen familjer deltagit i studien (se figur 2). Ifyllda formulär mottogs av administrativ sekreterare för kodning, avidentifiering och förvaring.

## **Exklusionskriterier**

De föräldrar som av sina behandlare bedömts inte kunna fylla i enkäterna på egen hand på grund av otillräckliga språkkunskaper eller på grund av alltför dåligt psykiskt mående och fungerande.

Figur 2. Flödesschema över deltagarna



### Instrument

**Demografiska data.** Deltagarna har fått fylla i uppgifter om civilstånd, kön, utbildningsnivå och barnets ålder.

**Kontaktanledning.** Föräldrarna fick skriva i fritext vilken anledning som fanns till att de sökt eller blivit remitterade till Späd- och småbarnspsykiatri. Vi har sedan gjort en klinisk bedömning av föräldrarnas svar och kategoriserat deras svar i två kategorier, barnrelaterade problem eller föräldrarelaterade problem. En förälder som har svarat exempelvis "Jag har känt mig ledsen sedan mitt barn föddes. Jag kan inte glädja mig alls för att ha blivit förälder" har vi kategoriserat som föräldrarelaterade problem. En förälder som svarat exempelvis "Mitt barn blir ofta argt och får utbrott som jag inte kan hantera" har vi kategoriserat som barnrelaterade problem.

**Parenting Stress Index Short Form, PSI-SF.** (Abidin 1995). PSI har som syfte att tidigt uppmärksamma och identifiera stress i föräldra-barnsystemet. PSI-3-SF består av 36 påståenden indelade i tre delskalor; Parental Distress (PD), Parent-Child Dysfunctional Interaction (P-CDI) och Difficult Child (DC), samt en helhetsskala, Total Stress, som mäter den upplevda föräldrastressen i sin helhet. PSI Short Form har utvecklats på klinikers efterfrågan om ett lätthanterat instrument som går vidare för föräldrarna att fylla i. Alla frågorna härstammar från Parenting Stress Index som är ett mer omfattande

självskattningsformulär som består av 120 frågor. Resultat från flera studier har gett stöd för att PSI-SF har goda psykometriska egenskaper, då det testats som mätinstrument i högriskfamiljer med småbarn (Barroso, Hungerford, Garcia, Graziano, & Bagner, 2016; Perez-Padilla, Menéndez & Lozano, 2015). Vi har utgått från cutoffvärdet som anges i manualen (Abidin 1995) där föräldrar som skattat från 85:e percentilen och högre antas ha en förhöjd föräldrastress. I vår studie var Cronbachs alfa .934 för hela skalan.

För de 36 olika påståendena ska respondenten kryssa för hur väl det stämmer för dem på en femgradig skala från 1 "stämmer inte alls" till 5 "stämmer mycket bra", där höga siffror indikerar högre grad av stress. En del frågor är vända för att öka tillförlitligheten i testet. Höga totalpoäng på de olika delskalorna över den 85:e percentilen indikerar förhöjd stress.

*Parental Distress (PD)* skalan innehåller 12 påståenden och mäter den stress som är direkt kopplad till föräldrarnas upplevelse av stress i föräldrarollen, känsla av kompetens som förälder, avsaknad av socialt stöd, konflikt i relation till den andra föräldern samt förekomst av depression. Exempel på påståenden här är "Jag känner mig fångad i mitt ansvar som förälder" och "Att få barn har orsakat fler problem i relationen till min partner än jag hade förväntat mig".

*Parent-Child Dysfunctional Interaction (P-CDI)* skalan innehåller 12 påståenden och fokuserar på föräldrarnas uppfattning av sitt barn, och hur barnet motsvarar föräldrarnas förväntningar. Höga poäng på denna skala antyder att barnet ses som ett negativt element i föräldrarnas liv. Föräldern projicerar ofta sina negativa känslor på barnet och föräldern upplever sig ofta som utnyttjad eller avvisad av barnet och deras samspel, och föräldern är besviken och känner främlingskap gentemot sitt barn. Exempel på påståenden är "Ibland känner jag att mitt barn inte tycker om mig och inte vill vara nära mig" och "Mitt barn verkar inte lära sig lika fort som de flesta barn".

*Difficult Child (DC)* skalan innehåller 12 påståenden och fokuserar på specifika egenskaper hos barnet som gör det antingen lätt eller svårt att hantera. Dessa egenskaper antas påverkas av både barnets eget temperament och av inlärda beteenden. Höga siffror hos föräldrar till barn under 18 månader indikerar att barnet kan ha stora bekymmer med självreglering som kan bero på fysiologiska (exempelvis kolik och allergi) eller temperamentsmässiga orsaker. Exempel på påståenden är "Mitt barn visade sig vara besvärligare än jag hade förväntat mig" och "När mitt barn vaknar är han/hon oftast på dåligt humör".

*Total Stress*, sammanfattar de ovanstående skalorna och ger en indikation på individens upplevda föräldrastress i sin helhet.

**Relationship Questionnaire, RQ.** RQ (Bartholomew & Horowitz, 1991) är ett självskattningsformulär designat för att mäta fyra kategorier av anknytning (A-undvikande, B-trygg, C-ambivalent och D-desorganiserad) genom att använda en kombination av personens självbild (positiv eller negativ) och inre bild av andra människor (positiv eller negativ).

Respondenten får läsa en beskrivning av vart och ett av anknytningsmönstren och ombeds att på en 7-gradig skala från 1 "stämmer inte alls" till 7 "stämmer mycket bra" skatta hur väl beskrivningarna av de fyra mönstren motsvarar deras egna erfarenheter. Exempelvis B-anknytning (trygg), "Det är lätt för mig att komma känslomässigt nära andra människor. Jag är tillfreds med att vara beroende av andra och med att veta att andra är beroende av mig. Jag är inte orolig för att vara ensam eller för att andra inte skall acceptera mig". C-anknytning (ambivalent) beskrivs på följande vis "Jag vill vara känslomässigt helt nära andra, men ofta tycker jag att andra är ovilliga att komma mig så nära som jag skulle önska. Jag känner mig illa till mods utan nära relationer, men ibland oroar jag mig för att andra inte uppskattar mig lika mycket som jag uppskattar dem". Därefter ombeds respondenten ringa in det av de fyra anknytningsmönstren som de tycker passar bäst. Vid rättning av formulären görs en sammantagen bedömning av föräldrarnas skattade värden och vilket anknytningsmönster de själva anser stämmer bäst överens. RQ har validerats gentemot anknytningsintervjuer (Griffin & Bartholomew, 1994; Crowell, Treboux & Waters, 1999) och andra självskattningsformulär (Ravitz et al., 2010) och hänger väl samman med en teoretisk syn på vuxenanknytning. Instrumentets svenska version har goda psykometriska egenskaper för att mäta anknytningsstil (Bäckstöm & Holmes, 2001) och det finns svenska normer (Broberg, Personlig kommunikation, oktober 2017).

**Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS.** Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) är ett välanvänt och beprövat självskattningsformulär (Snaith 2003, Zygmund & Snaith, 1983). HADS består av 14 delfrågor, 7 för ångest och 7 för depression. På varje delfråga kan deltagarna fylla i svarsalternativ från 0-3 angående hur väl påståendet stämmer överens med hur respondenten har upplevt sin situation den senaste veckan. Höga siffror indikerar mer problem. Resultaten för de olika delskalorna delas upp i fyra kategorier enligt följande 0-7 normal, 8-10 mild, 11-14 måttlig, 15-21 svår (Snaith, 2003). Vi har i denna studie använt en cut off på 8 (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002) och resultaten har jämförts med svenska normer (Lisspers, Nygren & Söderman, 1997). Cronbachs alfa på HADS i vår studie var .870.

## **Dataanalys**

Vi har undersökt föräldrarnas självskattade anknytningsmönster och grad av föräldrastress. Vi har även kategoriserat föräldrarna utifrån vilken kontakthantering de själva angivit som orsak till behandlingskontakten, det vill säga föräldrarelaterade problem eller barnrelaterade problem. Vi har sedan undersökt skillnader och samband mellan anknytningsmönster, föräldrastress och kontakthantering. Vi har även undersökt skillnader mellan mammor och pappor avseende anknytningsmönster, föräldrastress och kontakthantering. Då vi har studerat skillnaderna mellan kön har de ickebinära föräldrarna (två personer) exkluderats för att möjliggöra de statistiska beräkningarna. Med undantag av de två exkluderade föräldrarna tillhörde de övriga föräldrarna heterosexuella par eller var ensamstående, därför har vi valt att använda kategorierna mammor och pappor i våra resultat och diskussion. Vi har även tittat på sambanden i föräldrarnas självskattade svar vid ett mättillfälle, i inledningen av behandlingen.

Resultaten har analyserats med hjälp av statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Deskriptiv statistik med procent, medelvärden och standardavvikelser har beräknats. Signifikansnivåer avseende skillnader mellan olika anknytningsmönster och föräldrastress har beräknats med hjälp av Anova. Skillnader mellan kön i samband med föräldrastress, samt skillnader mellan kontakthantering i samband med föräldrastress har beräknats med t-test. Reliabiliteten på de instrument som används är kontrollerad med Cronbachs alfa. Då normer har funnits att tillgå (för RQ, PSI och HADS) har beräkningar gjorts (Quick Calcs, 2018) för att beräkna skillnaden mellan vår kliniska population och normgruppen med hjälp av t-test.

## **Etiska överväganden**

Den stora utvärderingsstudien som vi är en del av är godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Lund (2016/1021). Frågorna i formulären kan väcka smärtsamma minnen eller en känsla av egen brist och otillräcklighet hos föräldern. Alla deltagare i studien har en pågående behandlingskontakt vid spädbarns- och småbarnspsykiatri vid tidpunkten då de deltog i studien. Behandlingen på spädbarns- och småbarnspsykiatri syftar till att hjälpa föräldrarna att fundera över sin roll som förälder och relationen till sitt barn så det är en stor möjlighet att föräldrarnas reflektioner kan användas konstruktivt i behandlingen. Ökad beredskap för att fånga upp tankar och känslor har funnits hos behandlarna i verksamheten under perioden för undersökningen. Föräldrarna har inte erhållit någon ersättning för sitt deltagande i studien, och deltagandet har ej heller påverkat vilken behandling de har fått.

## **Resultat**

I resultatdelen redovisas först deskriptiva data avseende kön hos föräldrar, utbildningsnivå, civilstånd, kontakthanledning, barnets ålder, förhöjd stress hos föräldern, förekomst av depressiva- och ångestrelaterade symtom hos föräldern och anknytningsmönster hos föräldern. Därefter redovisas skillnader mellan anknytningsmönster relaterat till upplevd stress hos föräldern. Vidare presenteras skillnader som finns mellan föräldrar som angett kontakthanledning barnrelaterade problem eller föräldrarelaterade problem i relation till upplevd stress. Slutligen redovisas resultat avseende skillnader mellan mammor och pappor avseende anknytningsmönster, kontakthanledning och föräldrastress.

### **Hur ser vår kliniska population ut?**

Resultatet av den deskriptiva statistiken för den demografiska datan presenteras i tabell 1 nedan. Undersökningsgruppen bestod av fyrtioen familjer, sjuttiotre föräldrar till fyrtiotre barn. Majoriteten av föräldrarna i studien har en hög utbildningsnivå och lever i parförhållande. Det finns en signifikant högre föräldrastress hos de undersökta föräldrarna jämfört med en amerikansk normalpopulation, samt en signifikant högre förekomst av ångest- och depressiva symtom jämfört med en svensk normalpopulation.

Tabell 1. Demografiska data och föräldrarnas mående

	<i>N (%)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Normdata M (SD)</i>	<i>p-värde</i>
<b>Kön</b>				
mammor	41 (56)			
pappor	30 (41)			
annan	2 (3)			
<b>Utbildningsnivå</b>				
grundskola	3 (4)			
gymnasium	23 (32)			
universitet/högskola	46 (63)			
<b>Civilstånd</b>				
gifta sammanboende	63 (86)			
ensamstående	9 (12)			
annan	1 (1)			
<b>Kontaktanledning</b>				
Föräldrarelaterade problem	44 (60)			
Barnrelaterade problem	29 (40)			
<b>Barnets ålder</b>				
spädbarn (0-17 mån)	16 (37)			
småbarn (18-48 mån)	27 (63)			
<b>Förhöjd föräldrastress (PSI)</b>	33 (45)	85.35(25.968)	71.(15.4) <sup>a</sup>	<.001
<b>Förekomst av depressiva symtom (HADS)</b>	34 (47)	6.61(3.714)	3.98(3.46) <sup>b</sup>	<.001
<b>Förekomst av ångestsymtom (HADS)</b>	44 (61)	8.74(4.469)	4.55(3.73) <sup>c</sup>	<.001
<b>Anknytningsmönster hos föräldrar (RQ)</b>				
A - Undvikande	13 (18)		19% <sup>d</sup>	
B - Trygg	29 (40)		64%	
C - Ambivalent	19 (26)		11%	
D - Desorganiserad	12 (16)		7%	

<sup>a</sup>Abidin (1995), <sup>b</sup> Lisspers et al., (1997), <sup>c</sup> Lisspers et al., (1997), <sup>d</sup> Broberg (Personlig kommunikation, oktober 2017).

### Vilken skillnad finns mellan föräldrar med olika anknytningsmönster i relation till upplevd stress i föräldraskapet?

När vi har analyserat föräldrarnas svar avseende föräldrastress, se tabell 2 nedan, är det ett delvis bortfall på grund av att två respondenter inte har fyllt i alla delskalor. När vi jämfört medelvärden vad gäller föräldrarnas svar på stressskalorna i PSI framkom signifikant skillnad mellan de olika anknytningsmönstren, förutom på delskalan Difficult Child. Vad gäller skalan Parental Distress var medelvärdet för anknytningsmönster A (undvikande) signifikant lägre än medelvärdet för anknytningsmönster C (ambivalent),  $F(3,69)=5,027$ ,  $p=.034$ . Personer med anknytningsmönster C hade ett signifikant högre medelvärde än personer med anknytningsmönster B (trygg),  $F(3,69)=5,027$ ,  $p=.015$ . Vad gäller skalan Parent Child Dysfunctional Interaction hade personer med anknytningsmönster C signifikant högre medelvärde än personer med anknytningsmönster B,  $F(3,67)=4,289$ ,  $p=.010$ . På skalan Difficult Child fanns inga signifikanta skillnader mellan anknytningsmönstren. Vad det gäller den totala stresskalan hade personer med anknytningsmönster C signifikant högre värden än



personer med anknytningsmönster A,  $F(3,67)=4,205$ ,  $p=.029$ . Personer med anknytningsmönster C hade även signifikant högre stress än personer med anknytningsmönster B,  $F(3,67)=4,205$ ,  $p=.017$ . C skattade konstant högre än de andra anknytningsmönstren i alla delskalor och i totalskalan. C och D hade liknande resultat men C låg alltid högre än D. Dock var det inte någon signifikant skillnad.

Tabell 2. Skillnader mellan olika föräldrars anknytningsmönster i relation till upplevd stress i föräldraskapet

Variabel	N	M	(SD)	p-värde
<b>PSI parental distress</b>				
A (undvikande)	13	26.92	(6.714)	
B (trygg)	29	27.83	(9.393)	
C (ambivalent)	19	35.89	(8.881)	
D (desorganiserad)	12	34.92	(8.618)	
Total	73	30.93	(9.424)	.003
<b>PSI Parent Child Dysfunctional interaction</b>				
A (undvikande)	11	19.18	(6.080)	
B (trygg)	29	18.69	(6.165)	
C (ambivalent)	19	27.16	(11.102)	
D (desorganiserad)	12	24.67	(11.804)	
Total	71	22.04	(9.397)	.008
<b>PSI Difficult Child</b>				
A (undvikande)	11	28.27	(11.001)	
B (trygg)	29	31.83	(12.745)	
C (ambivalent)	19	37.63	(10.553)	
D (desorganiserad)	12	29.00	(8.944)	
Total	71	32.35	(11.649)	.095
<b>PSI Total Stress</b>				
A (undvikande)	11	73.82	(20.990)	
B (trygg)	29	78.34	(23.686)	
C (ambivalent)	19	100.68	(26.938)	
D (desorganiserad)	12	88.58	(24.400)	
Total	71	85.35	(25.968)	.009

### Vilken skillnad finns mellan föräldrar som angett kontakthanledning barnrelaterade problem eller föräldrarelaterade problem i relation till upplevd stress?

Vad gäller skalorna Parent Child Dysfunctional Interaction, Difficult Child samt Total Stress var det signifikant högre stress hos föräldrar som primärt sökt för barnrelaterade problem. se tabell 3.

Tabell 3. Skillnader mellan rapporterad kontakthanledning i relation till föräldrastress

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>p-värde</i>
<b>PSI Parental Distress</b>				
Föräldrarelaterade problem	44	30.39	(9.732)	
Barnrelaterade problem	29	31.76	(9.042)	.546
<b>PSI Parent Child Dysfunctional Interaction</b>				
Föräldrarelaterade problem	43	19.14	(7.870)	
Barnrelaterade problem	28	26.50	(9.928)	.002
<b>PSI Difficult Child</b>				
Föräldrarelaterade problem	43	28.21	(9.845)	
Barnrelaterade problem	28	38.71	(11.476)	<.001
<b>PSI Total Stress</b>				
Föräldrarelaterade problem	43	77.70	(22.426)	
Barnrelaterade problem	28	97.11	(27.007)	.002

### **Vilka skillnader finns mellan mammor och pappor avseende anknytningsmönster, kontakthanledning och föräldrastress?**

Vi har undersökt om det finns skillnader mellan mammor och pappor avseende anknytningsmönster, föräldrastress samt vilken kontakthanledning de har uppgett. De två föräldrar som inte definierar sig som mammor eller pappor har exkluderats ur denna beräkning. Mammorna hade signifikant högre föräldrastress än papporna. Förekomsten av otrygg och desorganiserad anknytning hos mammorna och papporna i studien var högre än i en normalpopulation. Se tabell 4.

Tabell 4. Könsskillnader avseende anknytning, kontakthanledning och föräldrastress

	<b>Mammor N=41</b>	<b>Pappor N=30</b>	<b>Norm RQ kvinnor</b>	<b>Norm RQ män</b>	<b>NormRQ Total</b>
<b>Anknytningsmönst%</b>					
<b>A - undvikande</b>	5%	37%	15%	25%	19% <sup>a</sup>
<b>B – trygg</b>	39%	43%	66%	61%	64%
<b>C - ambivalent</b>	34%	17%	12%	9%	11%
<b>D - desorganiserad</b>	22%	3%	8%	6%	7%
<b>Kontanledning, % föräldrarelaterat barnrelaterat</b>	56% 44%	63% 37%			
Föräldrastress, <i>M(SD)</i>					<i>p- värde</i>
<b>PSI Parental Distress</b>	33.49(9.623)	27.37 (7.679)			.005
<b>PSI Parent Child Dysfunctional Interaction</b>	24.34 (10.321)	29.50(10.976)			.006
<b>PSI Difficult Child</b>	34.63 (11.830)	29.50(10.976)			.073
<b>PSI Total stress</b>	92.46(26.412)	74.93(20.99)			.005

<sup>a</sup> Broberg (Personlig kommunikation, oktober 2017)

## Diskussion

I denna studie undersöks skillnader mellan föräldrar med olika anknytningsmönster i relation till föräldrastress och kontakthanledning. De föräldrar som har ambivalent anknytningsmönster ligger genomgående högst avseende föräldrastress. De föräldrar som sökt för barnrelaterade problem har genomgående högre stress än de föräldrar som har sökt för föräldrarelaterade problem. I det följande diskuterar vi frågeställningarna i tur och ordning.

### Beskrivning och analys av populationen

Våra deltagare har en hög utbildningsnivå. Det är 63% av föräldrarna som uppger att de har en utbildning från universitet eller högskola jämfört med 42% i Sverige (Statistiska Centralbyrån, 2018). Detta borde vara en skyddande faktor avseende stress i föräldraskapet (Deater-Deckard, 2014). Även Widarsson et al. (2014) beskriver att mödrar med lägre utbildningsnivå har högre stress. Vår kliniska grupp har en hög utbildning men trots detta en hög föräldrastress. Sjukskrivningar som är stressrelaterade har generellt ökat de senaste åren, framför allt bland kvinnor i åldern 30-39 (Försäkringskassan, 2018). Att fler var sjukskrivna

på grund av utmattning redan innan de fick barn är något som vi har lagt märke till bland de föräldrar som söker till våra mottagningar.

En hypotes är att välutbildade föräldrarna har en högre grad av medvetenhet om föräldraskapet, och detta i kombination med att det idag inte är lika skamligt att söka psykiatrisk hjälp som det varit tidigare, gör att fler föräldrar söker hjälp då de känner oro eller stress. I Kunskapscentrum Barnhälsovårds årsrapport (2017) beskrivs att föräldrar med låg socioekonomisk status screenas mer sällan för depressioner post partum trots att risken att drabbas av psykisk ohälsa är större i den gruppen (Kunskapscentrum Barnhälsovård, 2017).

Vår behandlingsmodell kräver att föräldrarna har en relativt god struktur i tillvaron och kan ta sig till behandlingen en gång i veckan, passa tider och få med sig sitt/sina små barn. Detta innebär att vår behandling ställer krav på att föräldrarna exempelvis kan hålla tider. Detta leder till att vissa föräldrar riskerar att inte klara av ramarna för behandlingen, till exempel föräldrar som har intellektuell funktionsnedsättning, kraftigt dåligt psykiskt mående eller alltför stor social belastning. Dessa familjer riskerar därmed att inte få den hjälp de behöver.

Det är 86% av våra deltagare lever i en parrelation, vilket kan ses som en skyddsfaktor avseende föräldrastress (Deater-Deckard, 2014; Mikulincer och Shaver, 2016), men i den här studien inte undersökt kvalitén i parrelationen eller vilket stöd deltagarna upplever sig få av sin partner. Widarsson et al. (2014) har visat att dyadisk konsensus i föräldrparet leder till lägre stress. Trygga kärleksrelationer kan hjälpa otryggt anknutna föräldrar att bli mer sensitiva och responsiva för sina barns behov. Men instabila kärleksrelationer kan å andra sidan leda till ökad belastning då föräldern blir upptagen med att förhålla sig till konflikter med partnern (Rholes et al., 2006).

Våra deltagare har angivit en föräldrastress som är signifikant högre än den amerikanska normen för en normalpopulation. Detta är ett förväntat resultat med tanke på att våra deltagare går i relationsbehandling inom spädbarns- och småbarnspsykiatri just på grund av svårigheter och osäkerhet i sitt föräldraskap. Våra resultat stämmer väl med andra studier gjorda där man undersökt föräldrastress i riskgrupper, såsom en undersökning om föräldrar till barn med hjärntumör (Bennett, English, Rennoldson, & Starza-Smith, 2013) och en studie av föräldrar inom socialtjänsten i Spanien (Pérez-Padilla et al., 2015). I en studie av föräldrar till utvecklingsförsenade barn hade 42% av föräldrarna en föräldrastress över 85:e percentilen (Tervo, 2012) att jämföra med 45% i vår studie.

Vår grupp har en signifikant högre förekomst av ångestsymtom och signifikant högre förekomst av depressiva symtom än normalpopulationen. I en tidigare studie av föräldrarna på

spädbarnsmottagningen Viktoriagården var andelen mödrar och fäder med ångest och depressionssymtom också signifikant högre än normalpopulationen, så vårt resultat är förväntat (Tedgård, in press). Ångest och depression under graviditet och nyföddhetsperioden har negativ påverkan på både barns utveckling och på relationen mellan föräldrar och barn (Murray et al., 2011).

Våra deltagares anknytningsmönster skiljer ut sig från svensk normalpopulation (Broberg, Personlig kommunikation, oktober 2017). Det är en lägre andel med tryggt anknytningsmönster i vår grupp än i normalpopulationen. I vår kliniska grupp är det en överrepresentation av föräldrar med självrapporterad desorganiserad och ambivalent anknytningsmönster. Vi har i teoridelen redogjort för hur otrygga föräldrar har mer svårigheter i föräldraskapet än trygga föräldrar på en rad olika sätt (Mikulincer & Shaver, 2016; George & Solomon, 2008; Kilmann et al., 2009). Att vår kliniska population har högre andel med otrygg anknytning är därför ett förväntat resultat. Den ambivalenta anknytningsstilen indikerar en inre arbetsmodell av självet såsom icke-älskvärd vilket kan leda till svårigheter i relation till andra. Självkänslan är beroende av bekräftelse utifrån vilket kan bli komplicerat i föräldraskapet då dessa föräldrar söker efter bekräftelse från sina späda och småbarn på att de duger som föräldrar. De ovanstående resultaten visar att vår population är en mycket belastad grupp totalt sett.

### **Relationen mellan föräldrarnas anknytningsmönster och upplevd stress i föräldraskapet**

Våra resultat visar att det framförallt är föräldrar med ambivalent anknytningsmönster som visar på störst samband med förhöjd stress i föräldraskapet. Även föräldrar med desorganiserat anknytningsmönster visar på förhöjd stress men inte lika starkt. Detta gäller alla skalor förutom inom skalan Difficult Child där föräldern skattar sin stress i relation till hur besvärligt de upplever sitt barn. Vi tycker detta är ett oväntat resultat eftersom vi med utgångspunkt i teorin hade en förväntan att de otrygga föräldrarna skulle ha en mer negativt präglad inre bild av sitt barn, vilket skulle gett utslag i just Difficult Child-skalan.

De med undvikande anknytning har skattat lägst föräldrastress, även lägre än de tryggt anknutna föräldrarna vilket delvis var ett oväntat fynd. Flera tidigare studier beskriver att otrygg anknytningsstil korrelerar med hög föräldrastress. Däremot har vi funnit att det i olika studier är olika anknytningsmönster som fått starkast samband med föräldrastress. Nygren et al. (2012) har precis som vi fått resultat som visar att det finns tydligast samband mellan ambivalent anknytning och föräldrastress. En annan studie visar starkast samband mellan desorganiserad anknytning och föräldrastress (Vasquez et al., 2002) Ytterligare studier har visat störst korrelation mellan undvikande anknytning och föräldrastress, vilket skiljer sig från

våra resultat (Rholes et al., 2006; Moreira & Canavarro, 2016). I Jones et al. (2015) går man igenom ca 60 studier som studerat föräldrars självskattade anknytningsstil och föräldraskap. I 11 av dessa studier visas signifikanta samband mellan otryggt anknytningsmönster och stress i föräldraskapet, majoriteten av dessa visar korrelation både vad gäller ambivalent och undvikande anknytningsmönster och hög föräldrastress (Jones et al., 2015). De svar som våra föräldrar med undvikande anknytning angivit stämmer alltså inte väl med tidigare forskning. Föräldrar med en undvikande anknytningsstil upplever föräldraskapet som mindre tillfredsställande och meningsfullt än andra föräldrar. De undervärderar vikten av omsorg och närhet och betonar istället vikten av disciplin (George & Solomon, 2008). Jones et al. (2015), skriver att undvikande anknytning har visat sig vara en förklarande faktor till bristande sensitivitet. I vår undersökningsgrupp är den stora majoriteten med undvikande anknytning pappor, vilka möjligen har svårare för att erkänna svårigheter och ta emot hjälp än mammor (Condon, Boyce & Corkindale, 2004). Vi har i denna studie inte tydligt kartlagt vilken förälder som är den primärt sökande, men vi har tidigare redogjort för att mammorna överlag har högre föräldrastress än papporna. Möjligen kan ovanstående faktorer vara en förklaring till att de med undvikande anknytning skattat lägre föräldrastress. Fortfarande har mammorna på gruppnivå huvudansvar för de späda och små barnen, även om papporna i ökad utsträckning deltar i barnens omvårdnad och följer med och deltar i behandlingen.

I Deater-Deckard (2014) står det om hur föräldrarnas personlighet och temperament påverkar föräldrastressen. Känsla av att vara kompetent, ha kontroll, ha god självkänsla och en känsla att vara värdig andras bekräftelse och kärlek minskar föräldrastressen. Personer med ambivalent anknytning har svårt att bibehålla en stabil självkänsla. De är överdrivet beroende av andras bekräftelse för att känna ett egenvärde. Som tidigare nämnts kan ambivalenta föräldrar känna en förhöjd svartsjuka och visa mer fientlighet mot sina spädbarn, vilket också kan leda till att barnen upplevs som störande för den vuxna kärleksrelationen (Mikulincer & Shaver, 2016). Utifrån ovanstående resonemang är det ett väntat resultat att de med ambivalent anknytning har en hög föräldrastress i denna livscykel fas som kräver så mycket fokus på barnet och ger mindre utrymme för den vuxnes egna behov (Carter & McGoldrick, 2005). Vi ser det som anmärkningsvärt att de med ambivalent anknytning har högre korrelation till stress än de med desorganiserad anknytning. Desorganiserade föräldrar kämpar ofta med egna svåra komplicerade förluster och trauman, vilket leder till ett skrämmande och dissociativt föräldrabeteende (Broberg, Mothander-Risholm, Granqvist & Ivarsson, 2009; Granqvist et al., 2017). Detta är en stor riskfaktor i föräldraskapet och i relationen till barnet.

I vår studie visade resultaten att även föräldrar med trygg anknytning upplevde hög grad av föräldrastress. Alltså är föräldrastress en faktor som det behöver tas hänsyn till, och som påverkar både trygga och otrygga föräldrar. Behandlare inom spädbarns- och småbarnspsykiatri, samt andra professionella som möter spädbarn och småbarnsföräldrar, skulle kunna ha nytta av att på ett generellt sätt vara observant på grad av föräldrastress hos föräldern. Föräldrastress kan vara ett specifikt problemområde som behöver adresseras för föräldrar oavsett anknytningsmönster.

I den här studien skattas föräldrarnas anknytningsmönster vid ett tillfälle. En fråga vi ställer oss är om anknytningsmönster hos föräldrarna kan förändras över tid. Mikulincer & Shaver (2016) visar på studier som visar att anknytningsmönster i vuxen ålder inte förändras, men de lyfter även fram andra studier som visar att personer med otrygga anknytningsmönster kan utvecklas till trygga under vissa omständigheter. Trygga anknytningsband till en kärlekspartner; genomgå en lyckad psykoterapi eller få uppleva ett omsorgsfullt och kärleksfullt föräldraskap är omständigheter i livet som kan uppmuntra till reflektion hos personen som kan leda till omvandling av deras anknytningsmönster, från otrygg till trygg (Mikulincer & Shaver, 2016).

### **Kontaktanledning och föräldrastress**

Våra resultat har visat att de föräldrar som söker för barnrelaterade problem har signifikant högre stress än de som söker för föräldrarelaterade problem på PSI total stress. En stor del i behandlingen inom spädbarns- och småbarnspsykiatri är att undersöka och förändra de inre arbetsmodellerna och föreställningarna hos föräldrarna både vad gäller bilden av barnet och bilden av sig själva. Som vi tidigare beskrivit påverkar de inre arbetsmodellerna hur föräldern de facto tar hand om sitt barn (Shah et al., 2010). Detta i sin tur har stor påverkan på barnets fortsatta utveckling. Vi har tidigare klarlagt att föräldrar som är stressade oftare upplever att barnets besvärliga beteende är intentionellt, vilket i sin tur leder till mer hårt och straffande beteende från föräldrarnas sida, som sedan återigen påverkar barnets faktiska beteende. Detta resonemang visar på en ond spiral (Deater-Deckard, 2014; Mäntymaa et al. 2006). Alltså påverkar föräldrabetendet och den upplevda stressen i föräldraskapet och barnets beteende varandra i ett växelspel.

Slade, Belsky, Aber, & Phelps (1999) har visat hur föräldrarnas egna bristande relationer och erfarenheter med sin egen anknytningsperson kan leda till icke överensstämmande inre representationer av det egna barnet (Slade et al., 1999). Det vill säga att barnet kan uppfattas av föräldern på ett sätt som inte stämmer överens med till exempel en professionell bedömning. Att våra föräldrar har en negativ bild av sina barn och beskriver stora problem

med sitt barns beteende kan förstås utifrån deras egna otrygga anknytningsupplevelser då majoriteten av föräldrarna i vår studie (60%) har en otrygg eller desorganiserad anknytning. Men det kan också vara så att barnen är ovanligt svåra och besvärliga att hantera. Barn med ett svårt temperament korrelerar med hög föräldrastress, speciellt om föräldern själv är otrygg och har bristande förmåga att reglera egna känslor (Mäntymaa et al., 2006; Mikulincer & Shaver, 2016; Deater-Deckard, 2014).

Det finns ingen signifikant skillnad mellan grupperna föräldrarelaterade problem och barnrelaterade problem på skalan Parental Distress, vilket enligt vår tolkning kan förklaras med att frågorna i den skalan handlar om föräldrarnas eget mående. De förälder som angivit föräldrarelaterade problem har sökt primärt för egna problem såsom förlossningsdepression eller svårighet att knyta an till sitt barn. Detta kan förklara varför dessa föräldrar också har höga poäng på skalan Parental Distress. Att majoriteten av våra deltagare söker för föräldrarelaterade problem kan eventuellt förklaras med att barnen i familjerna är under fyra år och i en del fall ännu inte har utvecklat en egen problematik. Resultaten kan också bero på att föräldrar är mer "medvetna" om föräldraskapet och att det också är mindre tabu att söka hjälp för olika problem med eget mående under småbarnsåren.

### **Föräldrastress, anknytningsmönster och kontakthantering hos mammor och pappor**

Studier har visat att det finns könsspecifika riskfaktorer i övergången till föräldraskapet. Condon et al (2004) har beskrivit hur pappor har sämre stöd i nätverket än mammor, många pappor saknar positiva förebilder i föräldraskapet och blivande pappor har ofta en idealiserad bild av föräldraskapet jämfört med blivande mammor. Men män har oftare svårare för att söka hjälp och erkänna sina problem (Condon et al., 2004) vilket kan vara en förklaring till deras lägre svar än mammorna avseende föräldrastress. Sethna, Murray, Netsi, Psychogiou och Ramchandani (2015) har visat att deprimerade pappor är mer tillbakadragna, pratar mindre och har färre stimuli i interaktionen med sitt barn vilket kan påverka barnets utveckling på ett negativt sätt. Därför är papporna med hög föräldrastress och depression viktiga att upptäcka.

Både mammor och pappor har rapporterat anknytningsmönster som skiljer sig från normalpopulationen så till vida att andelen med trygg anknytning är mindre. I vår studie är andelen trygga mammor 39% jämfört med 66% i svensk normalpopulation. Andelen trygga pappor är 43% jämfört med 61% i normalpopulation (Broberg, 2012). Detta är ett förväntat resultat med tanke på att det är en klinisk population, men vi är ändå förvånade över hur anknytningsmönstren är fördelade jämfört med normalpopulationen. Vi har en hög andel undvikande anknytningsmönster hos papporna, 37% (25% i normalpopulation) jämfört med



5% hos mammorna (15% i normalpopulation). Det finns studier som visar att depression hos pappor kan ta sig uttryck i undvikande beteende (Wilhelm, 2009) vilket eventuellt kan förklara både pappornas lägre skattade stress och den höga andelen med undvikande anknytning. Av mammorna i vår studie har 34% ambivalent anknytning, att jämföra med 12% av kvinnor i normalpopulationen. Även papporna i vår studie har en högre grad ambivalent anknytning (17%) jämfört med normalpopulation (9%). Vad gäller desorganiserad anknytning är förekomsten i vår studie 22% hos mammorna (8% normalpopulation) och 3% hos papporna (6% normalpopulation).

Flera studier har visat att det finns ett samband mellan otrygg anknytning och hög föräldrastress för både mammor och pappor (Nygren et al., 2012; Rholes et al., 2006; Vasquez et al., 2002). I vår studie rapporterar mammorna signifikant högre stress än papporna på delskalorna Parental distress, Parent Child Dysfunctional Interaction samt Total stress. Våra resultat stämmer väl med tidigare studier som visar att mödrar i kliniska populationer rapporterar högre stress än papporna i samma familj (Hildingsson & Thomas, 2014; Tedgård, in press; Östberg & Hagekull, 2013). Däremot redogör Deater-Deckard (2014) för en studie av föräldrapar i normalpopulation, med åtminstone ett barn under fem år, där det ej fanns signifikanta skillnader i föräldrastress mellan män och kvinnor. Att våra kliniska mammor upplever en så hög föräldrastress kan vi bland annat förstå mot bakgrund av att de befinner sig i en ny livscykel fas det vill säga livet som småbarnsförälder, och att de ej har resurser att bemöta de krav som detta ställer. Skillnaderna mellan föräldrarna i vår studie och de i Deater-Deckards studie (2014) kan bero på en mängd faktorer som vi ej har kontrollerat för i denna studie. Exempelvis kan det vara så att barnen till våra föräldrar har en högre grad egna symtom eller att föräldern har bristande stöd i nätverk. Våra föräldrar ligger signifikant högre än normalpopulation avseende förekomst av depressiva symtom och ångestsymtom, vilket också kan förklara resultaten. När det gäller delskalan Difficult Child i PSI var det ingen signifikant skillnad mellan mammors och pappors upplevda stress i vår studie. Detta kan bero på att majoriteten av föräldrarna i studien (74%) är föräldrar till samma barn och kanske därför har samsyn i synen på barnets beteende och svårigheter.

### **Metoddiskussion**

Det var 85 familjer som påbörjade en behandlingskontakt under insamlingsperioden, men enbart 41 familjer deltar i denna studie. Det är 13 familjer som av olika anledningar inte blivit tillfrågade om att delta i studien. Det är ett vanligt fenomen inom kliniska studier där behandlarna har som uppgift att rekrytera deltagare att det finns motstånd från behandlarnas sida. Detta kan leda till att behandlarna vill "skydda" sina patienter och därför sorterar bort

personer som de av olika anledningar inte tycker ska delta i studien. Anledningar som uppgetts av behandlare, i denna studie, är att föräldrarna mått alltför dåligt eller att de befinner sig i en alltför kaosartad livssituation. Det finns en risk att detta lett till en snedvridning i vår undersökningsgrupp. De som har exkluderats skulle kunna vara en särskilt belastad grupp vilket också kan påverka resultaten i studien.

En annan grupp som inte inkluderats i studien är de som behandlarna inte har "hunnit" fråga om deltagande, då de har haft en kort behandlingskontakt (1-3 behandlingstillfällen). Dessa föräldrar har troligen en lägre föräldrastress, en tryggare anknytning och mindre komplicerade inre bilder av sitt barn. Det faktum att det finns ett bortfall är en begränsning med vår studie och kanske en del av förklaringen till de mycket höga siffrorna på både otrygg anknytning, ångest- och depressionssymtom samt föräldrastress. Vi kartlägger inte vem av föräldrarna som är primärt sökande, vilket eventuellt kan förklara resultaten att papporna skattar lägre stress än mammorna. Att vi har valt enbart självskattningsformulär var i syfte att kunna inkludera ett så stort antal föräldrar som möjligt i studien. Enbart två personer har inte lyckats fylla i hela PSI-formuläret, vilket vi tror har att göra med att de var föräldrar till späda barn och att de inte ansåg att alla frågor var relevanta för dem. Antagandet bygger vi på att det är flera föräldrar som muntligt har uttryckt till respektive behandlare att de ansåg att en del frågor i PSI-formuläret var irrelevanta på grund av barnets späda ålder.

Studiens resultat är baserat på data från självskattningsformulär. Eftersom detta är ett subjektivt mått så förlitar det sig på att personen som svarar förstår frågan och är ärlig med sina svar, vilket kan påverka tillförlitligheten. Det hade varit önskvärt om vi hade kunnat göra observationer av barnen för att kunna jämföra vår kliniska bedömning med föräldrarnas beskrivning, för att därmed ytterligare få en uppfattning om huruvida barnen är ovanligt krävande och besvärliga. Vi har i denna studie inte analyserat korrelationen mellan upplevd föräldrastress och barnets ålder vilket möjligen hade gett intressanta resultat.

Vi har delat in kontakthanledning i två kategorier utifrån vår egen bedömning där vi har tolkat hur föräldrarna i fritext beskrivit sin upplevelse av hjälpbehov/problem. Detta har ej gjorts på ett interbedömarreliabelt sätt. Att vi själva arbetar som behandlare inom de undersökta verksamheterna kan eventuellt ha påverkat hur vi tolkar resultaten då vår egen kliniska kunskap om patientgruppen är hög. Detta faktum kan innebära både fördelar och nackdelar när det kommer till tolkning av resultaten. När det gäller instrumentet RQ har vi till viss del förenklat uppdelningen i anknytningsmönster och inte delat in i flera subgrupper av kombinationer. Vi valde att använda oss av de renodlade anknytningsmönstren (A, B, C och

D) för att undvika alltför små undersökningsgrupper vilket skulle omöjliggöra våra statistiska beräkningar.

En brist med vår studie är att vi har exkluderat de ickebinära föräldrarna (2 personer) i vårt sample på grund av de statistiska beräkningarnas begränsningar, samt på grund av att det blev en alltför liten undersökningsgrupp.

### **Sammanfattning och slutsatser**

Studiens demografiska resultat skulle kunna antyda att det finns en risk att de mest utsatta familjerna av olika anledningar inte söker eller remitteras till behandling inom Späd- och småbarnspsykiatri. Det belyser behovet av samverkan med socialtjänst och vårdgrannar för att fånga upp de mest utsatta föräldrarna och barnen. Detta i syfte att kunna erbjuda parallella behandlingsinsatser, till exempel att en familj ska kunna ha insatser från socialtjänsten och samtidigt få tillgång till specialistkunskap kring samspelsbehandling.

De föräldrar som har undvikande anknytningsmönster har skattat lägst avseende föräldrastress. I vår population var en majoritet av dessa pappor. Mammorna i vårt sample har signifikant högre stress än papporna. Det kan finnas anledning att närmare undersöka om dessa resultat beror på att papporna har underrapporterat, eller om den lägre stressnivån beror på att de i många fall inte är den primärt sökande.

Föräldrar som primärt beskriver sin kontakthanledning som barnrelaterade problem skattar signifikant högre stress än de som söker för föräldrarelaterade problem. Detta är en värdefull kunskap som indikerar att föräldrarnas inre bild av barnet grundligt behöver undersökas och även på ett tidigt skede i behandlingen kan ligga till grund för var fokus i behandlingen ska ligga.

I den här studien skattas föräldrarnas anknytningsmönster vid ett tillfälle. Vi har tidigare redogjort för hur anknytningsmönster hos vuxna kan ändras över tid under rätt förutsättningar såsom exempelvis en trygg relation till terapeut eller partner. Vi anser att detta är relevant att beakta och fundera vidare kring när det gäller metodutveckling. Till exempel skulle mer riktade metoder kunna användas för att stärka anknytningsrelationen i föräldrarnas parrelation för att ge bestående förändringar som i slutändan gynnar barnet över tid. Likaså hade det kanske varit önskvärt om behandlare skulle kunna fortsätta ha kontakt med de otrygga föräldrarna över tid, även då behandlingsmålen i sig är uppnådda, i syfte att etablera och befästa ett tryggare anknytningsmönster. Ett stort inflöde av nya familjer och ett behov av att därför effektivisera och förkorta behandlingen talar dock mot en sådan möjlighet.

## **Fortsatta forskningsuppslag**

Sher-Censor, Shulman och Cohen (2018) har i en nyligen publicerad studie undersökt hur föräldrar berättar om sina barn; om de använder mycket kritik eller om narrativet präglas av positiva kommentarer, men även huruvida narrativet är koherent. Denna metod, eller något liknande såsom secure-base script, där föräldern ombeds skapa berättelser med anknytningsrelaterade teman, skulle kunna vara ett intressant tillägg i en framtida studie av föräldrastress och anknytningsmönster hos föräldrar i en klinisk population inom späd- och småbarnspsykiatri.

Då det i vår studie finns signifikanta skillnader mellan mammor och pappor hade det varit intressant med forskning på mammor och pappor där man kontrollerat för vem som är primärsökande för att kunna göra en mer rättvis jämförande studie mellan kön. Likaså skulle det vara intressant att inkludera ickebinära föräldrar i en studie och jämföra med mammor och pappor.

En forskningsstudie av en klinisk population inom späd- och småbarnspsykiatri i vilken man förutom föräldrarnas beskrivning av sitt barn även inkluderar en professionell bedömning av både barnets fungerande och av samspelets kvalité skulle vara ett spännande och relevant forskningsupplägg.

Våra föräldrar har överlag en hög utbildningsnivå, men har trots detta en mycket hög föräldrastress. Det skulle vara spännande att undersöka vilka andra faktorer som påverkar föräldrastressen i vår kliniska population. En studie har visat att högutbildade mammor som har finansiell stress och saknar stöd i nätverket har en hög tidspress, även i de relativt jämställda nordiska länderna. Detta på grund av att mödrarna fortsatt är den primära omsorgsgivaren i de allra flesta familjer (Gunnarsdottir, Petzold & Povlsen, 2014.)

## Referenser

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index 3rd Edition: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York, NY: Psychology Press.
- Bariola, E., Hughes, E. K., & Gullone, E. (2012). Relationships between parent and child emotion regulation strategy use: A brief report. *Journal of Child and Family Studies*, 21(3), 443-448.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226-244.
- Barroso, N. E., Hungerford, G. M., Garcia, D., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2016). Psychometric properties of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a high-risk sample of mothers and their infants. *Psychological assessment*, 28(10), 1331-1335.
- Bennett, E., English, M. W., Rennoldson, M., & Starza-Smith, A. (2013). Predicting parenting stress in caregivers of children with brain tumours. *Psycho-Oncology*, 22(3), 629-636.
- Bengtsson, H. & Psouni, E. (2008). Mothers' representations of caregiving and their adult children's representations of attachment: Intergenerational concordance and relations to beliefs about mothering. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 247-257.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (Vol. 393). New York: Taylor & Francis.
- Broberg, A. G., Hjalms, I., & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18-to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9(6), 381-396.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Mothander-Risholm, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2009). *Anknytning i praktiken. Tillämpning av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 102-127). New York, NY: Guilford Press.

- Bäckstrom, M., & Holmes, B. M. (2001). Measuring adult attachment: A construct validation of two self-report instruments. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 79-86.
- Carter, B. L. & McGoldrick, M. (2005). *The expanded family lifecycle: Individual, family, and social perspectives* (3<sup>rd</sup> ed.). New York, NY: Allyn and Bacon.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 56-64.
- Coyl, D. D., Newland, L. A., & Freeman, H. (2010). Predicting preschoolers' attachment security from parenting behaviours, parents' attachment relationships and their use of social support. *Early Child Development and Care*, 180(4), 499-512.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14(2), 117-132.
- Crowell, J. A., Treboux, D., & Waters, E. (1999). The Adult Attachment Interview and the Relationship Questionnaire: Relations to reports of mothers and partners. *Personal Relationships*, 6(1), 1-18.
- Deater-Deckard, K. (2014). *Parenting stress*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Feeney, J. A. (2002). Early parenting and parental attachment: Links with offspring's attachment and perceptions of social support. *Journal of Family Studies* 8(1): 5-23.
- Gelfand, D. M., Teti, D. M., & Radin Fox, C. E. (1992). Sources of parenting stress for depressed and nondepressed mothers of infants. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 21(3), 262-272.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 198-216.
- George, C., & Solomon, J. (2008). The Caregiving System, A Behavioral Systems Approach to Parenting. In J. Cassidy & F. R. Shaver (Red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 833-856). New York, NY: The Guilford Press
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., & Steele, H. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development*, 19(6), 534-558.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal*

- Relationships, Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (pp. 17-52). London: Jessica Kingsley Publishers
- Gunnarsdottir, H., Petzold, M., & Povlsen, L. (2014). Time pressure among parents in the Nordic countries: a population-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health, 42*(2), 137-145.
- Jiménez, J. M., Mata, E., León, E., & Muñoz, A. (2013). Parental stress and children adjustment in kinship foster families. *The Spanish Journal of Psychology, 16*.
- Kilmann, P. R., Vendemia, J. M., Parnell, M. M., & Urbaniak, G. C. (2009). Parent Characteristics linked with daughters' attachment styles. *Adolescence, 44*(175), 557.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*(4), 281-286.
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (2008) Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 666-698). New York, NY: Guilford Press.
- Neander, K., & Engström, I. (2009). Parents' assessment of parent-child interaction interventions—a longitudinal study in 101 families. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3*(1), 8.
- Nygren, M., Carstensen, J., Ludvigsson, J., & Sepa Frostell, A. (2012). Adult attachment and parenting stress among parents of toddlers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30*(3), 289-302.
- Mikulincer, M., & Shaver P. R. (2008) Adult Attachment and Affect Regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 503-532). New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, Dynamics and Change*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mills-Koonce, W. R., Gariépy, J. L., Propper, C., Sutton, K., Calkins, S., Moore, G., & Cox, M. (2007). Infant and parent factors associated with early maternal sensitivity: A caregiver-attachment systems approach. *Infant Behavior and Development, 30*(1), 114-126.
- Mills-Koonce, W. R., Appleyard, K., Barnett, M., Deng, M., Putallaz, M., & Cox, M. (2011). Adult attachment style and stress as risk factors for early maternal sensitivity and negativity. *Infant Mental Health Journal, 32*(3), 277-285.

- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2016). Parental attachment insecurity and parenting stress: The mediating role of parents' perceived impact of children's diabetes on the family. *Families, Systems, & Health, 34*(3), 240.
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(5), 460-470.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2006). Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother–infant interaction. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*(5), 379-386.
- Pérez-Padilla, J., Menéndez, S., & Lozano, O. (2015). Validity of the Parenting Stress Index Short Form in a sample of at-risk mothers. *Evaluation Review, 39*(4), 428-446.
- Psouni, E., Di Folco, S., & Zavattini, G. C. (2015). Scripted secure base knowledge and its relation to perceived social acceptance and competence in early middle childhood. *Scandinavian Journal of Psychology, 56*(3), 341-348.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(4), 419-432.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(3), 275-285.
- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., & Ramchandani, P. G. (2015). Paternal depression in the postnatal period and early father–infant interactions. *Parenting, 15*(1), 1-8.
- Shah, P. E., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2010). Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15*(3), 329-345.
- Sher-Censor, E., Shulman, C., & Cohen, E. (2018). Associations among mothers' representations of their relationship with their toddlers, maternal parenting stress, and toddlers' internalizing and externalizing behaviors. *Infant Behavior and Development, 50*, 132-139.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L., & Phelps, J. L. (1999). Mothers' representations of their relationships with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology, 35*(3), 611.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*(1), 29.



- Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the Caregiving Systems: Toward a Theory of Caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 3-17.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York, NY: Karnac books.
- Tedgård, E., & Råstam, M. (2016). Vulnerable parenting among mothers with substance abuse in their family of origin: a cross-sectional comparative study of mothers in an infant and toddler program. *SpringerPlus*, 5(1), 1540.
- Tedgård, E., Råstam, M., & Wirtberg, I. (2018). Struggling with one's own parenting after an upbringing with substance abusing parents. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1435100.
- Tedgård, E. (in press) *Parents within Infant Mental Health Clinics*
- Tervo, R. C. (2012). Developmental and Behavior Problems Predict Parenting Stress in Young Children with Global Delay. *Journal of Child Neurology*, 27(3), 291-296.
- Vasquez, K., Durik, A. M., & Hyde, J. S. (2002). Family and work: Implications of adult attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(7), 874-886.
- Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: Among other things, we build script like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*, 8(3), 185–197
- Widarsson, M., Engström, G., Berglund, A., Tydén, T., & Lundberg, P. (2014). Parental stress and dyadic consensus in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 689-699.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625.
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2013). Parenting stress and external stressors as predictors of maternal ratings of child adjustment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 213-221.

### **Digitala referenser**

Försäkringskassan. Hämtad 20 april 2018 från Försäkringskassan:

[www.forsakringskassan.se/](http://www.forsakringskassan.se/)

Statistiska centralbyrån. Om utbildningsnivå i Sverige. Hämtad 6 maj 2018 från SCB:

<http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/befolkningens-utbildning/>

*QuickCalcs: t test calculator*. Hämtad 20 april 2018 från GraphPad:

<https://www.graphpad.com/quickcalcs/ttest1/?Format=SD>

*Vårdprogram för späda och små barn*. Region Skåne. Hämtad 20 april 2018, från Region Skåne:

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/spada-och-sma-barn-varldprogram.pdf>

Kunskapscentrum Barnhälsovård, *Barnhälsovården i Skåne, årsrapport 2017*, hämtad 23 april 2018, från Region Skåne:

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/bhv/arsrapport/barnhalsovarden-i-skane---arsrapport-2017.pdf>